

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A participação dos usuários no plano de tratamento em um CAPS-ad: um estudo
de caso

Jacqueline Macedo dos Santos

Orientador: Marcio Wagner Camatta

Porto Alegre, dezembro de 2017.

JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A participação dos usuários no plano de tratamento em um CAPS-ad: um estudo
de caso

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Prevenção e Assistência a Usuários de Drogas

Orientador(a): Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Porto Alegre, dezembro de 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação do Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta.

Aprovada por:

Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta – MPAD/HCPA
Presidente

Profa. Dra. Lídia Macedo – MPAD/HCPA
Membro

Profa. Dra. Sílvia Halpern – MPAD/HCPA
Membro

Profa. Dra. Cíntia Nasi – (UFCSPA)
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais (*in memoriam*), Wanda e Ricardo, que tanto contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

Aos meus filhos, Luana e Bruno, que estão sempre próximos, me apoiando, e ao meu namorado, Alexandre, que me incentiva sempre ao estudo e à auto superação.

Ao meu orientador Marcio, pela parceria, pela presteza, pelo incentivo constante e pelo direcionamento nas minhas incertezas.

Aos usuários do CAPS-ad, nas lutas diárias para o encontro consigo mesmo.

A Lucas Paiva Gomes e Taciana de Oliveira, pelo apoio na pesquisa e pelo incentivo a superar os desafios.

A toda a equipe do CAPS-ad, e da RAPS de Ouro Preto, colegas e companheiros de lutas e de transformações constantes.

A toda a equipe do HCPA, pela parceria, empenho e dedicação.

Aos meus colegas de mestrado, pela solidariedade, pela troca de experiências e pela oportunidade de vivenciarmos juntos este processo.

O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais,
no meio da alegria,
e inda mais alegre
ainda no meio da tristeza!
A vida inventa!
A gente principia as coisas,
no não saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação
porque a vida é mutirão de todos,
por todos remexida e temperada.
O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior.
Viver é muito perigoso; e não é não.
Nem sei explicar estas coisas.
Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor.

Guimarães Rosa
(Grande Sertão: Veredas)

A vós, intrépidos buscadores e tentadores de mundos por descobrir,
E quem quer que algum dia, com astuciosas velas, se embarcasse para mares temerosos-

A vós, os ébrios de enigmas, os amigos do lusco fusco,
Cuja alma é atraída por flautas para todo o enganoso sorvedouro-

Pois não quereis, apalpando-o com mão covarde, seguir um fio que vos guie...

Friedrich Nietzsche
(Zaratustra, “Da visão e do enigma”)

SUMÁRIO

1	RESUMO	1
2	ABSTRACT	2
3	INTRODUÇÃO	3
4	CAPÍTULO 1 – Artigo 1: A participação dos usuários no projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo de caso.	13
5	CAPÍTULO 2 - Artigo 2: Motivação e responsabilização: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool e drogas	38
6	NOVA PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE PTS	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	65
	TCLE – Usuário	70
	TCLE – Trabalhador	72
	APÊNDICE A - Roteiro de Observação Participante	74
	APÊNDICE B - Roteiro de Análise Documental	75
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista – Usuário	76
	APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista – Trabalhador	77
	APÊNDICE E – Projeto Terapêutico Singular (PTS) – nova proposta de formulário para o CAPS-ad de Ouro Preto	78
	ANEXO 1 – PTS – formulário utilizado no CAPS-ad de Ouro Preto	83
	ANEXO 2 – Autorização do Município	84
	ANEXO 3 - Normas Revista Interface	85
	ANEXO 4 – Normas Revista Gaúcha de Enfermagem	87
	ANEXO 5 – Documento de aprovação do CEP	88

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Alcoolicos Anônimos

ACOLHER – Associação de Usuários, Familiares e Amigos da RAPS de Ouro Preto

AD – Análise Documental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas

CT – Comunidade Terapêutica

EP – Entrevista a profissionais

EU – Entrevista a usuários

FAOP – Fundação de Arte de Ouro Preto

NA – Narcóticos Anônimos

OP - Observação Participante

PD – Permanência-dia

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SENAD/MJ - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Técnico de Referência

