

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM SERVIÇO DE
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS**

JULIANA ÁVILA BAPTISTA

Porto Alegre

2019

JULIANA ÁVILA BAPTISTA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM SERVIÇO DE
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Porto Alegre

2019

“Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes. Se isso é sobre vivência, me resumir a sobrevivência é roubar o pouco de bom que vivi. [...] Achar que essas mazelas me definem, é o pior dos crimes.”

*(AmarElo – Emicida. Antônio Carlos Belchior;
Eduardo Dos Santos Balbino; Felipe Adorno
Vassão e Leandro Roque De Oliveira)*

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) destaca-se como uma ferramenta potente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, na medida em que enfatiza o protagonismo do sujeito, leva em consideração suas necessidades como indivíduo único e, atenta para o contexto social em que está inserido. Configura-se como um conjunto de propostas de cunho terapêutico, discutidas e construídas de forma coletiva por uma equipe multiprofissional em diálogo constante com o usuário. Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o processo de utilização do projeto terapêutico singular em um serviço especializado no tratamento de usuários de drogas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, optou-se pelo método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2019 e contou com a participação de oito profissionais do serviço. Foi realizada por meio de grupos focais, análise documental, questionário virtual (e-mail) e conversas informais. Os resultados apontam para uma dificuldade na comunicação e continuidade do processo do PTS, ausência da equipe médica em determinados espaços, valorização do sujeito acima do diagnóstico médico e busca por um atendimento integral, ressalta-se a importância dos técnicos de referência e de uma atuação interdisciplinar diante da complexidade dos casos. Após o levantamento das necessidades de mudança em relação aos registros e conteúdo do PTS, construiu-se, de forma conjunta, um instrumento estruturado e compartilhável em que atende às diretrizes de um PTS de acordo com o Ministério da Saúde e orientações específicas para o cuidado de usuários de drogas. Percebe-se grande potencialidade no serviço estudado, apesar das dificuldades relatadas, evidencia-se o interesse da equipe multiprofissional pelo tema. A pesquisa proporcionou mudanças no compartilhamento de informações além de um espaço para troca de saberes sobre o PTS. Esperou-se, com as discussões e construção conjunta do novo instrumento de PTS, qualificar a assistência, tornar mais visível à ação do Técnico de Referência e melhorar a comunicação na equipe acerca dos casos. Percebeu-se boa aceitação por parte dos participantes que apontaram mudanças em sua percepção do tema e atuação profissional.

Palavras chave: Usuários de Drogas; Saúde mental; Serviços de Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project (PTS) stands out as a tool with potential attention to users of alcohol and other drugs, as it emphasizes the protagonism of the subject, takes into consideration their needs as a single individual and, attentive to the social context. where it is inserted. It is a set of proposals of therapeutic nature, discussed and built collectively by a multiprofessional team in constant dialogue with the user. The main objective of this research is to evaluate the process of using the singular therapeutic project in a service specialized in the treatment of drug users. This is a qualitative approach study, we chose the Convergent Care Research (PCA) method. Data collection took place between June and October 2019 and was attended by eight service professionals. It was conducted through focus groups, document analysis, virtual questionnaire (e-mail) and informal conversations. The results point to a difficulty in communication and continuity of the PTS process, absence of the medical team in certain spaces, valuation of the subject above the medical diagnosis and the search for comprehensive care, emphasizing the importance of reference technicians interdisciplinary approach given the complexity of the cases. After assessing the changing needs in relation to PTS records and content, a structured and shareable instrument was built jointly that meets the guidelines of a PTS according to the Ministry of Health and specific care guidelines. of drug users. It is noticeable great potential in the service studied, despite the reported difficulties, it shows the interest of the multidisciplinary team on the topic. The research provided changes in information sharing as well as a space for the exchange of knowledge about PTS. It was hoped, with the discussions and joint construction of the new PTS instrument, to qualify the assistance, to make the Reference Technician's action more visible and to improve communication in the team about the cases. Good acceptance was noticed by the participants who pointed out changes in their perception of the theme and professional performance.

Keywords: Drug Users; Mental health; Mental health services; Patient Care Planning; Integrality in Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 RESULTADOS	14
4.1 ARTIGO 1	14
4.2 ARTIGO 2	33
4.3 PRODUTO	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 73	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS	74
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE APOIO PARA OS GRUPOS FOCAIS	75
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	76
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	79
ANEXO C - ORIENTAÇÕES PARA OS AUTORES – REVITA GAÚCHA DE ENFERMAGEM	80
ANEXO D - ORIENTAÇÕES PARA OS AUTORES – TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM	85

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia de cuidado composta por um conjunto de propostas de cunho terapêutico, discutidas e construídas de forma coletiva por uma equipe multiprofissional, pelo usuário e por sua família ou coletivo em que está inserido (BRASIL, 2014). A construção de um PTS requer um diálogo com os equipamentos existentes no território, de modo que seja possível fazer uso desses recursos no tratamento do indivíduo para auxiliar no processo de (re)inserção social. (SOUZA et al., 2016). O PTS destaca-se como uma ferramenta potente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, na medida em que enfatiza o protagonismo do sujeito e leva em consideração suas necessidades como indivíduo com características próprias dentro de seu contexto social,

Em minha trajetória acadêmica voltei meus estudos para a saúde mental e especificamente para uma revisão bibliográfica sobre a utilização do PTS nos serviços de saúde mental do Brasil, tendo como base comparativa as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Ao longo do estudo vieram à tona as dificuldades na utilização do PTS como uma ferramenta de cuidado minimamente dentro dos “moldes” preconizados pelo MS. Neste contexto, interessei-me em saber sobre como se dá o processo de utilização do PTS no ambulatório de adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, campo assistencial que estou inserida desde 2016, inicialmente no papel de acadêmica e atualmente como enfermeira residente do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Drogas. Essas experiências motivaram a proposição desta pesquisa.

O ambulatório de adição oferece a seus usuários ações voltadas para desintoxicação, manejo da fissura, treinamento de habilidades sociais, prática de exercícios físicos, incentivo ao lazer e cultura, adesão ao tratamento e continuidade do mesmo, motivação para a mudança de comportamento, ressignificação das atividades diárias, prevenção à recaída, vinculação com outros dispositivos da rede e comunidade, inserção e reinserção social, preparação para alta, entre outras. O funcionamento do serviço está alicerçado em atividades de grupo, contudo os usuários também são acompanhados individualmente pela equipe multiprofissional e pela equipe da psiquiatria.

O programa de tratamento ambulatorial é dividido em três etapas, a primeira com duração de cerca de um ano, a segunda e terceira, cerca de seis meses cada uma, totalizando uma média de dois anos até que o usuário do serviço receba alta. Após esse período ainda se mantém vínculo com o indivíduo que poderá participar de encontros pós-alta. Busca-se atuar

de forma articulada a outros dispositivos da rede de saúde e território, operando com base em um modelo psicossocial.

A equipe assistencial compõe-se por onze profissionais contratados, sendo destes: três psiquiatras, duas técnicas de enfermagem e demais categorias profissionais (enfermagem, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional). As residências têm participação significativa nessa composição, somando-se à equipe: quatro residentes do programa de residência médica (psiquiatria) e seis residentes da residência multiprofissional integrada do programa de atenção integral ao usuário de drogas, das seguintes categorias profissionais: enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, psicologia, educação física e serviço social. - totalizando aproximadamente 22 pessoas.

Atualmente, a equipe é constituída por três microequipes nas quais estão divididos os usuários do serviço, essa divisão é feita por critério numérico e também por vínculo prévio. O técnico de referência (TR) é um profissional pertencente à microequipe do usuário, sendo essa sua equipe de referência.

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se pela utilização da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como método de pesquisa que tem como particularidade fundamental ser um delineamento provocador de mudanças na prática de saúde e exigir que o pesquisador esteja inserido na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Entende-se que a pesquisa, conduzida no campo assistencial, proporciona um espaço/tempo capaz de promover mudanças por meio do conhecimento compartilhado nos encontros dos saberes.

Esperou-se, com esta pesquisa, auxiliar na otimização do cuidado aos usuários do serviço, na medida em que, a partir das discussões e das trocas de experiências sobre PTS, os participantes puderam refletir sobre sua prática profissional e ampliar suas percepções acerca do tema. Além disso, a pesquisa apresentou, como produto final, um instrumento de apoio para a elaboração e acompanhamento dos PTS desenvolvidos no serviço. O instrumento foi resultado do esforço conjunto entre pesquisador e participantes do estudo. Almejou-se tornar o PTS uma ferramenta funcional, estruturada e acessível a toda equipe envolvida na assistência.

Ao longo do estudo pretendeu-se responder alguns questionamentos como: quais as percepções dos profissionais de saúde acerca do PTS? Como é realizado o registro do PTS em documentos institucionais? Quais as dificuldades e potencialidades do PTS no serviço? Quais mudanças podem ser realizadas para melhoria do processo de utilização do PTS? Assim, a pesquisa apoiou-se na seguinte questão norteadora: como se dá o processo de utilização do PTS em um serviço de tratamento de usuários de drogas?

O estudo torna-se relevante na medida em que propõe mudanças para qualificar ainda mais o processo assistencial. Ressalta-se que o presente estudo busca ir ao encontro e dar ênfase aos preceitos da PNH, política que incentiva a transversalidade e a comunicação entre os atores no processo de cuidado, e às diretrizes do Ministério da Saúde que determinam a constituição estrutural de um PTS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O uso de drogas pela humanidade, apesar do forte impacto na sociedade atual, é um costume milenar, não se limitando apenas a um local do globo ou povo específico, e, vem mantendo-se como um hábito universal, atemporal, intrincado na própria história humana (TOSCANO, 2001). Frequentemente este uso está associado a uma determinada cultura e, na antiguidade, restringia-se a grupos fechados, pequenos, que utilizavam substâncias psicoativas com propósitos pré-determinados, direcionados a rituais e cerimônias geralmente religiosas. Atualmente, ainda observamos tais comportamentos relacionados à cultura e religião, porém o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, transcendeu o intuito religioso e se disseminou como algo rotineiro e comum na sociedade (PRATTA; SANTOS, 2009).

O uso abusivo de álcool, não raro era visto como ato criminoso que vai de encontro às regras da sociedade. Na idade média a Igreja Católica condenou o uso de plantas com algum efeito alucinógeno, alegando que eram diabólicas e seu uso, inclusive para fins terapêuticos era considerado heresia. Apesar da condenação imposta pela igreja aos que faziam uso de plantas, o consumo de álcool era e, é até hoje, muito comum no Cristianismo, pois simboliza o sangue de Cristo sendo a única droga permitida pela Igreja na Idade Média (MILLER; HESTER, 1995; MACRAE, 2001).

Nos séculos XVIII e XIX, após a primeira Revolução Industrial, e com a crescente urbanização decorrente dos povoados/cidades, passou-se a observar que os indivíduos que ingeriam álcool em demasia, desenvolviam determinados problemas de saúde, sendo estas as primeiras evidências empíricas de que o consumo abusivo do álcool poderia acarretar em complicações clínicas importantes e não deveria ser visto apenas como um hábito cultural (PRATTA; SANTOS, 2009).

O uso abusivo de substâncias psicoativas passou a ser considerado um transtorno mental com características específicas apenas na segunda metade do século XX. Trata-se de uma condição multicausal, envolvendo questões comportamentais, clínicas, familiares, sociais, psicológicas, econômicas, legais, entre outras tantas, tratando-se, portanto, de uma doença, complexa, multifatorial, com alto índice de morbimortalidade, crônica e, muitas vezes, de difícil manejo (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006).

Desde 2013 com a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os termos “dependência química” e “abuso” foram substituídos por Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) que são classificados em leve, moderado ou

grave. O diagnóstico tem como critério principal o padrão problemático de uso de determinada(s) substância(s) que comprometa de forma significativa e comprovada clinicamente a saúde e qualidade de vida do sujeito, causando sofrimento percebido por um período mínimo de 12 meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CORDEIRO, 2018).

O ano de 2001 foi marcado pela aprovação da lei da reforma psiquiátrica brasileira (lei nº 10.216/2001), também conhecida como Lei Paulo Delgado, em homenagem ao deputado que deu entrada ao projeto no Congresso Nacional ainda no ano de 1989. A lei tem por objetivo assegurar um modelo de atenção participativo e inclusivo, no cuidado às pessoas com transtornos mentais, enfatiza a atenção psicossocial e criação de novos dispositivos, serviços e tecnologias no cuidado em saúde mental, objetivando, finalmente substituir o modelo manicomial até então vigente no País (BRASIL, 2001).

No Brasil, apenas em 2002, diante às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi implementado pelo Ministério da Saúde, o Programa visa um atendimento integral e específico para essa população (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS foi instaurada em 2003, com objetivo de qualificar o cuidado em saúde pública, promover e incentivar maior diálogo e trocas entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. Traz consigo três princípios básicos: transversalidade, que amplia o contato e diálogo entre os grupos, evitando isolamentos e hierarquização; a indissociabilidade entre atenção e gestão, que incentiva usuários e trabalhadores a participarem ativamente do processo de tomada de decisão; e o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos, que busca a ampliação da autonomia do sujeito e o compartilhamento de responsabilidades com o reconhecimento do papel de cada um dentro do processo de cuidado (MARTINS; LUZIO, 2017).

Tais princípios abriram caminhos para repensar estratégias de cuidado à saúde em seus diversos aspectos, refletindo, ademais, em mudanças nas políticas de atenção ao usuário de drogas, sendo estas ampliadas logo na sequência. Assim, em 2004, a portaria Nº 2.197, de 14 de outubro, redefine e amplia a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro. O cuidado a esses indivíduos deve se dar de forma articulada e intersetorial, nos diversos níveis de complexidade de acordo com a demanda

apresentada, considerando a integralidade e singularidade dos usuários (TEIXEIRA; et al., 2017).

Mais recentemente, em 2011, o Decreto nº 7.508 consolida a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da qual se busca utilizar de estratégias de cuidado conjuntas e da intersetorialidade para atender às complexas demandas dos usuários. A RAPS cria, amplia e articula os pontos de cuidado às pessoas com demandas de saúde mental, incluindo pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Acrescenta-se a isso, a importância que a RAPS dá para as estratégias de cuidado estendidas às comunidades, utilizando-se de dispositivos do território na medida em que eles auxiliem na trajetória de tratamento rumo à uma atenção singular e integral, nesse sentido a Portaria 3.088, também de 2011, normatiza a RAPS como uma rede transversal (FRANCO; ZURBA, 2014).

O PTS está fortemente alicerçado nas prerrogativas da clínica ampliada, que propõe um cuidado interdisciplinar, compartilhado e não hierarquizado, como uma tentativa de dar conta de casos de maior vulnerabilidade. Sabe-se que desde a década de 1990 o PTS é utilizado na atenção a casos mais complexos, especialmente na saúde mental (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A abordagem multisetorial é um dos princípios que embasam as ações transversais de abrangência mundial para o cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva enfatiza-se que uma resposta abrangente e coordenada à saúde mental exige apoio conjunto de diversos setores públicos, incluindo saúde, educação, trabalho, moradia, setor judiciário e outros relevantes, inclusive setor privado, conforme a situação do país. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ao longo do tempo o PTS vem sendo adaptado a diversos cenários de cuidado e há incentivo constante de que os hospitais e outros dispositivos de atenção à saúde utilizem essa ferramenta (CAMPOS; AMARAL, 2007). Apesar das possibilidades de adaptação do PTS ao público que será o objeto de cuidado e aos serviços prestadores deste cuidado, ainda exige certa estruturação para se caracterizar como um projeto, ou seja, algo que se estende ao futuro e que seja viável em termos de acompanhamento.

Assim, a elaboração de um PTS compreende quatro etapas indispensáveis: 1) análise situacional que inicia com a chegada do usuário ao serviço e com a avaliação do sujeito em sua integralidade por meio de acolhimento e estabelecimento de vínculo inicial; 2) estabelecimento das ações e metas junto ao usuário que deve participar de forma ativa do processo, sendo as decisões tomadas de forma compartilhada; 3) definição do técnico de referência e a corresponsabilização por meio da divisão das responsabilidades de cada um dos envolvidos no PTS, tanto profissionais da equipe assistencial quanto o próprio usuário como protagonista de todo processo; 4) reavaliação, trata-se de uma etapa de continuação e complementação, nela se

avalia o andamento do PTS e se propõem novas metas e ações, se necessário. A reavaliação é realizada com determinada periodicidade, a ser definida previamente, de acordo com as necessidades do caso (BRASIL, 2014).

Em consonância com a trajetória das políticas de saúde emergentes, o PTS requer transversalidade, isonomia dos saberes numa atuação interdisciplinar, centrada no sujeito (usuário) e para o sujeito, sem ferir sua autonomia e direito de tomada de decisão (BOCCARDO et al., 2011). Desta forma, o PTS se tornou uma ferramenta indispensável na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, e ganha espaço crescente em outras frentes de cuidado na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2015; HORI; FÁTIMA, 2014; CAMPOS; AMARAL, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de utilização do projeto terapêutico singular (PTS) em um serviço especializado no tratamento de usuários de drogas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar o levantamento de necessidades percebidas pelos profissionais da equipe assistencial acerca da utilização do PTS;
2. Buscar dados em documentos institucionais (formulários e prontuários) sobre os registros dos PTS dos usuários;
3. Reestruturar o instrumento de PTS na atenção ao usuário de drogas juntamente com os participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE DROGAS: DO ESTIGMA À INTEGRALIDADE

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos profissionais envolvidos no processo de elaboração e continuidade de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em um ambulatório de adição.

Método: Pesquisa de abordagem qualitativa, tipo Pesquisa Convergente Assistencial, realizada em um ambulatório de adição, com a utilização de grupos focais, análise documental, questionário virtual (e-mail) e conversas informais. A coleta deu-se entre junho e outubro de 2019 e contou com a participação de oito profissionais. **Resultados:** Evidencia-se dificuldades na comunicação e continuidade do processo do PTS, bem como a ausência da equipe médica em determinados espaços. Percebe-se a busca por um atendimento integral, ressalta-se a atuação dos técnicos de referência e a importância da interdisciplinaridade diante da complexidade dos casos. **Conclusões:** Há grande potencialidade no serviço estudado, apesar das dificuldades relatadas, a equipe multiprofissional demonstra interesse pelo tema. A pesquisa proporcionou mudanças no compartilhamento de informações além de um espaço para troca de saberes sobre o PTS.

Palavras-chave: Usuários de Drogas; Serviços de Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of professionals involved in the process of elaboration and continuity of Singular Therapeutic Projects (PTS) in an addition outpatient clinic. **Method:**

*Qualitative research, Convergent Care Research, using focus groups, document analysis, virtual questionnaire (e-mail) and informal conversations, conducted between June and October 2019 with the participation of eight professionals. **Results:** The results point to a difficulty in communication and continuity of the PTS process, absence of the medical team in certain spaces, appreciation of the subject above the medical diagnosis and the search for comprehensive care. an interdisciplinary approach to the complexity of the cases. **Conclusions:** It is perceived great potential in the service studied, despite the reported difficulties, it is evident the interest of the multidisciplinary team on the topic. The research provided changes in information sharing as well as a space for the exchange of knowledge about PTS.*

Keywords: *Drug users; Mental health services; Patient Care Planning; Integrality in Health.*

RESUMEN

Objetivo: *Analizar la percepción de los profesionales involucrados en el proceso de elaboración y continuidad de Proyectos Singulares Terapéuticos (PTS) en una clínica ambulatoria adicional. **Método:** Investigación cualitativa, Investigación de atención convergente, utilizando grupos focales, análisis de documentos, cuestionario virtual (correo electrónico) y conversaciones informales, realizadas entre junio y octubre de 2019 con la participación de ocho profesionales. **Resultados:** Los resultados apuntan a una dificultad en la comunicación y la continuidad del proceso de PTS, la ausencia del equipo médico en ciertos espacios, la apreciación del tema por encima del diagnóstico médico y la búsqueda de atención integral. Un enfoque interdisciplinario de la complejidad de los casos. **Conclusiones:** se percibe un gran potencial en el servicio estudiado, a pesar de las dificultades reportadas, es evidente el interés del equipo multidisciplinario sobre el tema. La investigación proporcionó cambios en el intercambio de información, así como un espacio para el intercambio de conocimientos sobre PTS.*

Palabras clave: Usuarios de drogas; Servicios de salud mental; Planificación de la atención al paciente; Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico singular (PTS) tem sua origem na saúde mental, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santos-SP, na década de 1990, sendo uma alternativa adequada diante da complexidade dos casos e das diversas necessidades dos usuários desses serviços ⁽¹⁾.

Contudo, apenas em 2002, um ano após a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, frente às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi implementado pelo Ministério da Saúde (MS), com objetivo de garantir atendimento integral e mais específico para essa população⁽²⁾. Inicia-se um processo crescente em busca da humanização do cuidado e da produção de saúde por meio de uma clínica ampliada e compartilhada. Em 2003 é lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)⁽³⁾. A partir de então o PTS passa a destacar-se como uma ferramenta de cuidado essencial para a garantia de uma atenção integral, humanizada, mais ampla e resolutiva

No ano seguinte, em 2004, a portaria N° 2.197, de 14 de outubro, redefine e amplia a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). O cuidado a esses indivíduos deve se dar de forma articulada e intersetorial, nos diversos níveis de complexidade de acordo com a demanda apresentada, considerando a integralidade e singularidade dos usuários ⁽⁴⁾.

Mais recentemente, em 2011, o Decreto n° 7.508 consolida a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da qual se busca utilizar estratégias de cuidado conjuntas a partir da intersetorialidade para atender às complexas demandas dos usuários. A

RAPS cria, amplia e articula os pontos de cuidado às pessoas com demandas de saúde mental, incluindo as que fazem uso de álcool e outras drogas. Acrescenta-se a isso, a importância dada pela RAPS às estratégias de cuidado estendidas às comunidades, utilizando-se de dispositivos do território na medida em que eles auxiliem na trajetória de tratamento rumo a uma atenção singular e integral, nesse sentido a Portaria 3.088, também de 2011, normatiza a RAPS como uma rede transversal ⁽⁵⁾.

A abordagem multisetorial é um dos princípios que embasam as ações transversais de abrangência mundial para o cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva enfatiza-se que uma resposta abrangente e coordenada à saúde mental exige apoio conjunto de diversos setores públicos, incluindo saúde, educação, trabalho, moradia, setor judiciário e outros relevantes, inclusive setor privado, conforme a situação do país ⁽⁶⁾.

Em consonância com a trajetória das políticas de saúde, o PTS requer transversalidade, isonomia dos saberes numa atuação interdisciplinar, centrada no sujeito (usuário) e para o sujeito, sem ferir sua autonomia e direito de tomada de decisão ⁽⁷⁾. Desta forma, o PTS se tornou uma ferramenta indispensável na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, e ganha espaço crescente em outras frentes de cuidado na perspectiva da clínica ampliada ^(1,5,8).

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as percepções dos profissionais de um ambulatório de adição acerca do PTS utilizado no serviço. Este artigo é parte de uma pesquisa mais abrangente com objetivo geral de avaliar o processo de utilização do projeto terapêutico singular (PTS) em um serviço especializado no tratamento de usuários de drogas. Os resultados obtidos originaram duas linhas de aprofundamento: a pesquisa atual está relacionada essencialmente com as percepções dos profissionais e conteúdo dos registros dos PTS, e uma segunda linha que objetiva analisar os registros estruturalmente e elaborar um instrumento de PTS em conjunto com os participantes, esta última não está contemplada neste artigo.

Assim, este estudo buscou responder aos seguintes questionamentos: qual a concepção dos profissionais acerca do PTS? Quais as dificuldades e necessidades percebidas pelos participantes no processo de discussão (com sujeito e equipe), elaboração e continuidade do PTS? Para além dos questionamentos, a pesquisa busca auxiliar e possibilitar melhorias na assistência no âmbito do tema estudado, por meio do diálogo e troca de saberes entre os participantes juntamente com a pesquisadora, pretendeu-se promover mudanças reflexivas e assistenciais por meio das devolutivas no desenrolar do estudo.

MÉTODO

Tipo de estudo

Esta pesquisa foi elaborada junto ao Programa de Atenção Integral do Usuário de Drogas, sendo parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para obtenção do título de especialista. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A finalidade de uma PCA é desenvolver um conhecimento para a melhoria da assistência e suas práticas, promovendo mudanças e *feedbacks* com o processo investigativo do estudo ainda em andamento, permitindo conciliar assistência e pesquisa em um mesmo cenário, visto que neste método de pesquisa, é obrigatória a imersão do pesquisador no espaço assistencial ⁽⁹⁾.

Cenário do estudo

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de adição da unidade Álvaro Alvim pertencente ao HCPA. O ambulatório atende indivíduos de ambos os sexos, com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. O tratamento está alicerçado em grupos terapêuticos onde são trabalhadas questões direcionadas ao treinamento de habilidades sociais, prática de exercícios físicos, incentivo ao lazer e cultura, motivação para a mudança de

comportamento e ressignificação das atividades diárias, prevenção à recaída, projeto de vida visando a (re)inserção social, preparação para alta, entre outras. Além dos acompanhamentos individuais com equipe multiprofissional, de técnico de referência (TR) e psiquiatria.

O programa de tratamento ambulatorial é dividido em três etapas, a primeira com duração de cerca de um ano, a segunda e terceira, cerca de seis meses cada uma, totalizando uma média de dois anos até que o usuário receba alta do serviço. Após esse período ainda se mantém vínculo com o indivíduo que poderá participar de encontros pós-alta. O ambulatório conta com três microequipes que somadas constituem a equipe geral, com cerca de 22 profissionais entre residentes e contratados das seguintes categorias profissionais: psiquiatria, nutrição, serviço social, psicologia, educação física, terapia ocupacional e enfermagem. Os usuários são divididos numericamente entre as microequipes, sendo estas suas equipes de referência.

Critérios de Seleção

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais de saúde atuantes no ambulatório de adição que tenham vínculo empregatício com o serviço (contratados); b) residentes vinculados ao programa de Residência Médica em Psiquiatria do HCPA ou ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde do programa de atenção integral ao usuário de drogas do HCPA. Enquanto critério de exclusão utilizou-se: a) profissional ou residente estar em afastamento do serviço no momento da coleta de dados por motivo de saúde, licenças, férias, entre outros.

Para os dados documentais, a seleção foi realizada por meio de sugestão dos participantes da pesquisa, que indicaram ao menos um prontuário que constasse evoluções de seus atendimentos. Foram incluídas na amostra as evoluções que contemplavam concomitantemente os seguintes critérios: a) atendimentos de TR; b) realizadas no ano de 2019. Sendo excluídas as evoluções não finalizadas no sistema.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2019, utilizou-se como técnicas de coleta: grupos focais (GF), conversas informais (CI) e dados documentais (DC).

No desenrolar dos três GF foram levantadas informações acerca da concepção dos profissionais sobre o PTS, dificuldades e necessidades percebidas no processo de cuidado envolvendo o PTS, assim como foram sugeridos, pelos participantes, os prontuários a terem as evoluções de TR analisadas. Utilizou-se um roteiro como facilitador da condução dos GF, assim como dois textos de apoio, sobre o assunto tratado (PTS), e uma cópia do instrumento de PTS que havia disponível no serviço para auxiliar nas discussões. Contou-se, também com a presença de um observador como colaborador nos GF. Durante a execução do estudo, foram realizadas conversas informais (CI) com os membros da equipe assistencial participantes da pesquisa. Essas conversas ocorreram no próprio cenário assistencial, sendo realizado diário de campo com registro das CI. Quanto aos dados documentais (DC), as evoluções foram analisadas quanto ao seu conteúdo, avaliando-se a presença de aspectos relacionados à integralidade do cuidado, estabelecimento de ações e metas e discussão com sujeito e equipe, quanto aos combinados em relação ao PTS do sujeito em questão, assim como perspectiva de retorno para a continuidade do cuidado e reavaliação dos combinados estabelecidos. Os aspectos estruturais dos registros dos atendimentos também foram analisados, porém, no presente estudo, não será dada ênfase nesses aspectos.

Ao término da coleta de dados foi enviado por e-mail, para cada participante, um breve questionário sobre o impacto da pesquisa no serviço e em sua atuação profissional, a fim de apreender mais concretamente como o estudo contribuiu no processo assistencial. Esta etapa está identificada no texto pelas letras RF (resposta final) e, juntamente com as CI ao longo de todo o processo de pesquisa, ratificam o processo de transferência, exigido pela metodologia adotada.

Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de quatro etapas distintas, como estabelece o método de pesquisa PCA, são elas: **apreensão**: na qual os dados são coletados e devidamente registrados; **síntese**: comparação e separação dos dados relevantes para a pesquisa; **teorização**: categorização dos dados; e **transferência**: onde se faz a comparação dos achados com outras realidades semelhantes, embasando os argumentos a fim de promover mudanças na assistência. A PCA pressupõe uma devolutiva aos participantes da pesquisa (transferência), nesse sentido, ao longo do processo de pesquisa foram realizadas tais devolutivas por meio das CI e a cada encontro de GF ⁽⁹⁾.