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

1- RESUMO

Historicamente, usuários de drogas são submetidos a tratamentos em instituições fechadas que enfocam a abstinência, sem que haja uma participação ativa do usuário nas escolhas e decisões. O Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas (CAPS-ad) é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que preconiza a participação do usuário em seu tratamento, no sentido de promover sua autonomia e reinserção social. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a participação dos usuários de álcool e outras drogas na elaboração e condução de seu projeto terapêutico singular (PTS). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com usuários do CAPS-ad de um município do interior de Minas Gerais. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais do serviço, a análise de prontuários e do formulário de PTS, e a observação participante nos atendimentos de revisão de PTS. Buscou-se analisar se os planos de tratamento traçados consideram a participação efetiva do usuário na busca dos objetivos e metas compartilhados, com vistas à inserção social e ao resgate da cidadania. Pretende-se também entender o grau de responsabilização do usuário pelo próprio tratamento, avaliando os objetivos e as motivações dos usuários e profissionais do CAPS-ad. Divergências entre objetivos de usuários e de profissionais foram reveladas, demonstrando haver presença de caráter tutelar e pouca responsabilização de alguns usuários no seu tratamento. Observou-se também uma limitação no uso do instrumento PTS, com pouca participação dos usuários em sua elaboração, e sem apresentação de metas e propostas de ações singulares. Foi proposto um novo formulário de PTS que incentive o protagonismo do usuário no tratamento e que contemple diversos aspectos de sua vida. Nesta abordagem, torna-se necessário uma capacitação dos usuários sobre as premissas do tratamento, de forma a promover sua autonomia e participação efetiva na elaboração do PTS.

Descritores: Serviços Comunitários de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Planejamento de Assistência ao Paciente; usuários de drogas; redução do dano.

2- ABSTRACT

Throughout history, drug users have been treated in closed institutions that focus on abstinence, lacking an active participation from the user in choices and decisions. The Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Users (CAPS-ad) is a service that replaces the psychiatric hospital which advocates for the user's participation in their treatment, in order to promote their autonomy and social reintegration. This research aims to analyze the participation of alcohol and other drugs users in the elaboration and conduction of their Singular Therapeutic Project (PTS). This is a qualitative, case study type research, with CAPS-ad users of a municipality in the countryside of Minas Gerais. The semi-structured interview with users and professionals from the field, the analysis of medical records and PTS form, and the participant observation in the PTS review visits were used as research instruments. This research aims to analyze whether the drawn treatment plans consider the effective participation of the user in the search of shared goals and objectives, aiming social insertion and citizenry reappropriation. It also seeks to understand the user's responsibility degree for his or her own treatment, evaluating users and CAPS-ad professionals' objectives and motivations. Divergences were found between the ones set by the users and the ones set by the professionals, revealing that there is a presence of tutelary character and little accountability for their treatment in the case of some users. A limitation was also observed in the use of the PTS instrument, with little participation of the users in its elaboration, and lacking presentation of goals and proposals for individual actions. A new PTS form has been proposed, one that encourages the user's role in the treatment and that contemplates several aspects of his or her life. In this approach, training users on the treatment premises becomes necessary, in order to promote their autonomy and effective participation in the PTS elaboration.

Keywords: Community Mental Health Services; substance-related disorders; patient care planning; drug users; harm reduction.

3- INTRODUÇÃO

Este estudo está vinculado ao Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas, promovido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ). Visa investigar a participação de usuários no plano de tratamento, e aspectos relacionados à responsabilização do usuário com seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) de Ouro Preto.

A dissertação é composta por dois artigos científicos. O primeiro busca responder à seguinte questão de pesquisa: Como é a participação do usuário de um CAPS-ad no planejamento e condução do seu tratamento nesse serviço? Já o segundo artigo analisa a responsabilização do usuário no seu tratamento, buscando responder à pergunta: Como superar o caráter tutelar no CAPS-ad?

Será feito um relato do percurso histórico de tratamento para usuários de drogas, incluindo o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Programa de Redução de Danos. Será também contextualizado o tratamento no CAPS-ad e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento preconizado para elaboração dos planos terapêuticos dos usuários na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Historicamente, o uso de drogas tem marcado as relações entre os seres humanos, estando presente em diversos cenários, com objetivos e motivações diferentes. O uso de substâncias se confunde com a história dos curandeiros, dos alquimistas, das bruxas, dos xamãs e da medicina. Tanto em culturas orientais como ocidentais, o uso de plantas mágicas está na origem dos mitos de criação do universo, assim como em cultos religiosos, rituais de cura ou processos de autoconhecimento (MORAES, 2005).

Na Idade Média, os loucos eram confinados em grandes asilos destinados a excluídos – inválidos, drogados, mendigos e libertinos. No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados a doentes mentais. As ideias de Pinel reforçam a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar a cura. Várias experiências e tratamentos são então desenvolvidos ali, classificando (e acorrentando)

os loucos, assim como os drogados, como objetos de saberes, discursos e práticas (QUEIROZ, 2001).