Aspectos éticos

A coleta de dados iniciou-se após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética do HCPA, sob parecer nº 09781119.4.0000.5327 e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes da pesquisa, conforme legislação vigente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa oito profissionais, entre contratados do serviço (três) e residentes multiprofissionais (cinco), das seguintes categorias: Educação Física (dois), Serviço Social (dois), Nutrição (um), Terapia Ocupacional (um), Psicologia (um) e Enfermagem (um). O tempo de atuação dos profissionais na saúde mental variou de um ano e meio a 19 anos e o tempo de atuação no ambulatório de adição variou entre seis meses e sete anos.

Foram analisadas 30 evoluções de um total de 50 marcações de atendimentos de TR disponíveis em prontuário eletrônico, de oito usuários do serviço atendidos entre 18/02/2019 a 02/10/2019, a contar do primeiro atendimento realizado pelo TR no ano vigente até a data final da coleta de dados documentais. Apenas uma não teve registro de acolhimento e análise do caso e em duas evoluções não se identifica aspectos de integralidade. Três evoluções trouxeram registros de participação de familiares no atendimento de TR. Em apenas duas das evoluções

não constavam ações, em 16 não foi possível identificar estabelecimento de metas, e em três evoluções não ficou evidente a discussão com o sujeito sobre metas e/ou ações estabelecidas. Quanto à discussão com equipe, nove evoluções especificavam esse aspecto. Em quatro evoluções constata-se a divisão de responsabilidade na equipe e articulação com outros serviços de saúde. A corresponsabilidade equipe/usuário não foi observada em 11 evoluções. E não havia orientação de retorno em 12 evoluções. Os atendimentos de um usuário em particular, destacam-se por abordarem aspectos estudantis, onde o TR auxiliava o usuário com suas dificuldades escolares.

Um dos elementos mais nítidos nas falas dos participantes acerca do PTS é sua capacidade de ampliação do cuidado. Coloca-se em evidência a importância da intersetorialidade e da abrangência tanto do território, pois entendem que um PTS deve contemplar os diversos cenários de circulação do usuário, assim como seus atores, convergindo para a ideia de corresponsabilização entre os envolvidos nesse processo.

[...] O PTS ou projeto terapêutico singular na minha percepção é um método de trabalho, de abordagem terapêutica que a gente vai construir com o usuário, alinhando toda a sua trajetória em todos os dispositivos de saúde, não só naquele dispositivo de saúde que ele está mais vinculado porque esses pacientes, essas pessoas circulam em vários, não só dispositivos de saúde, dispositivos de produção de vida, dispositivos sociais (P4 GF1).

[...] O projeto terapêutico singular tem que ser plural, para o usuário, para o paciente para com ele.... Conhecer ele, conhecer o espaço dele (P3 GF1).

[...] Eu vejo que muitas pessoas tendem a pensar que o projeto terapêutico é o que ele faz aqui dentro, e não é, o que ele faz aqui dentro é pensando no que ele vai fazer daqui a pouco lá fora (P6 GF1).

[...] A ideia de um tratamento também é poder aumentar o repertório dessas pessoas, se a gente fica muito no que o usuário deseja, pode ser um repertório mais restrito, então a ideia é ampliar, e talvez o PTS ou uma pessoa de referência, isso ajuda na inserção dessas entre aspas “novas atividades” para esse sujeito. (P4 GF1).

Tais considerações convergem para os conceitos de clínica ampliada, na qual as ações de cuidado partem do princípio humano, ou seja, que o objeto não é a doença ou um agravo único e sim o ser humano em sua forma mais ampla e singular. Pode-se considerar a ampliação da clínica quando passa a ser clínica do sujeito, que considera as subjetividades humanas e toma

decisões de modo a incentivar a autonomia do sujeito ⁽¹⁾. Não obstante o PTS é, de fato, uma ferramenta de cuidado da clínica ampliada, essencialmente utilizado na saúde mental e, por conseguinte, no cuidado a usuários de drogas.

O uso de drogas muitas vezes é julgado como uma falha de caráter, não sendo associado a um problema de saúde, o que culmina em um panorama onde o usuário de drogas é visto como único responsável por sua condição e conseqüentemente, responsável por sua “cura”. Nessa ótica, as possibilidades de acesso ficam restritas, afetando negativamente a qualidade dos serviços prestados e limitando, as ações de cuidado voltadas a esse público ⁽¹⁰⁾. Estabelecesse, assim, um processo que entrava a premissa de integralidade do cuidado. Os participantes da pesquisa trazem em seu discurso, considerações acerca da carga moral imposta pela sociedade sobre a temática “drogas”.

[...] Acho que o nosso serviço... é um serviço que é de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a gente enfrenta uma outra dificuldade relacionada a isso, que é diferente de um serviço de saúde mental comum sabe, porque tem toda a carga do moralismo em relação ao uso de drogas e de uma orientação de uma sociedade que tenta a qualquer custo manter a abstinência das pessoas, ou promover a abstinência, então acho que esse é um outro atravessamento que a gente tem aqui dentro (P8 GF2).

Nesse cenário, repleto de cicatrizes históricas, enfatiza-se a grande carga moral carregada por um serviço de atendimento a usuários de drogas, se comparado com outros serviços de saúde e inclusive com serviços de saúde mental, que apesar de todo estigma conhecido, ainda assim, parece não carregar o “peso” de oferecer cuidado a indivíduos considerados, à margem da lei, segregados pela ilegalidade do uso de drogas. A sociedade se impõe por meio de autoridades científicas no momento em que se diferenciam drogas lícitas de ilícitas, com total legitimidade do Estado ⁽¹¹⁾.

Partindo-se da integralidade como fator a ser atingido com ferramentas de cuidado como o PTS, pode-se considerar que para além de uma ferramenta o PTS consiste em um dispositivo de cuidado tamanha sua abrangência. Dispositivo é um termo que remete a amplitude, incluindo diversos elementos diferentes entre si que juntos formam uma rede, tais elementos podem ser

leis, posições morais, filantrópicas, e tantos outros quanto forem necessários para o estabelecimento dessa rede ⁽¹²⁾. O PTS almeja funcionar de forma semelhante, sendo cada elemento que é agregado a ele, um fator importante para o andamento do projeto como um todo, um desses elementos fundamentais é a presença da família no tratamento, por exemplo. Os participantes enfatizam a falta de compreensão e participação dos familiares do usuário no processo de tratamento. Ao mesmo tempo, os próprios profissionais reconhecem a carência em dar atenção às famílias, sobretudo àquelas que não estão envolvidas no tratamento.

[...] No momento que o familiar vem e fala: 'eu não quero estar aqui olha o que ele me faz ter que passar'. Não enxerga, nesse processo, qual é a sua parte né (P6 GF2).

[...] Dar maior atenção para a família deles, tem alguns pacientes que tem a família presente né, e outros não tem, e a gente acaba não trabalhando as questões familiares (P5 GF1).

O ambulatório de adição, conta com grupos semanais voltados para os familiares que participam mais ativamente do tratamento de seus entes. Contudo, percebe-se que, por vezes, o familiar não identifica a importância de sua participação, entende-se que vários fatores influenciam nesse processo, sendo um dos mais apontados o esgotamento emocional. Os achados documentais confirmam a presença do familiar em pelo menos três atendimentos de TR, mas de forma tímida e menos frequente do que a necessidade apontada.

A família, diante de um longo período de tentativas de tratamento e da relação fragilizada com o usuário de drogas, por vezes se mostra resistente e sem perspectiva de recuperação, sabe-se que estes, entre outros aspectos influenciam na baixa adesão e continuidade das estratégias de cuidados voltadas para o sujeito em questão. Proporcionar um ambiente acolhedor e um espaço de empoderamento para as famílias de usuários de drogas é fundamental no processo de cuidado ⁽¹³⁾.

Traçando-se um paralelo comparativo entre os relatos nos GF e os achados documentais acerca da integralidade do cuidado, evidencia-se que, apesar das dificuldades e necessidades de mudanças apontadas, os registros dos atendimentos de TR emergem como um fator positivo e de grande potencialidade para garantia do atendimento integral. Destacam-se os atendimentos

de um usuário em particular, por abordarem, consecutivamente, aspectos educacionais e ações para auxiliar o sujeito com suas dificuldades relacionadas.

Há uma divisão da equipe quanto à valorização do diagnóstico em detrimento dos demais aspectos da vida do sujeito que não orbitam, necessariamente, em torno da doença. As falas se mostram por vezes, divergentes. As evidências reforçam a preocupação do TR com a integralidade do cuidado, auxiliando em questões para além da doença, emergem dos GF falas que reforçam essa afirmação, trazendo a importância de avaliar os valores do sujeito como forma de reconhecê-lo como indivíduo e respeitar suas singularidades.

[...] A gente avalia muito valores, e é um modo também de conhecer o sujeito (P2 GF1).

[...] Não é nossa característica colocar o diagnóstico na frente de tudo, mas tem parte (da equipe) que sim (P6 GF1).

[...] Ele (usuário) toca um instrumento [musical] e a gente vai descobrir um ano depois que o paciente tá aqui, sabe! [o profissional] fica focado na doença né, bem focado na doença (P6 GF1).

O PTS desenvolve-se como uma estratégia de cuidado que envolve o sujeito, sua família, seu território e rede social. Deve ser executado e planejado de forma contínua e integrada, onde há negociação de ações e metas e diálogo entre os envolvidos nesse processo para fins de promover mudanças substanciais para a situação imposta ⁽⁷⁾. Diante disto, promover a autonomia e o protagonismo do sujeito em seu processo de elaboração e continuidade, é uma prerrogativa do PTS.

Contudo, percebem-se duas questões distintas, uma relacionada à necessidade de dar-se mais voz ao sujeito em seu processo de recuperação, considerar suas vontades e querer; e a segunda questão, que se apresenta quase como um paradoxo, contrariando, ou ao menos, questionando a capacidade do sujeito de ser guiado por seus desejos no âmbito do cuidado, visto que o uso de drogas é fonte de prazer imediato e permeia os desejos do sujeito. As falas apontam tanto para uma necessidade, quanto para o desafio de se acolher os desejos do sujeito na construção de seu PTS.

[...] Estar discutindo, pensando entre equipe assim o que poderia ser feito, mas não, nem cogitar o que aquela pessoa [usuário] está se propondo a fazer naquele momento, o que ela acha que vai ser importante (P8 GF2).

[...] Essa coisa do desejo do usuário é bem questionável né, quando a gente está aqui praticamente tratando dos desejos, a gente está aqui de certa maneira adestrando os desejos, botando o desejo em algum lugar, a gente quer a todo pano tirar um desejo daqui e botar pra lá, tirar o foco né, botar o foco do desejo em outra coisa, porque a gente acha que é melhor, porque a gente pondera que aquele sujeito procurou a gente, porque sim, aquele fluxo de desejo não estava dando conta pra isso, [estava] tendo prejuízo (P6 GF2).

Entende-se que para conhecer o sujeito, necessita-se, também conhecer o território em que ele está inserido, sua comunidade e os dispositivos que esta oferece, inclusive para se pensar estratégias de cuidados para além do disponível nos serviços de saúde. Partindo-se de tal pressuposto, os participantes trazem como importante limitador à não territorialização do serviço.

[...] Outra dificuldade é a nossa não delimitação de território... a gente quer colocar uma coisa ou outra pra pessoas que vem um de cada canto da cidade, qual é o nosso público? (P6 GF1).

Acerca da comunicação, os relatos convergem para uma conduta muito núcleo-centrada e pouco flexível, enfatizam que há uma certa “disputa de poder” para a tomada de decisão acerca dos caminhos a serem seguidos e sobre a dificuldade na continuidade do PTS. Tais achados nos remetem à clínica dos especialismos, que se ancora no diagnóstico fisiopatológico, restrito a cada núcleo do saber, sendo pouco resolutivo para diversas outras demandas que nesse formato, se tornam invisíveis ⁽¹⁴⁾.

[...] Tu vais montar com a equipe um PTS de um paciente e cada um tem uma ideia completamente diferente e aí quem é que cede? (P3 GF2).

[...] A gente se forma muito dentro da caixinha do seu núcleo, e é difícil sentar e conseguir discutir, trazer o que é do seu núcleo, mas também, de uma forma mais flexível (P8 GF2).

[...] As pessoas conseguem dialogar sobre as combinações iniciais, mas daí daqui um pouco, conforme o plano evolui já se perde, não continuam (P8 GF2).

Os achados documentais mostram que os TR, em atendimentos individuais, estão conseguindo discutir com o sujeito sobre ações e metas de seu PTS, contudo, cabe ressaltar que as falas referem-se, principalmente, nas discussões de equipe, outro ponto a ser destacado é que

muitos usuários do serviço não têm um TR, ficando as decisões mais centradas na equipe médica e *rounds* de equipe.

[...] Quando as pessoas não têm um TR quem faz as combinações é o psiquiatra, porque é ruim alguém com poder, com poder de combinação igual, daí a gente entra nessa discussão, enfim, o tratamento é feito pela equipe médica (P6 GF1).

Embora os TR consigam discutir com os usuários as ações e metas de seu PTS, o acompanhamento dessas ações e metas não fica claro nos achados documentais, corroborando com as falas que afirmam que as combinações iniciais são mais fáceis de serem feitas (tanto com usuários como com equipe), há uma descontinuidade de comunicação e retomada de ações.

No momento em que um usuário não tem um TR os participantes enfatizam que quem toma as decisões é a equipe médica, ao mesmo tempo trazem em suas falas a ausência dos psiquiatras (contratados e residentes) nos espaços de discussão de casos. Falam sobre alguns avanços, porém ainda creem que necessita haver mais participação e interação entre médicos e equipe multidisciplinar.

Quando as decisões ficam centradas em apenas um profissional (ou classe profissional) as atividades e possibilidades em um PTS ficam restritas, um estudo realizado em dois CAPS de Fortaleza – CE chama atenção para a formatação das ofertas de estratégias de cuidado justamente por manter um modelo biomédico de atenção à saúde ⁽¹⁵⁾. Nesse modelo no qual cabe somente à medicina a tomada de decisão, as possibilidades de ação em um PTS ficam restritas a uma única visão limitada ao que o médico está “treinado” a enxergar e agir.

Superar o paradigma biomédico é a grande proposta para os PTS, pretende-se que essa ferramenta de cuidado gere mudanças de vida, por meio de ações conjuntas e coletivas centradas no sujeito e em seu contexto de vida. Nessa lógica, o PTS busca um alinhar de saberes, ações pensadas de forma interdisciplinar, incluindo família, escola, espaços sociais, políticos, e tantos quanto forem necessários para atender às diversas demandas do sujeito ⁽¹⁾.

O distanciamento da equipe médica é um fator recorrente em diversos serviços de saúde, um estudo realizado em São Paulo (2014) sobre PTS nos Núcleos de apoio à Saúde da Família

(NASF) aponta a ausência dos médicos da atenção primária nas reuniões com o NASF para discussão dos casos e tomada de decisão sobre os PTS ⁽⁸⁾. Deparamo-nos com duas situações extremas: a tomada de decisão voltada apenas para equipe médica quando o usuário não tem um TR e a ausência da equipe médica nas discussões sobre os casos.

[...] E essa coisa da equipe médica ficar muito pouco tempo aqui (P1 GF1).

[...] Não é nem o fato de receber os residentes médicos, acho que a gente tem a sorte de receber residentes médicos ótimos, mas nem esses isso funciona, não é isso, mas o fato é que eles não estão aqui. Eles têm supervisor médico que também não está lá no ambulatório, como é que esperam que eles deem uma orientação muito dentro do que a gente faz no ambulatório se não ouvem o resto da equipe (P6 GF1).

[...] Como é que o residente psiquiatra vai fazer um plano terapêutico com um paciente do ambulatório se ele não conhece o programa? não conhecem os grupos, nunca vieram nos grupos, não sabem quem está no grupo, o que foi tratado no grupo como é que ele decide? (P3 GF1).

Contudo, os participantes ressaltam avanços na relação com a equipe médica ao longo do tempo, enfatizando a importância da discussão conjunta dos casos.

[...] Levou muito tempo pra que isso acontecesse hoje né, muitos anos, pra que a gente tivesse a presença da psiquiatria no ambulatório, entrando na sala e estando junto, e a gente podendo discutir junto (P5 GF1).

[...] A gente teve avanços, antigamente essa supervisão da equipe da psiquiatria ela era feita na sala de round, então ele e o preceptor ficavam sentados lá e o resto da equipe aqui, então a gente ficava esperando ele sair da supervisão pra pelo menos ter uma conversa lógica (P6 GF1).

Nesse contexto, as equipes de referência deveriam sanar ou minimizar estas discrepâncias na assistência. Entende-se por equipe de referência o grupo de profissionais que irá atuar de forma mais próxima ao sujeito, cabendo-lhe a responsabilidade de gerenciar o caso. A equipe não necessariamente será composta exclusivamente por profissionais de saúde, devendo esta ser o mais heterogênea possível, de modo que o grupo consiga abordar os diversos aspectos da vida do sujeito ⁽¹⁶⁾.

A literatura internacional aponta para a eficácia do uso de gerentes de caso quando o cuidado abrange situações complexas e multifacetadas como no caso de usuários de drogas por exemplo ^(17,18). Contudo entende-se que o TR além de operacionalizar o gerenciamento do caso

no sentido organizacional, ainda tem o papel terapêutico de estar envolvido com o cuidado diretamente, favorecendo vínculo e tendo maior possibilidade de pensar estratégias junto ao sujeito, sendo o TR um centralizador do histórico do sujeito e ainda um agente integrante da equipe assistencial ⁽¹⁹⁾.

Apesar de haver consenso quanto a importância do estabelecimento do TR e da contribuição deste no PTS do sujeito, percebe-se nas falas de dois participantes que, por vezes a determinação de uma referência ou equipe de referência prejudica a tomada de decisão imediata e em relação a equipe não delimita o papel de cada um no processo, fazendo com que haja dissociação nas combinações com o sujeito.

[...] Porque a gente tira um pouco a autonomia para a tomada de uma decisão, 'ah não vou decidir isso agora porque vou ver com a equipe de referência' (P4 GF1).

[...] Aí vai ter outra pessoa da equipe de referência que ela é tão referência quando tu, e combina uma outra coisa na mesma semana (P6 GF1).

A partir desta pesquisa as tabelas de pacientes foram unificadas, possibilitando acesso de toda equipe assistencial e não apenas das microequipes na intenção de auxiliar no cuidado na ausência do TR ou equipe de referência frente a demandas urgentes. Para além das estratégias de melhora da comunicação, os participantes ressaltam a importância do tema e como a pesquisa influenciou no processo assistencial.

[...] A temática é relevante no âmbito assistencial e acredito que pesquisas em saúde devem primar pelo seu impacto na assistência às pessoas e aos processos de trabalho. Penso que a pesquisa movimentou alguns trabalhadores a (re)pensar seu trabalho no ambulatório, as reflexões e debates suscitados faz movimento no sentido de aprimorar processos e desencadear melhorias nas abordagens ofertadas. Especificamente para mim desencadeou a ideia de colocar-me a disposição para iniciar trabalho de técnico de referência no ambulatório, papel esse já desempenhado em outro serviço que atuei anos atrás e que no ambulatório não desenvolvo. Este processo ainda não foi colocado em prática, porém já iniciei conversas com membros da equipe para efetivar esta nova função (P4 RF).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se duas realidades paralelas, provavelmente devido ao fato do não estabelecimento de TR para todos os usuários do serviço e pelo ainda nítido distanciamento da equipe médica. Os participantes afirmam que houve avanços nesse sentido, contudo temem que

haja resistência da equipe médica em aderir às novas propostas advindas desta pesquisa com relação ao PTS.

Na primeira realidade, as decisões acerca do tratamento do sujeito ficam exclusivamente na responsabilidade do médico que o acompanha, por vezes não há discussão com equipe sobre as tomadas de decisões. Na segunda realidade os profissionais médicos não estão presentes para discussão dos casos, têm dificuldade de entender o papel do TR e isso causa dissociação na equipe e com o usuário. Democraticamente concordam que há necessidade evidente de que todos os pacientes tenham um TR para que os PTS “caminhem” de forma mais adequada e essas tais duas realidades observadas fiquem menos evidente. Contudo, aponta-se também para uma dificuldade na tomada de decisão quando não se tem acesso a equipe de referência quando existe alguma demanda mais urgente do sujeito.

As duas realidades são verdadeiras e coabitam o espaço de tratamento, ressalta-se o grande potencial do serviço, uma vez que se preocupam com aspectos pra além do diagnóstico médico e demonstram interesse em qualificar o processo do PTS. Apesar das dificuldades relatadas, evidencia-se o interesse da equipe multiprofissional pelo tema, apesar de certa resistência à mudanças. Entende-se que as mudanças sejam possíveis visto que o ambulatório é um espaço de tratamento e ensino, com duas residências que somam a maioria dos profissionais da equipe, o que confere movimento aos processos que se bem organizados tendem à qualificação constante.

As limitações encontradas orbitam no fato de não estarem presentes, como participantes da pesquisa, os profissionais médicos e a insuficiência de registros para uma avaliação mais detalhada dos PTS conduzidos no serviço.

A pesquisa, conduzida no campo assistencial, proporciona um espaço/tempo capaz de promover mudanças por meio do conhecimento compartilhado nos encontros dos saberes. Nesse sentido a atual pesquisa promoveu uma reflexão sobre a atuação profissional dos

participantes o que fica evidenciado pela devolutiva dos mesmos. Proporcionou, também mudanças práticas no compartilhamento de informações além de um espaço para troca de conhecimento acerca do PTS.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS, Amaral MA. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciência e Saúde Coletiva*. [online]. 2007; 12(4):849-859. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.
2. Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. Hospitalization for drug users: dialogues with the Brazilian psychiatric reform. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2013.16(4):584-596. ISSN 1415-4714. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.
3. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017. 21(60):13-22. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>.
4. Teixeira MB, Ramôa ML, Engstrom E, Ribeirto JM. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2017.5 (22):1455-1466. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2015. 100 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>.
6. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=9054BB00990DF18FBDA02BA627C4BF05?sequence=1.
6. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigue S, Mângia EF. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. [online]. 2011. 22 (1):85-92. ISSN 1413-8123 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>.
7. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. [online]. 8 (19):3561-3571. ISSN 1413-81232014. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>.

8. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2017. 26(4). ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>.
9. Faria ARN, Silveira PS, Ronzani TM. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Brasil: Senad. 2015. Disponível em: http://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf
10. Melo JRF, Macial SC. Drug User's Social Representation in the Perspective of the Chemical Dependent. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2016. 36(1): 76-87. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000882014>.
11. Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo. Graal, 2010.
12. Henriques BD, Reinaldo AMS, Ayres LFA, Lucca MS, Rocha RL. The use of crack and other drugs: the perception of family members in relation to the support network in a reference center. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018. 23(10): 3453-3462. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13462016>.
13. Bedrikow R, Campos GWS. Clínica: Clinic: the art of balancing disease and subject. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2011. 57 (6):610-613. ISSN 0104-4230 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>
14. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. *Interface (Botucatu)* [online]. 2016. 20(57):313-23. ISSN 1807-5762 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>
15. Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Andrade APM, Esalão AD. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* [online]. 2018. 1(13):1-13. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2817
17. Morandi S, Silva B, Golay P, Bonsack C. Intensive case management for addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2017;12:26. doi: <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>.
18. Savic M, Best D, Manning V, Lubman DI. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Subs Abuse Treat Prev Policy.* 2017;12:19. doi: <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0104-7>.
19. Miranda L, Ockono-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de saúde Pública.* Rio de Janeiro.2010; 26(6):1153-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>.

4.2 ARTIGO 2

REESTRUTURAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS

RESUMO

Objetivos: analisar os registros dos atendimentos de técnicos de referência (TR), realizar levantamento, junto aos profissionais do serviço, das necessidades de mudança na estruturação e conteúdo das informações registradas no PTS, e por fim, com base nas informações coletadas elaborar um instrumento de PTS, em conjunto com os participantes da pesquisa. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, tipo pesquisa convergente assistencial (PCA), com a utilização de grupos focais, análise documental e conversas informais, realizadas entre junho e outubro de 2019 com a participação de oito profissionais. **Resultados:** Após o levantamento das necessidades de mudança em relação ao registro e conteúdo mais relevantes diante das características do serviço e seus usuários, construiu-se de forma conjunta um instrumento estruturado e compartilhável que atende às diretrizes de um PTS de acordo com o Ministério da Saúde e orientações específicas para o cuidado de usuários de drogas. Percebe-se grande potencialidade no serviço estudado, apesar das dificuldades relatadas, evidencia-se o interesse da equipe multiprofissional pelo tema. **Conclusão:** A pesquisa proporcionou mudanças no compartilhamento de informações além de um espaço para troca de saberes sobre o PTS. Esperou-se, com as discussões e construção conjunta do novo instrumento de PTS, qualificar a assistência, tornar mais visível à ação do Técnico de Referência e melhorar a comunicação na equipe acerca dos casos. Percebeu-se boa aceitação por parte dos participantes que apontaram mudanças em sua percepção do tema e atuação profissional.

Descritores: Usuários de Drogas; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

O PTS está fortemente alicerçado nas prerrogativas da clínica ampliada, que propõe um cuidado interdisciplinar, compartilhado e não hierarquizado, como uma tentativa de dar conta de casos de maior vulnerabilidade. Sabe-se que desde a década de 1990 o PTS vem sendo utilizado na atenção a casos mais complexos, especialmente na saúde mental ⁽¹⁾. Destaca-se como uma ferramenta potente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas,

na medida em que enfatiza o protagonismo do sujeito, leva em consideração suas necessidades como indivíduo único e, atenta para o contexto social em que está inserido.

Neste sentido a Organização Mundial da Saúde lançou uma iniciativa de abrangência global para melhoria da qualidade e garantia dos direitos humanos. Uma das ações é a reforma dos serviços de saúde mental, denotando a preocupação com os indivíduos em situação de vulnerabilidades das mais diversas ⁽²⁾. Espera-se que o cuidado em saúde mentas seja mais digno e respeite os direitos humanos acima de qualquer saber técnico.

O cuidado a usuários de drogas está inserido nesta realidade e, seguindo-se em busca de uma atenção em saúde mais voltada ao sujeito, em que o diagnóstico médico não seja o único determinante de saúde/doença, o Governo Federal instaura em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS com objetivos de qualificar o cuidado em saúde pública, promover e incentivar maior diálogo e trocas entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. A PNH traz consigo três princípios básicos: transversalidade, que amplia o contato e diálogo entre os grupos, evitando isolamentos e hierarquização; a indissociabilidade entre atenção e gestão, que incentiva usuários e trabalhadores a participarem ativamente do processo de tomada de decisão; e o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos, que busca a ampliação da autonomia do sujeito e o compartilhamento de responsabilidades com o reconhecimento do papel de cada um dentro do processo de cuidado ⁽³⁾.

O PTS surge com os preceitos da clínica ampliada a ganha força e visibilidade após a PNH, não se limitando apenas à saúde mental, mas estendendo-se, ainda que de forma tímida a outros espaços e necessidades de cuidado ⁽¹⁾. O PTS é uma estratégia de cuidado composta por um conjunto de propostas de cunho terapêutico, discutidas e construídas de forma coletiva por uma equipe multiprofissional em diálogo constante com o usuário ⁽⁴⁾. Trata-se de uma ferramenta que viabiliza um cuidado amplo em busca da atenção integral, têm características semelhantes aos preceitos da PNH e enfatiza a autonomia do sujeito como protagonista de seu cuidado/tratamento.

O PTS, ao longo do tempo vem sendo adaptado a diversos cenários de cuidado e há incentivo constante de que os hospitais e outros dispositivos de atenção à saúde façam uso dessa ferramenta. Apesar das possibilidades de adaptação do PTS ao público que será o objeto de cuidado e aos serviços prestadores deste cuidado, ainda exige certa estruturação para se caracterizar como um projeto, ou seja, algo que se estende ao futuro e que seja viável em termos de acompanhamento. Assim, a elaboração de um PTS compreende quatro etapas indispensáveis: 1) a primeira etapa é a análise situacional que se inicia com a chegada do usuário ao serviço, o sujeito deve ser avaliado em sua

integralidade por meio de acolhimento e estabelecimento de vínculo inicial; 2) A segunda etapa constitui-se do estabelecimento das ações e metas, junto ao usuário que deve participar de forma ativa do processo, sendo as decisões tomadas de forma compartilhada; 3) A terceira etapa tem por objetivo a definição do técnico de referência (TR) e a corresponsabilização por meio da divisão das responsabilidades de cada um dos envolvidos no PTS, tanto profissionais da equipe assistencial quanto o próprio usuário como protagonista de todo processo; 4) A quarta e última etapa é a de reavaliação, trata-se de uma etapa de continuação e complementação, nela se avalia o andamento do PTS e se propõem novas metas e ações, se necessário. A reavaliação é realizada com determinada periodicidade, a ser definida previamente, de acordo com as necessidades do caso ⁽⁴⁾.

Diante da prerrogativa de que o PTS deve obedecer a uma sequência estrutural lógica, de modo a facilitar a troca de informação e tomada de decisão pela equipe em diálogo constante com o sujeito, observou-se a necessidade de revisão desse processo, assim como de ajustes no instrumento de PTS disponível no ambulatório, esta pesquisa teve como objetivos: analisar os registros dos atendimentos de técnicos de referência (TR), realizar levantamento, junto aos profissionais do serviço, das necessidades de mudança na estruturação e conteúdo das informações registradas no PTS, e por fim, com base nas informações coletadas elaborar um instrumento de PTS, em conjunto com os participantes da pesquisa. Nesse sentido, almejou-se tornar o PTS uma ferramenta funcional, estruturada e acessível a toda equipe envolvida na assistência.

Este artigo é parte de uma pesquisa mais abrangente com objetivo geral de avaliar o processo de utilização do projeto terapêutico singular (PTS) em um serviço especializado no tratamento de usuários de drogas. Os resultados obtidos originaram duas linhas de aprofundamento: uma relacionada essencialmente às percepções dos profissionais e conteúdo dos registros dos PTS, e outra que objetiva analisar os registros estruturalmente e elaborar um instrumento de PTS em conjunto com os participantes, esta última está contemplada neste artigo. Ao longo do presente estudo pretendeu-se responder alguns questionamentos, a saber: como é realizado o registro do PTS em documentos institucionais? Quais mudanças podem ser realizadas para melhoria do processo de utilização do PTS?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA propõe uma minimização de problemas encontrados na prática assistencial por meio de intervenções que necessitam a imersão do

pesquisador na assistência. O objetivo de uma PCA é desenvolver um conhecimento para a melhoria da assistência e suas práticas, promovendo mudanças e *feedbacks* com o processo investigativo do estudo ainda em andamento, permitindo conciliar assistência e pesquisa em um mesmo espaço físico e temporal ⁽⁵⁾.

Trata-se, portanto, de um processo de investigação *in continuum*, ou seja, a partir do estudo inicial vão se associando novos problemas de pesquisa, abrindo um vasto campo para novos projetos sequenciais. Em síntese a PCA caracteriza-se por ser um método que abrange dialogicidade, expansividade, imersibilidade e simultaneidade ⁽⁵⁾.

O estudo foi realizado no ambulatório de adição da unidade Álvaro Alvim pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A escolha do campo é intencional devido a inserção da pesquisadora neste cenário assistencial, sendo ponto fundamental para o tipo de metodologia escolhida, além da necessidade percebida de avaliar o processo de utilização do PTS junto ao ambulatório de adição.

O serviço oferece diversos grupos de tratamento, nos quais são abordadas questões como: treinamento de habilidades sociais, prática de exercícios físicos, incentivo ao lazer e cultura, motivação para a mudança de comportamento e ressignificação das atividades diárias, prevenção à recaída, projeto de vida visando a (re)inserção social, preparação para alta, entre outras. Além dos acompanhamentos individuais com equipe multiprofissional, TR e psiquiatria. O programa de tratamento tem duração de aproximadamente dois anos, e constitui-se de três etapas: a primeira com duração de cerca de um ano, a segunda e terceira, cerca de seis meses cada uma. Após o término do tratamento no serviço, o usuário pode participar de encontros pós-alta, realizados uma vez por mês como forma de manter o vínculo com o sujeito. O ambulatório conta com aproximadamente 22 profissionais entre residentes e contratados das seguintes categorias profissionais: psiquiatria, nutrição, serviço social, psicologia, educação física, terapia ocupacional e enfermagem. Os usuários são divididos numericamente entre três microequipes, sendo estas suas equipes de referência.

Para a escolha dos participantes, elencaram-se os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais de saúde atuantes no ambulatório de adição que tenham vínculo empregatício com o serviço (contratados); b) residentes vinculados ao programa de Residência Médica em Psiquiatria do HCPA ou ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde do programa de Atenção Integral ao Usuário de Drogas do HCPA. Enquanto critério de exclusão utilizou-se: a) profissional ou residente estar em afastamento do serviço no momento da coleta de dados por motivo de saúde, licenças, férias, entre outros.

A definição dos prontuários para coleta de dados documentais (DC) foi por meio de sugestão dos participantes da pesquisa, cada participante indicou, ao menos, um prontuário que constasse evoluções de seus atendimentos como TR (cabe ressaltar que um dos participantes não realiza atendimento de TR). Foram incluídos na amostra os registros de atendimentos (evoluções) que contemplavam concomitantemente os seguintes critérios: a) evoluções de atendimentos de TR; b) evoluções realizadas no ano de 2019. Sendo excluídas as evoluções não finalizadas no sistema.

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2019, utilizou-se como técnicas de coleta: grupos focais (GF), conversas informais (CI), dados documentais (DC).

No decorrer dos GF foram levantadas informações acerca das necessidades de melhoria nos registros e compartilhamento das informações do PTS, No primeiro GF ofertou-se aos participantes textos de apoio acerca do assunto tratado para auxiliar no GF seguinte, assim como foram sugeridos, pelos participantes, os prontuários a terem as evoluções de TR analisadas. No segundo GF os participantes fizeram anotações sobre as necessidades de mudança no instrumento de PTS já existente no serviço, no terceiro GF foi apresentada a proposta inicial do novo instrumento de PTS e pode-se fazer os ajustes necessários. Utilizou-se um roteiro como facilitador da condução dos GF, além da presença de um observador como colaborador nos GF.

Foram realizadas, ao longo de todo período de coleta, conversas informais (CI) com os membros da equipe assistencial participantes da pesquisa. As CI ocorreram no próprio cenário assistencial e foram registradas em diário de campo.

Quanto aos dados documentais (DC), as evoluções foram analisadas quanto a sua estrutura, para isso foram utilizadas como parâmetro as prerrogativas do MS para elaboração de um PTS. Buscaram-se dados relacionados às quatro etapas de um PTS: 1) acolhimento do caso e integralidade; 2) ações, metas e discussão com o sujeito e com equipe; 3) divisão de responsabilidades entre equipe e usuário e 4) reavaliação. Os registros também foram analisados quanto a seu conteúdo, porém a presente pesquisa não tem como objetivo enfatizar essas questões.

Após a realização dos três GF foi enviado por e-mail, para cada participante, um breve questionário sobre o impacto da pesquisa em sua atuação profissional e no serviço, a fim de apreender mais concretamente como o estudo auxiliou no processo assistencial, essa etapa marcou o término das coletas, assim como a devolutiva ao serviço do instrumento de PTS desenvolvido em conjunto com os participantes, ratificando assim a etapa de Transferência, exigida pelo método de pesquisa adotado. Esta etapa está identificada como respostas finais (RF).

Os dados foram analisados seguindo-se quatro etapas distintas: 1) Apreensão: que se inicia com a coleta de dados e informações, assim como no registro e armazenamento adequado dos dados obtidos; 2) Síntese: É a etapa de comparação das informações, separando o que é útil e pertinente de dados irrelevantes para a pesquisa; 3) Teorização: Nesta etapa se faz a relação entre as informações coletadas, dando um sentido aos achados, se inicia aqui um processo de categorização se for pertinente ao estudo; 4) Transferência: A quarta etapa consiste em um processo crucial no desenrolar de uma PCA, é quando se transmite os resultados encontrados de modo que estes reflitam na assistência e possam embasar as mudanças, é na transferência que se contextualiza os achados com outras realidades semelhantes ⁽⁵⁾.

A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob parecer nº 09781119.4.0000.5327. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme legislação vigente.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa oito profissionais, entre contratados do serviço (três) e residentes multiprofissionais (cinco), das seguintes categorias: Educação Física (um contratado e um residente), Serviço Social (um contratado e um residente), Enfermagem (um contratado), demais categorias contaram com a participação de um residente cada, sendo elas: Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia. Cabe ressaltar que dentre os participantes, apenas o profissional contratado da educação física não exerce papel de TR no cuidado aos usuários do serviço. O tempo de atuação na saúde mental variou de um ano e meio a 19 anos e o tempo de atuação no ambulatório, entre seis meses e sete anos.

Quanto aos dados documentais, foram levantadas 50 marcações de atendimento de TR disponíveis em prontuário eletrônico, de oito usuários do serviço atendidos entre 18/02/2019 a 02/10/2019, período resultante do primeiro atendimento realizado pelo TR no ano vigente até a data final do período de coleta dos dados documentais.

O número de atendimentos marcados no período variou de dois a 11 por usuário, sendo que não foi considerada a data de início do estabelecimento do TR. Dos 50 atendimentos agendados, 12 não foram realizados, seis não tiveram evolução registrada em prontuário e dois não possuíam dados suficientes para análise e seguiam com evolução pendente de finalização no sistema, sendo a amostra final composta por 30 evoluções de TR. Destaca-se a grande atuação dos residentes como TR, responsáveis por 28 das 30 evoluções analisadas.

As evoluções foram analisadas quanto à clareza dos registros e conformidade com as etapas de um PTS, segundo prerrogativas do MS para estruturação dessa ferramenta de cuidado, os resultados estão organizados no Quadro 1.

Considerando a primeira etapa do PTS, as 30 evoluções dos atendimentos foram analisadas quanto ao acolhimento e análise situacional do caso e quanto à integralidade (consideração de aspectos físicos, psíquicos e sociais), destas, apenas uma não preenchia minimamente critérios de acolhimento e análise do caso e em duas evoluções não se identifica aspectos de integralidade. Em apenas duas das evoluções não constavam ações, em 16 não foi possível identificar estabelecimento de metas, e em três evoluções não ficou evidente a discussão com o sujeito sobre metas e/ou ações estabelecidas; quanto à discussão com equipe, 12 evoluções especificavam esse aspecto. A terceira etapa do PTS constitui-se da divisão de responsabilidades na(s) equipe(s) envolvida(s), corresponsabilidade equipe/usuário e estabelecimento do TR. Apenas quatro evoluções apresentavam divisão de responsabilidade na equipe; a corresponsabilidade equipe/usuário não ficou clara em 13 das evoluções analisadas, já o estabelecimento do TR está implícito em todas as evoluções, considerando-se que apenas os atendimentos dessa função (no PTS) foram analisados. A quarta e última etapa é o processo de reavaliação do PTS com sujeito e equipe, para análise deste aspecto, considerou-se a presença ou não de marcação/orientação de retorno para atendimento do sujeito pelo TR, sendo que em doze evoluções não se constatou essa informação.

Os participantes trouxeram a importância na facilitação do acesso às informações a todos os integrantes das equipes, enfatizam a dificuldade de garantir esse acesso quando as informações são registradas em instrumentos ou anotações físicas (de papel) e também a inviabilidade de se manter as informações atualizadas com registros impressos, como o caso do instrumento de PTS (sub) utilizado no serviço [...] *Eu uso instrumento de papel né, na evolução quando evoluo o atendimento eu coloco se houve alguma alteração, para a equipe discutir, mas o papel fica ali e fica guardado nas minhas coisas, não sei onde deixar, na verdade acaba que só eu tenho acesso ao instrumento* (P2 GF1). [...] *Tu imaginas uma lista única de pacientes do ambulatório sendo atendidos, não tem como fazer manualmente* (P4 GF1).

QUADRO 1 – Características dos registros de atendimento de TR* de acordo com as etapas do PTS**

Etapas do PTS		ATENDIMENTOS DE TR*																														
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1ª	1.1 ¹																															
	1.2 ²																															
2ª	2.1 ³																															
	2.2 ⁴																															
	2.3 ⁵																															
	2.4 ⁶																															
3ª	3.1 ⁷																															
	3.2 ⁸																															
	3.3 ⁹																															
4ª	4.1 ¹⁰																															

Fonte: Própria autora, 2019. Nota: *TR: Técnico de Referência; **PTS: Projeto Terapêutico Singular; 1: Acolhimento e análise situacional do caso; 2: Integralidade (aspectos físicos, psíquicos e sociais); 3: Ações; 4: Metas; 5: Discussão com o sujeito sobre ações e/ou metas; 6: Discussão com equipe sobre o PTS em questão; 7: Divisão de responsabilidades na equipe(s) envolvidas; 8: Corresponsabilidade (equipe/usuário); 9: Estabelecimento do técnico de referência do PTS; 10: Reavaliação do PTS com sujeito e equipe.

Trazem como uma necessidade a facilitação do acesso às informações e a importância de um instrumento estruturado para registro do PTS, que conste fatores de proteção e lista de problemas como formas de organizar o cuidado [...] *A gente tem falado em ter um drive único, a gente ter um modelo único de tabela, onde todas as equipes alimentem aquela tabela e todos tenham* (P6 GF1). [...] *Por isso, que eu preciso de um instrumento mais estruturado, para não esquecer de colocar as informações* (P8 C1).

Quanto a estruturação do instrumento de PTS, os participantes elencaram uma série de itens a serem acrescentados ou modificados no instrumento de PTS, utilizaram o instrumento de PTS impresso vigente no serviço como base para as observações.

Mediante as considerações dos participantes e os achados documentais, iniciou-se a construção do novo instrumento de PTS. Muitas das informações contidas no instrumento já existente no serviço foram mantidas e outras, conforme indicação dos participantes da pesquisa, foram acrescentadas. Para facilitar o compartilhamento e atualização das informações, o instrumento de PTS foi elaborado em meio eletrônico, no Google planilhas. Antes de ser finalizado, o instrumento foi analisado pelos participantes (no terceiro GF) que apontaram algumas alterações necessárias, após finalização o instrumento foi compartilhado com os participantes por meio do drive da equipe (Google Drive), vinculado ao e-mail institucional.

O novo instrumento de PTS foi composto por quatro etapas, separadas em abas de uma planilha compartilhável. A primeira etapa ou aba constituiu-se dos seguintes itens: dados de identificação do usuário; avaliação social quanto a necessidade de auxílio vale transporte; dados de escolaridade, emprego, renda e moradia; dados sobre família e outros vínculos significativos; genograma; crenças, valores e espiritualidade/religião; hábitos, atividade física, lazer e cultura; problemas de saúde e uso de substâncias; linha da vida; internações, tratamento e redes de apoio; ecomapa; tratamento e motivação; fatores de risco e proteção; balança decisória; estágios da motivação para mudança. Entende-se que a primeira etapa abrange as informações indispensáveis para o andamento do processo do PTS, sendo de preenchimento obrigatório.

Para auxiliar no preenchimento adequado do instrumento, foram anexadas à primeira aba, instruções de preenchimento e um texto breve do MS como base teórica do PTS. O instrumento possui também, ao longo de sua estrutura, notas explicativas que podem ser visualizadas com o passar do mouse sobre a categoria a ser preenchida. As notas esclarecem dúvidas frequentes e trazem sugestões de uso e abordagem da questão referida.

Na segunda etapa/aba do instrumento estruturou-se uma tabela de acompanhamento de ações e metas do PTS. A terceira etapa/aba compreendeu as atividades desenvolvidas pelo usuário no ambulatório de adição, para isso foi produzido um quadro com todas as atividades disponíveis ao longo da semana, tendo a possibilidade de colorir as células condizentes com a atividade em que o sujeito está inserido. Nesta mesma aba, foi anexado um calendário semanal a ser preenchido com a rotina dos usuários, tem por objetivo contemplar as atividades externas ao serviço de saúde. A quarta etapa/aba consiste em um quadro de acompanhamento de atendimentos e reavaliação do PTS, objetiva que o TR preencha as datas em que foram feitas as reavaliações e também os futuros atendimentos, pretende-se com isso acompanhar faltas e garantir a periodicidade das reavaliações do PTS junto ao usuário. O Quadro 2 mostra as categorias de preenchimento do PTS, de forma reduzida, apenas com os tópicos principais.

Após a elaboração conjunta do instrumento de PTS, os participantes fizeram algumas considerações sobre a importância do tema e sobre as perspectivas em relação ao novo modelo de instrumento de PTS a ser utilizado no serviço. [...] *O que ficou é a percepção da importância do instrumento de PTS, que concentre as informações e ao mesmo tempo as faça circular por toda a equipe. Também percebo como é mais fácil descrever e "coletar" algumas informações a partir do instrumento. Acho que a pesquisa me trouxe mais clareza acerca do objetivo e relevância do instrumento, bem como das dificuldades encontradas na implementação. Também, importância de ver o instrumento não apenas como um lugar de concentração de informações relevantes, mas de criação de metas e objetivos com o sujeito usuário do serviço (P8 RF). [...] Acredito que contribui fazendo com que a equipe voltasse a olhar para o instrumento e reinserisse-o no processo de trabalho do ambulatório (P1 RF). [...] Acredito que a pesquisa contribua para o processo assistencial na medida*

em que, apesar de ser um instrumento de reconhecida relevância, estava "esquecido" no ambulatório, ou no mínimo subutilizado. Outra contribuição foi repensar o instrumento, apontar o que serve e o que não serve mais, fazer as alterações necessárias, propiciar o encontro de integrantes da equipe para se debruçar sobre o instrumento, pensar na forma de aplicação e circulação das informações entre as equipes, pensar na facilidade do preenchimento do instrumento, enfim, pensar na efetivação do processo. Além disso, após iniciarmos a utilização do instrumento, as informações ficarão mais concentradas, padronizadas e circularão mais entre a equipe (P8 RF).

Quadro 2 – Tópicos do instrumento de PTS*

Instrumento de PTS*
1. Identificação, procedência e avaliação social
2. Escolaridade, emprego, moradia e renda
Histórico empregatício - Últimas três ocupações
Situação ocupacional/fonte de renda atual
Situação de moradia
Descrição das pessoas que moram com você
3. Família, e outros vínculos
Contexto familiar
Genograma
Histórico (de doença) familiar
4. Crenças, valores e espiritualidade/religião
5. Hábitos, atividade física, lazer e cultura
6. Problemas de saúde e uso de substâncias
Problemas clínicos e psiquiátricos
Histórico e padrão de uso de substâncias
Linha da vida - Fatos marcantes, uso de substâncias e comportamentos aditivos
7. Internações, tratamentos e redes de apoio
Ecomapa
8. Tratamento e motivação
Fatores de risco e proteção
Balança decisória
Estágios da motivação para mudança
9. Acompanhamento de ações e metas
10. Atividades desenvolvidas no ambulatório
Organização da rotina do usuário
11. Reavaliação e agendamentos

Fonte: Própria autora: adaptado do instrumento completo. Nota: * PTS: Projeto Terapêutico Singular.

Os participantes da pesquisa apontam para possíveis dificuldades na adesão de toda equipe ao novo instrumento de PTS e a preocupação acerca do distanciamento da equipe médica do processo de elaboração deste instrumento. Ressaltam também que pode haver um abandono gradual do instrumento, na medida em que pode ser encarado como um serviço duplo o preenchimento do instrumento e as evoluções no sistema, acarretando na descontinuidade no processo. [...] *Uma das maiores dificuldades será a adesão da equipe ao instrumento, o que já parece ter acontecido no serviço em outros momentos. O fato de ninguém da equipe médica ter participado também parece ser significativo, pode refletir o desconhecimento dos profissionais acerca da relevância do tema, ou a 'desimportância' dada, o que pode indicar a importância de ações de conscientização acerca do instrumento (P8 RF).*

DISCUSSÃO

Estudos apontam para os desafios que envolvem o processo de compreensão do PTS, elaboração, implementação e continuidade dessa ferramenta de cuidado. Sabe-se que, segundo o MS um PTS deve seguir quatro etapas básicas, contudo, por vezes não há essa estruturação, o que reflete em dificuldade de comunicação e continuidade do processo ^(6,7).

A escassez e atraso nos registros em prontuários ou outros documentos de fácil acesso acerca da evolução e alterações no decorrer do PTS interfere diretamente no acesso às informações, dificultando a continuidade do cuidado ⁽⁸⁾. Outros estudos chamam atenção para a presença de dados incompletos e por vezes escrita ilegível nos prontuários, o que resulta em um entrave no compartilhamento de informações entre as equipes assistenciais de um mesmo serviço ^(9,10). Os achados documentais corroboram com estudos prévios na medida em que trazem à tona a escassez de registros dos atendimentos realizados pelos TR, sabe-se, empiricamente, que o número real de atendimentos é maior que o registrado em prontuário, contudo sem essas informações a continuidade do processo fica prejudicada. Problemas relacionados a estruturação e certa padronização dos registros, assim como informações paralelas registradas em cadernos pessoais, por exemplo, são apontados como dificultadores do processo, sendo algo comum à diversas equipes de saúde que utilizam o PTS como ferramenta de cuidado ⁽¹¹⁾.

Levando-se em consideração a primeira etapa do PTS, direcionada a análise e acolhimento do caso, assim como a integralidade. Percebe-se que a grande maioria das evoluções preencheu esse quesito, descrevendo a situação a ser tratada no atendimento e outras questões além da saúde/doença.

Sabe-se que proporcionar ao usuário uma escuta ativa e acolhedora acerca de suas necessidades que ultrapassam o âmbito da doença é um desafio constante em diversos dispositivos de saúde, aponta-se entraves relacionados desde estrutura física até limitações da equipe para acolher determinadas demandas ^(7,10,12-14). Assim, os resultados encontrados neste estudo, em relação a integralidade, são exitosos denotando preocupação da equipe com o sujeito e suas diversas necessidades.

Ao se confrontar os achados documentais com a segunda etapa do PTS, que considera ações, metas, discussão com o sujeito sobre ações e/ou metas e discussão com a equipe sobre PTS em questão, evidencia-se a dificuldade em traçar metas limitando-se a combinações de ações mais pontuais, ao passo que se encontraram poucos registros de reavaliação dessas ações, ferindo, de certa forma, a lógica de continuidade do processo.

É importante considerar que a dificuldade encontrada diverge de alguns achados de estudos anteriores, que apontam para entraves quanto a participação do sujeito nos combinados, evidenciando uma ausência do sujeito na elaboração de seu PTS ⁽⁶⁾. e predomínio de ações preestabelecidas e normatizadas ⁽¹²⁾. Considera-se de grande potência os atendimentos que permitem diálogo com o sujeito, e o ambulatório demonstra por meio dos atendimentos de TR que proporciona este espaço aos usuários.

Quanto à terceira etapa do PTS, relacionada à divisão de responsabilidades, os achados documentais evidenciam a falta de informação quanto à divisão de responsabilidade na equipe e corresponsabilização do usuário, contudo, nos registros que constavam essas informações, destaca-se a clareza das informações, citação de membros da equipe envolvidos no cuidado e articulação com outros serviços de saúde.

Percebe-se que há, certa articulação com outros dispositivos da rede de atenção, sendo esse um ponto frágil apontados por outros estudos sobre o tema PTS, entende-se que uma atuação profissional interdisciplinar favoreça esta articulação

com outros dispositivos (educação, lazer, cultura, saúde) ⁽¹⁰⁾. Assim como a corresponsabilização do usuário, que em um processo contínuo de cuidado, tende a ser a primeira etapa em busca de maior autonomia. A corresponsabilização é trazida por alguns estudos como um desafio a ser alcançado, especialmente quando o usuário é visto como “incapaz” de tomar suas decisões ⁽⁷⁾.

A quarta etapa de elaboração de um PTS é a reavaliação do caso, metas, reajustes e novas combinações. Percebe-se que existe, na maioria dos registros, programação de novo atendimento, denotando preocupação da equipe com a continuidade do cuidado. O processo de reavaliação do PTS é crucial para o bom andamento do caso e estabelecimento e revisão de ações e metas, porém esse processo de acompanhamento periódico acaba por ser um dos pontos mais frágeis na condução de um PTS. Um estudo realizado em um CAPS-AD de Ouro Preto apontou atrasos importantes nesse sentido, chegando a existir uma lacuna de 18 meses entre a intervenção inicial e a reavaliação ⁽⁸⁾.

O instrumento de PTS deve considerar as singularidades e subjetividades de cada caso, apresenta-se assim o desafio de se construir uma metodologia que combine padrões de condutas terapêuticas e demais regras gerais de anamnese e dados clínicos, com as especificidades de cada caso, em suma esse instrumento deve manter as regularidades e valorizar as singularidades para além do plano biológico ⁽¹⁾.

A elaboração do instrumento de PTS levou em consideração os mais diversos aspectos da vida do sujeito, de modo a auxiliar na ampliação das possibilidades de atuação em termos terapêuticos. Sabe-se da importância de se criar um “Mapa Multidimensional da Vida” do sujeito constando dados sobre sua infância, histórico de doença, relações afetivas, escolarização, trabalho e local de moradia ⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, elaborou-se algumas opções de preenchimento no instrumento que convergem para este mapa que será composto pelo genograma, ecomapa (incluindo relações de trabalho, afetivas e sociais) e linha da vida (incluindo histórico de uso de substância, doença, fatos marcantes), os dados de identificação e histórico familiar servem de complemento para as questões mencionadas, favorecendo um panorama mais amplo acerca da vida do indivíduo.

Um PTS deve considerar as diversas dimensões da vida do sujeito, pois preza pelo direito constitucional da integralidade do cuidado. Engloba a dimensão corporal,

voltada para a saúde orgânica, capacidade laboral e visão de si ⁽¹⁵⁾. No instrumento elaborado nessa pesquisa, reservaram-se espaços que abordam histórico de saúde/doença, atividade física, desejos e limitações em relação à prática de alguma atividade física ou exercício.

Quanto à dimensão psicossocial, que dá atenção às experiências de vida, seus desejos e afetos ⁽¹⁵⁾. Buscou-se destacar o contexto familiar e como o indivíduo se relaciona com as pessoas próximas considerando pessoas significativas para seu tratamento. Respeitou-se a identidade de gênero com espaço destinado a nome social, assim como crenças e valores, de modo a agir em conformidade com a visão que o sujeito tem de si considerando suas vivências. Estudos apontam para a importância das tecnologias leves e da clínica dos afetos no processo de cuidado em saúde mental, como fator relevante no desenvolvimento de um PTS. No momento em que se tem um instrumento que contempla os aspectos singulares do indivíduo, há uma facilitação do vínculo, vindo à tona questões poucos exploradas, o que conseqüentemente amplia as possibilidades de ação ⁽¹⁶⁾.

Quanto à dimensão instrumental ⁽¹⁵⁾, buscou-se considerar as questões sociais do sujeito, utilizando-se do ecomapa; avaliação social periódica para acompanhar a necessidade de auxílio transporte, possibilitando locomoção até o ambulatório; neste aspecto inclui-se as questões de motivação para mudança, fatores de risco e proteção e balança decisória, a fim de contribuir para tomada de decisão acerca das estratégias a serem usadas em busca da mudança de comportamento e ampliação de repertório de vida. Pode-se considerar a organização da rotina e atividades no ambulatório outra contribuição do instrumento para auxiliar nesse processo de retomada de autonomia.

Em um CAPS de Sobral (CE), realiza-se PTS que priorizam o serviço em rede, contam com a participação constante do sujeito no processo, há consideração de aspectos emocionais, desejos, propósitos de vida e sonhos do sujeito; busca-se o uso de tecnologias leves para acolhimento e formação de vínculo; acolhem-se as questões sociais e territoriais deste usuário ⁽¹⁷⁾.

Os entraves em relação a adesão ao novo instrumento, assim como o distanciamento da equipe médica no processo de otimização do PTS, são questões apontadas pelos participantes e vão ao encontro de considerações feitas em estudo anteriores que apontam a ausência de médicos nas discussões de casos, a ação

compartimentada de cuidado, distanciamento entre as equipes ⁽¹³⁾ e registros insuficientes ⁽⁹⁾. Contudo, entende-se que as mudanças são necessárias e possíveis de serem realizadas, visto que o PTS vem sendo utilizado de forma exitosa em alguns serviços de saúde a despeito de todas as dificuldades encontradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evoluções dos atendimentos de TR, diante da não utilização de um instrumento de PTS estruturado são a principal fonte de informações sobre o caso e comunicação entre equipe. Percebeu-se que muitos atendimentos não são registrados em prontuário e outros não têm informações suficientes, denotando a urgência de se adotar outras estratégias mais condizentes com as necessidades do serviço.

Verificou-se que o instrumento de PTS existente no ambulatório está “esquecido” é subutilizado e de difícil acesso uma vez que é impresso e fica em posse do TR do caso e não em local compartilhado com a equipe. Na prerrogativa de que há mudanças a serem feitas no processo de cuidado dos usuários do ambulatório, tendo em vista que é possível e necessária a otimização do PTS, buscou-se, com a elaboração conjunta do novo instrumento de PTS, acolher o maior número de informações acerca do usuário visando um cuidado integral e resolutivo.

Esperou-se, com esta pesquisa, auxiliar na otimização do cuidado aos usuários do serviço, na medida em que, a partir das discussões e das trocas de experiências sobre PTS, os participantes puderam refletir sobre sua prática profissional e ampliar suas percepções acerca do tema. Além disso, a pesquisa apresentou, como produto final, um instrumento de apoio para a elaboração e acompanhamento dos PTS desenvolvidos no serviço. O instrumento foi resultado do esforço conjunto entre pesquisador e participantes do estudo. Almejou-se tornar o PTS uma ferramenta funcional, estruturada e acessível a toda equipe envolvida na assistência.

Estando a pesquisadora inserida no campo assistencial, percebeu-se que pode haver resistência da equipe à adesão às mudanças estruturais do PTS, apesar da receptividade dos participantes ao tema. Entende-se que dar seguimento às discussões, assim como colocar em prática as mudanças como um projeto piloto a

ser apresentado aos demais integrantes da equipe, seja um movimento necessário e promissor para sensibilizar os profissionais quanto às mudanças propostas.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS, Amaral MA. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciência e Saúde Coletiva*. [online]. 2007; 4(12):849-859. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.
2. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=9054BB00990DF18FBDA02BA627C4BF05?sequence=1.
3. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017. 21(60):13-22. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: Núcleo de apoio à saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. (caderno de atenção básica nº 39). Brasília. 2014. 118 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
5. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2017. 26(4). ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>.
6. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2015. 24(1): 112-120. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>.
7. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. *Interface (Botucatu)* [online]. 2016. 20(57):313-23. ISSN 1807-5762 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>
8. Santos JM. A participação dos usuários no plano de tratamento em um CAPS-ad: um estudo de caso. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência A Usuários de Álcool e Outras Drogas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017.
9. Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. The challenges of comprehensive care in a Psychosocial Care Center and the development of therapeutic projects. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011. 45 (5): 1171-1176. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500020>.
10. Oliveira EN, Santana MMG, Elola SC, Almeida PC, Félix TA, Ximenes Neto FRG. Therapeutic project of crack and alcohol users attended in a psychosocial care

center. Rev. RENE. [online]. 2015.16(3): 434-441. doi: 10.15253/2175-6783.2015000300017

11. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Singular therapeutic project for professionals in the family health strategy. Cogitare.[online].2016. 20(3):1-8. ISSN 2176-9133 doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45437>.

12. Ribeiro CC, Silva NG, Oliveira AG. O Projeto Terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. Ciência Cuidado e Saúde.[online].2009. 8(3):393-402. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v8i3.6060

13. Hori AA, Nascimento AF. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. Ciência e Saúde Coletiva. [online]. 8 (19):3561-3571. ISSN 1413-81232014. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>.

14. Dorigatti AE, Aguiar ML, Madureira RM, Fonseca FG, Onocko-Campos RT, Nascimento JL. A unique therapeutic project in the mental health field: an experience on an undergraduate medical course. Rev. bras. educ. med. [online]. 2014. 38(1):113-119. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100015>.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2015. 100 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>.

16. Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Matrix support: device for resolution of mental health clinical cases at the Primary Health Care. Rev. bras. enferm. [online]. 2013. 66(5): 738-744. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500015>.

17. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS. Individual therapeutic project in an integral production of care: a collective construction Texto e Contexto Enfermagem. [online]. 2011. 20 (3):493-502. ISSN 0104-0707. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

4.3 PRODUTO

Instrumento de PTS – Adaptado no instrumento original que foi elaborado no Gooogle planilhas e compartilhado no Google drive com os participantes da pesquisa.

INSTRUÇÕES BÁSICAS DE EDIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PTS
1- PARA INICIAR NOVO PARÁGRAFO DENTRO DA CÉLULA VOCÊ PRECISA CLICAR CTRL+ENTER
2- VOCÊ PODE ALTERAR A FORMATAÇÃO DE TEXTO NA ABA FORMATAÇÃO - AJUSTE DE TEXTO , CASO A CÉLULA NÃO ESTEJA MOSTRANDO TODO O CONTEÚDO DO QUE VOCÊ ESCREVEU
3- VOCÊ PODE INSERIR NOVAS LINHAS CASO NECESSITE, CLIQUE COM O BOTÃO DIRETO EM UMA LINHA E VÁ EM INSERIR LINHA
4- AS INFORMAÇÕES SÃO SALVAS AUTOMATICAMENTE E ESTÃO COMPARTILHADAS COM A EQUIPE, VOCÊ PODE ACRESCENTAR UM COMENTÁRIO PARA ALGUÉM RESPONDER CASO VEJA NECESSIDADE, PARA ISSO, SELECIONE O LOCAL ONDE DESEJA ACRESCENTAR UM COMENTÁRIO, VÁ NA ABA INSERIR E APÓS CLIQUE EM COMENTÁRIO QUE ABRIRÁ UMA CAIXA DE TEXTO
5- AO LONGO DE TODO O INSTRUMENTO ESTÃO INSERIDAS NOTAS QUE AUXILIAM NO ENTENDIMENTO DO ITEM, AS NOTAS SÃO IDENTIFICÁVEIS POR UM TRIÂNGULO PRETO NA BORDA SUPERIOR DIREITA DA CÉLULA, PASSE O MOUSE QUE A CAIXA DE TEXTO ABRIRÁ COM A INFORMAÇÃO
6- ESSE INSTRUMENTO É COMPOSTO POR 4 PLANILHAS , CONDIZENTES COM AS ETAPAS DE PTS SUGERIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONTUDO CABE AO TR ESTABELECEER O QUE ACHA MAIS ADEQUADO DE SER PREENCHIDO CONFORME CADA CASO, SUGERE-SE QUE OS DADOS GERAIS E A GRADE DE ATIVIDADES SEJAM SEMPRE PREENCHIDOS

7- AS PLANILHAS QUE COMPOEM ESSE INSTRUMENTO SÃO: **1- DADOS GERAIS, 2- ACOMPANHAMENTO DE AÇÕES E METAS, 3- GRADE DE ATIVIDADES E GRUPOS E 4-REAVALIAÇÕES E AGENDAMENTOS**, ESTÃO FIXADAS NA PARTE INFERIOR DO MONITOR, CLIQUE PARA EDITA-LAS

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - BASE TEÓRICA E ETAPAS SUGERIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização.

Um Projeto Terapêutico Singular constitui-se, então, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar. A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos. Isso não quer dizer que o projeto terapêutico também não se (re)formule e seja gerido no cotidiano, pois muita coisa acontece e muitas conversas laterais podem ser feitas entre uma reunião e outra.

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos:

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de

cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias. Destaca-se que as reuniões para discussão de PTS são momentos muito importantes nessa construção, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

Seguem alguns aspectos relevantes para a construção de um PTS:

- Procurar descobrir o sentido da doença ou do sofrimento para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com o conhecimento científico atualmente disponível.
- Procurar conhecer as singularidades do usuário, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e seus sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do usuário e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença/condição, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença ou condição. À medida que a conversa transcorre, é possível, dependendo da situação, fazer essas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.

Brasil, Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano. P. 73-75. Brasília 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR					
NOME:		PRONTUÁRIO:	TÉCNICO DE REFERÊNCIA:		EQUIPE:
NOME SOCIAL:		Gênero de Identificação: masc () fem() outro () _____			
Data de Nascimento: __/__/____		Local de Nascimento:			
Endereço:					
*Telefones para contato:					
Familiar/pessoa de referência:			Telefones para contato (familiar):		
Avaliação social: ()SIM ()NÃO	Data da última avaliação: __/__/____	Recurso (VT) liberado: ()SIM ()NÃO		Quantidade:	
Observação:					
Porta de Entrada no Ambulatório:	Internação UAA ()	Via Rede - Acolhimento ()		Serviço de Origem (referência no território):	
Data de ingresso no ambulatório:	__/__/____				
Reingressos via acolhimento:	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	Obs.:
ETAPA 1 __/__/____	OBSERVAÇÕES:				

ESCOLARIDADE, EMPREGO, MORADIA E RENDA

Escolaridade: Até que ano você estudou?

Possui algum curso profissionalizante? SIM () NÃO ()

Qual?

Quando? (ano)

Gostaria de fazer algum curso profissionalizante?

SIM () NÃO ()

Qual?

Profissão:

Área de atuação:

Qual(is) sua(s) fonte(s) de renda atual(is)?

Recebe algum benefício? SIM () NÃO () Qual? Desde quando? Até quando?

Histórico empregatício - Últimas três ocupações

	Ocupação	Carteira assinada	Data de início		Data de saída	Observações
1		SIM ()	NÃO ()			
2		SIM ()	NÃO ()			
3		SIM ()	NÃO ()			

Situação ocupacional/fonte de renda atual

()	Trabalho com carteira assinada	Renda individual:
()	Trabalho sem carteira assinada	Renda familiar:
()	"Bicos" com o que?	Renda per capita:
()	Desempregado	
()	Em benefício. Qual?	Quantas pessoas residem na mesma casa que você?
()	Aposentado. Qual motivo?	
()	Bolsa família. Valor:	

Situação de moradia							
<input type="checkbox"/>	Casa própria	<input type="checkbox"/>	Mora sozinho(a)				
<input type="checkbox"/>	Casa alugada	<input type="checkbox"/>	Mora com familiares				
<input type="checkbox"/>	Casa cedida	<input type="checkbox"/>	Mora com amigos/conhecidos				
<input type="checkbox"/>	Pensão	<input type="checkbox"/>	Não se aplica				
<input type="checkbox"/>	Albergue/abrigo Qual?						
<input type="checkbox"/>	Em situação de rua. Em que local costuma ficar (ponto de referência)?						
Em que cidades já morou?							
Descrição das pessoas que moram com você							
	Nome	Idade	Contato	Grau de parentesco	Ocupação	Renda	Vínculo
1							
2							
3							
4							
FAMÍLIA, E OUTROS VÍNCULOS							
Contexto familiar							
Quem constitui a sua família?							
Com quem tem mais vínculo?							
Como é sua relação com a família?							

Genograma

***Pessoas não citadas que você possui vínculo ou considera importante em seu tratamento e em sua vida:

Histórico familiar

Histórico familiar de doença psiquiátrica:

Histórico familiar de uso de substâncias:

Você tem algum familiar com problemas de saúde ou que necessite cuidados especiais? Quem?

Observações:

CRENÇAS, VALORES E ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO

Em que você acredita? Quais são suas crenças?

Quais são seus valores? O que você mais valoriza em sua vida?

Considera-se uma pessoa espiritualizada? Por quê?

HÁBITOS, ATIVIDADE FÍSICA, LAZER E CULTURA						
Atividades de lazer e cultura que realiza com certa frequência (no último mês):	Quais atividades você tem vontade de realizar?					
1	1					
2	2					
Você gosta de realizar alguma prática corporal/atividade física? Quais?	Se você não realiza nenhuma atividade física, mas tem vontade de realizar, liste o que lhe impede:					
1	1					
2	2					
PROBLEMAS DE SAÚDE E USO DE SUBSTÂNCIAS						
Problemas clínicos e psiquiátricos						
	Problema	Desde que idade	Faz tratamento/Local	Medicações em uso		
1						
2						
3						
Histórico e padrão de uso de substâncias						
Substância ou outra adição	Droga de preferência	Idade de início do uso	Data do último uso	Observações	Consumo médio	Tempo máximo de abstinência
1						
2						
3						
Observações:						
Linha da vida - Fatos marcantes, uso de substâncias e comportamentos aditivos (se necessário)						

INTERNAÇÕES, TRATAMENTOS E REDES DE APOIO								
Esteve internado para tratar seu problema com uso de drogas?		<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		Outros vínculos/accompanhamentos/recursos	Qual?	Quando?
Se sim, em que locais esteve?		Por quanto tempo?		Quando?		CAPS AD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1						Ambulatório	<input type="checkbox"/>	
2						Atendimento particular	<input type="checkbox"/>	
3						AA/NA	<input type="checkbox"/>	
4						JA	<input type="checkbox"/>	
5						Espiritual/religioso	<input type="checkbox"/>	
6						Outros	<input type="checkbox"/>	
Está em acompanhamento em algum local da rede intersetorial?			Mapeamento dos serviços do território					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					Endereço			Contato/Fone
		Qual?	Quando?	Saúde	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	CREAS			Assistência Social	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	GeraPoa			Esporte	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	UBS/ESF			Lazer e cultura	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	NA/AA			Educação	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	CAPS			Associações	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	CRAS			Cursos profissionalizantes	<input type="checkbox"/>			

Ecomapa

TRATAMENTO E MOTIVAÇÃO

Qual sua motivação para o tratamento? Por que você buscou o tratamento? Por que você segue no tratamento?

Data

__/__/__

__/__/__

__/__/__

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

RISCO

PROTEÇÃO

BALANÇA DECISÓRIA	
Tema:	
PRÓS	CONTRAS
Estágios da Motivação para Mudança	Observações/data

GRADE DE ATIVIDADES NO AMBULATÓRIO

*pinte as atividades em que o paciente está inserido

64

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
10:00	---	---	---	Lazer e Cultura GCR	---
10:40	Acolhimento GAD	---	---	---	---
13:00	Motivacional GMS	Prevenção da Recaída Básico RGP	---	Tabagismo GTB	Projeto de Vida GSS
14:00	Prevenção da Recaída Avançado GPV	---	---	---	Preparação para o Final de Semana PFS
14:30	Familiares GPF	Treinamento de Habilidades Sociais THT	---	Motivacional GME	Familiares GPF
15:00	Multifamiliar GPF	---	Efeitos da Violação da Abstinência EVA	---	Multifamiliar GPF
16:00	Programa de Exercícios Físicos GCC	---	---	Flores Raras Grupo de Mulheres GMN	Programa de Exercícios Físicos GCC
17:00	---	---	---	Acompanhamento Pré-alta GCD	---
17:30	Prevenção da Recaída Avançado GPV	---	---	---	---
18:00	---	---	---	Acolhimento GAD	---

65

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebem-se duas realidades paralelas no âmbito assistencial do serviço estudado. Na primeira realidade, as decisões acerca do tratamento do sujeito ficam exclusivamente na responsabilidade do médico que o acompanha, devido ao fato do não estabelecimento de TR e, por vezes, não há discussão com equipe sobre as tomadas de decisões. Na segunda realidade os profissionais médicos não estão presentes para discussão dos casos, têm dificuldade de entender o papel do TR e isso causa dissociação na equipe e com o usuário. Os participantes afirmam que houve avanços nesse sentido, contudo temem que haja resistência da equipe médica em aderir às novas propostas advindas desta pesquisa com relação ao PTS. No entanto, estando a pesquisadora inserida no cenário assistencial, notou-se que a resistência às mudanças estruturais no PTS podem vir, inclusive, da equipe multidisciplinar, apesar da receptividade ao tema.

Democraticamente, os participantes, concordam que há necessidade evidente de que todos os pacientes tenham um TR para que os PTS “caminhem” de forma mais adequada e essas duas realidades observadas fiquem menos evidentes. Contudo, aponta-se também para uma dificuldade na tomada de decisão quando não se tem acesso a equipe de referência quando existe alguma demanda mais urgente do sujeito. As duas realidades são verdadeiras e coabitam o espaço de tratamento, ressalta-se o grande potencial do serviço, uma vez que se preocupam com aspectos pra além do diagnóstico médico e demonstram interesse em qualificar o processo do PTS.

Percebeu-se que muitos atendimentos não são registrados em prontuário e outros não têm informações suficientes, denotando a urgência de se adotar outras estratégias mais condizentes com as necessidades do serviço. As evoluções dos atendimentos de TR, diante da não utilização de um instrumento de PTS estruturado são a principal fonte de informações sobre o caso e comunicação entre equipe. O instrumento de PTS existente no ambulatório está “esquecido” é subutilizado e de difícil acesso uma vez que é impresso e fica em posse do TR do caso e não em local compartilhado com a equipe.

Na prerrogativa de que há mudanças a serem feitas no processo de cuidado dos usuários do ambulatório, tendo em vista que é possível e necessária a otimização do PTS, buscou-se, com a elaboração conjunta do novo instrumento de PTS, acolher o maior número de informações acerca do usuário visando um cuidado integral e resolutivo.

Apesar das dificuldades relatadas, evidencia-se o interesse da equipe multiprofissional pelo tema. Entende-se que as mudanças sejam possíveis visto que o ambulatório é um espaço de tratamento e ensino, com duas residências que somam a maioria dos profissionais da equipe,

o que confere movimento aos processos que se bem organizados tendem à qualificação constante.

A pesquisa, conduzida no campo assistencial, proporciona um espaço/tempo capaz de promover mudanças por meio do conhecimento compartilhado nos encontros dos saberes. Nesse sentido a atual pesquisa promoveu uma reflexão sobre a atuação profissional dos participantes, evidenciado pela devolutiva dos mesmos ao relatarem o interesse de atuar como TR e da necessidade que tinham de um instrumento facilitador do processo do PTS.

As limitações encontradas orbitam no fato de não estarem presentes, como participantes da pesquisa, os profissionais médicos e a insuficiência de registros para uma avaliação mais detalhada dos PTS conduzidos no serviço.

Esperou-se, com esta pesquisa, auxiliar na otimização do cuidado aos usuários do serviço, na medida em que, a partir das discussões e das trocas de experiências sobre PTS, os participantes puderam refletir sobre sua prática profissional e ampliar suas percepções acerca do tema. Além disso, a pesquisa apresentou, como produto final, um instrumento de apoio para a elaboração e acompanhamento dos PTS desenvolvidos no serviço. O instrumento foi resultado do esforço conjunto entre pesquisador e participantes do estudo. Almejou-se tornar o PTS uma ferramenta funcional, estruturada e acessível a toda equipe envolvida na assistência. A pesquisa proporcionou também mudanças práticas no compartilhamento de informações, que passam a ser acessadas por toda equipe e não somente pela equipe de referência do caso. Entende-se ainda, que o espaço para troca de conhecimento acerca do PTS é foi muito promissor, abrindo possibilidades de continuação dos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 16, p.584-596, dez. 2013.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 56, p.610-613, 2011.

BOCCARDO, Ana Cristina. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: Núcleo de apoio à saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. (caderno de atenção básica nº 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 12, p.849-859, jan. 2007.

CORDEIRO, Daniel Cruz. Transtornos por uso de substâncias - conceituação e modelos teóricos. In: LARANJEIRA, Ronaldo; ZONELATTO, Neide. **O Tratamento da Dependência Química e As Terapias Cognitivo-Comportamentais**: um guia para terapeutas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Cap. 1. p. 03-13.

DORIGATTI, Alcir Escocia et al. Projeto terapêutico Singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campinas, v. 38, n. 01, p.113-119, 2014.

FARIA, Ana Regina Noto; SILVEIRA, Pollyanna Santos da; RONZANI, Telmo Mota. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Brasil: Senad, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2010.

FRANCO, Túlio. A; ZURBA, Magda do Canto. B. Atenção psicossocial e cuidado. In: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Florianópolis, 2014.

HENRIQUES, Bruno David et al. Uso de crack e outras drogas: percepção familiar em relação à rede de suporte em um centro de referência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p.3453-3462, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001003453&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2019.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 19, p.3561-3571, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561. Acesso em: 26 nov. 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 24, p.112-120, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00112.pdf> Acesso em: 26 nov. 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio Matricial para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p.738-744, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500015. Acesso em: 26 nov. 2019.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: TOSCANO, A. J; SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 60, n. 21, p.13-22, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024101&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

MELO, Juliana Rízia Félix; MACIEL, Silvana Carneiro. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 01, n. 36, p.76-87, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000100076&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

MILLER, W. R.; HESTER, R. K. Treatment for alcohol problems: Toward an informed eclecticism. In: MILLER, W. R.; HESTER, R. K. **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives**. 2. ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995. p. 01-11.

MIRANDA, Lilian; OCKONO-CAMPOS, Rosana. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de saúde Pública**. Rio de

Janeiro. v.6 n.10, p. 1153-1162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

MORANDI, Stéphane; SILVA, Benedetta; GOLAY, Philippe; BONSACK, Charles. Intensive case management for addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. **Subst Abuse Treat Prev Policy**. [online]. 2017; v.12, n.26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28545572>. Acesso em: 26 nov. 2019.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; Colvero, Luciana de Almeida; Machado, Ana Lúcia. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 5, n. 45, p.1171-1176, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

OCCHINI, M.F; TEIXEIRA, M.G. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p.229-336, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a12v11n2.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p.434-441, maio 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2819>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PINTO, Diego Muniz et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p.493-502, jul. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010. Acesso em: 26 nov. 2019.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interface e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p.203-211, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

RIBEIRO, Carolina Campos; SILVA, Naiara Gajo; OLIVEIRA, Alice Guimarães de. O Projeto Terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p.393-402, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270085405_O_projeto_terapeutico_nos_CAPSs_de_Mato_Grosso_uma_analise_documental_-_DOI_104025cienccuidsaudev8i36060. Acesso em: 26 nov. 2019.

SANTOS, Elitiele Ortiz dos et al. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 01, n. 13, p.01-13, jan-abr. 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2817. Acesso em: 26 nov. 2019.

SANTOS, Jacqueline Macedo dos. **A participação dos usuários no plano de tratamento em um CAPS-ad: um estudo de caso**. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de

Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a usuários de Álcool e Outras Drogas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017.

SAVIC, M; BEST D; MANNING, V; LUBMAN, D.I. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. **Subs Abuse Treat Prev Policy**. [online].v.12 n.19, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28388954>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SILVA, Ariná Islaine da et al. Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare**, Curitiba, v. 21, n. 3, p.01-08, jul. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437/pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SOUZA, Ândrea Cardoso de et al (Org.). **Entre Pedras e Fissuras: A construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 22, p.1455-1466, maio 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

TOSCANO, A.J. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: TOSCANO, A. J; SEIBEL, S. D. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 7-23.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. O Método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua Aplicação na Prática de Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 04, n. 26, p.01-10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000400611&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p.313-323, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200313&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: Who Library Cataloguing-in-publication Data, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=9054BB00990DF18FBDA02BA627C4BF05?sequence=1>. Acesso em: 26 nov. 2019.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO		
Número do Grupo Focal:	Data: __/__/2019	Horário (início e término):
Nome do participante:		Caractere de identificação:
Profissão:		Tipo de vínculo:
Tempo de atuação no ambulatório:		
Tempo de atuação na saúde mental e/ou adição:		
INDICAÇÃO DE PTS DE USUÁRIOS		
Você teria um ou mais PTS para indicar para que seja feita uma análise dos dados sobre PTS registrado? SIM () NÃO ()		
Nome do usuário:		Número do prontuário:
Nome do usuário:		Número do prontuário:
OBSERVAÇÃO		

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

DADOS DOCUMENTAIS		
Número Análise:	Data: __/__/2019	Horário (início e término):
Nome do usuário:		
Número do prontuário:		
Tipo de documento analisado: () prontuário informatizado () formulário impresso () outros _____		
CARACTERÍSTICAS DO PTS ANALISADO		
1ª ETAPA	Acolhimento e análise situacional do caso	SIM () NÃO ()
	Integralidade (aspectos físicos, psíquicos e sociais)	SIM () NÃO ()
2ª ETAPA	Ações	SIM () NÃO ()
	Metas	SIM () NÃO ()
	Discussão com o sujeito sobre ações e/ou metas	SIM () NÃO ()
	Discussão com equipe sobre o PTS em questão	SIM () NÃO ()
3ª ETAPA	Divisão de responsabilidades na equipe(s) envolvidas	SIM () NÃO ()
	Corresponsabilidade (equipe/usuário)	SIM () NÃO ()
	Estabelecimento do técnico de referência do PTS	SIM () NÃO ()
4ª ETAPA	Reavaliação do PTS com sujeito e equipe	SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO		

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE APOIO PARA OS GRUPOS FOCAIS

Primeiro Grupo Focal		
Temas	Local/ horário	Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> - Concepção de um PTS - Percepção do uso do PTS no serviço - Elementos de um PTS - Dificuldades relacionadas ao PTS - Potencialidades relacionadas ao PTS - Síntese do encontro realizado - Sugestão de leitura de texto (caderno atenção básica n. 39 p.73-5) 	<p>Sala de aula 1 do ambulatório da UAA, turno da tarde (até 90 min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer levantamento da compreensão da equipe sobre a configuração de um PTS. - Levantar indicações de prontuários e/ou formulários de PTS de pacientes.
Segundo Grupo Focal		
<ul style="list-style-type: none"> - Breve recapitulação do grupo anterior - Avaliação do texto sugerido - Elementos de melhoria do PTS no serviço - Elaboração de esboço de PTS - Síntese do encontro realizado 	<p>Sala de aula 1 do ambulatório da UAA, turno da tarde (até 90 min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer levantamento de sugestões de melhorias para a utilização do PTS no serviço.
Terceiro Grupo Focal		
<ul style="list-style-type: none"> - Breve recapitulação do grupo anterior - Apresentação da proposta do novo PTS (reestruturado) - Encerramento dos encontros 	<p>Sala de aula 1 do ambulatório da UAA, turno da tarde (até 90 min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Validar com a equipe assistencial o novo PTS.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nº do CAAE.: 09781119.4.0000.5327

Título do Projeto: PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES EM UM SERVIÇO DE TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o processo de utilização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em um serviço de tratamento de usuários de drogas. Este estudo poderá contribuir para uma melhor assistência aos usuários de drogas que utilizam o serviço.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: serão realizados 3 grupos focais em ambiente e período oportuno para os participantes, preferencialmente nos consultórios do ambulatório, conforme disponibilidade das salas, com duração aproximada de até 90 minutos.

Pretende-se realizar 3 encontros (grupos focais) com a participação de 8 a 12 pessoas. Assim, caso todos aceitem participar da pesquisa, necessariamente vamos dividir os participantes em 2 grupos (grupo A e grupo B), conforme disponibilidade dos trabalhadores e pesquisadores, de modo que os participantes do grupo A e do grupo B sejam mesmos em todos os encontros. Nesta formatação, pretende-se realizar 6 encontros, sendo 3 para grupo A e 3 para o grupo B, com objetivo de aprofundar a discussão em cada grupo.

Os grupos focais abordarão temas relacionados PTS, tais como as percepções dos profissionais sobre o que é um PTS, as dificuldades e potencialidades na utilização de um PTS, bem como as sugestões de melhorias no processo de cuidado. Os grupos serão gravados utilizando-se um gravador de voz, sendo transcritos na íntegra para posterior análise.

Além dos grupos focais, durante a execução do estudo, serão realizadas conversas informais com os membros da equipe assistencial participantes da pesquisa. Essas conversas, conforme o referencial adotado no estudo, ocorrerão no próprio cenário assistencial e o seu conteúdo será registrado em um diário de campo da pesquisadora.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 1 de 3

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Os riscos associados ao estudo estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes irão falar sobre aspectos de sua atuação profissional. Caso haja desconfortos, será oferecido atendimento no serviço de medicina ocupacional do HCPA.

A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na elaboração de um novo instrumento de PTS a ser utilizado no ambulatório de adição.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo em relação a seu vínculo (profissional contratado ou residente) com a instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa terão seu sigilo e anonimato. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 2 de 3

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Marcio Wagner Camatta, chefe do Serviço de Enfermagem em Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por meio dos telefones (51) 3359-6477 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Porto Alegre, ____/____/____

ANEXO C - ORIENTAÇÕES PARA OS AUTORES – REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Obs.: O artigo 1 Será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem

Forma e preparação de manuscritos

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas devem ter, no máximo, 10 páginas, equivalentes, aproximadamente, a 4.500-5.000 e 2.500 palavras.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser

descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. **Deve obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo);**

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que tem por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo estudo. **Deve obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário, adotado (por ex: Cooper, Ganon, Whittmore e Knalf, Brome dentre outros) o que confere criticidade científica ao estudo. **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Deve obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de reflexão: são formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. **Deve obedecer ao limite de 10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);**

Os manuscritos devem conter:

Título: que deve ser coerente com os objetivos do estudo e identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivos: (questões norteadoras da pesquisa)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após as palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado; critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências devem ser atualizadas (últimos cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo, devendo, obrigatoriamente, também serem citadas referências internacionais. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os autores/artigos utilizados nas mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos: Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾. Alguns autores acreditam que...^(1,4-5). “[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados sem a intervenção dos autores).

ANEXO D - ORIENTAÇÕES PARA OS AUTORES – TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

Obs.: O artigo 2 será submetido à revista Texto e Contexto.

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de identificação (Modelo 1)

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do ORCID, afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do ICMJE nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) (Modelo 2)

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título= **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas

no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros: devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras: não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”^{1:30-31}

Verbatins: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*.

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico. Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.