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseava-se principalmente na reeducação dos loucos (alienados), no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes (tratamento moral). Pinel acreditava que o espírito perturbado poderia ser reconduzido à razão com o auxílio de uma instituição de atendimento. Era preciso isolá-lo numa instituição especial, com intuito de retirá-lo de suas percepções habituais, para poder controlar inteiramente suas condições de vida. Ali ele era submetido a uma disciplina severa e paternal, e regido pela lei médica. Por meio de ameaças e recompensas, e pela demonstração simultânea de solicitude e firmeza, o doente era progressivamente submetido à tutela médica e à lei coletiva da instituição, ao trabalho mecânico e ao policiamento interno (QUEIROZ, 2001).

Com o tempo, o tratamento moral de Pinel se modifica, e o que era considerado uma doença moral passa a ser também entendido como uma doença orgânica. Entretanto, o tratamento empregado pelos organicistas era o mesmo empregado pelos adeptos do tratamento moral, com utilização de coerções físicas e psíquicas. A terapia farmacológica e a contenção através da medicalização passam então a ser o condutor principal do tratamento nas instituições psiquiátricas.

Estes mesmos pilares do tratamento moral foram utilizados em instituições de longa permanência, como clínicas de recuperação e comunidades terapêuticas. Isto se verifica pela sua fundamentação em disciplina, oração e trabalho, e também pela autocontenção e medos subservientes. Podem-se verificar tais princípios também nos grupos de autoajuda como Alcoolicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) (QUEIROZ, 2001).

A percepção distorcida da realidade do uso de drogas dissemina uma cultura de combate às substâncias, fazendo com que o usuário e o seu meio de convívio fiquem relegados a um segundo plano, com distanciamento e exclusão familiar e social. As Comunidades Terapêuticas (CT) começaram a surgir no Brasil na década de 1960, para tratamento das toxicomanias, tendo como principal objetivo de tratamento a abstinência (DAMAS, 2013; BRASIL, 2004).

A metodologia utilizada em tais instituições é diversa, adotando-se por vezes o modelo religioso-espiritual, ou uma abordagem laboral, assistencialista, médica, ou mesmo uma

mistura dessas abordagens. Na maioria dos casos, entretanto, ocorre uma mudança nos esquemas culturais do indivíduo internado em CT, pelo afastamento do contexto social. Devido à segregação e rigidez nas rotinas, tais serviços podem ser considerados como instituições de caráter total, em que se busca controlar a vida, substituindo todas as possibilidades de interação social, destituindo o usuário de autonomia e cidadania (DAMAS, 2013).

A incoerência em relação às comunidades terapêuticas refere-se, também, ao seu distanciamento do plano de realidade no qual o usuário vive, numa tentativa de criar condições ideais dentro do espaço da instituição que não podem ser reproduzidas fora de seus muros. A vida social dentro da comunidade terapêutica é, portanto, um ambiente artificial, rigidamente controlado, que não produz fissuras porque é afastado do real. Produz a ilusão de que através de um exercício de convivência grupal, os usuários poderiam resgatar uma suposta autonomia e liberdade. O retorno, entretanto, é perturbador, pois os usuários não encontram no contexto familiar e social original as mesmas condições ideais às quais estavam submetidos nas comunidades terapêuticas (QUEIROZ, 2001).

A partir da segunda metade do século XX, dá-se uma radical transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas, impulsionada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. Esse movimento se inicia na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo. No Brasil, surge o movimento da *luta antimanicomial*, profundamente enraizado na ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que possuem transtornos mentais. Aliado a essa luta, ocorre o movimento da Reforma Psiquiátrica que, além de denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, marcadamente solidárias, inclusivas e libertárias (AMARANTE, 1994).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico e mental. No mundo, a partir da década de 1960, este movimento se desdobrou em experiências concretas em diversos países, com mudanças ‘cosméticas’ no manicômio e sua lógica, sem questionamento real do paradigma da psiquiatria. Em alguns lugares foram realizadas ações de *desospitalização*, de *desinstitucionalização*, ou de total extinção dos manicômios, com criação de instituições suplementares ou substitutivas ao hospital psiquiátrico, mas que mantém o fundamento da psiquiatria organicista no modo de operar (COSTA-ROSA, 2013).

No Brasil, nas últimas décadas, a Atenção Psicossocial se firma como política pública do Ministério da Saúde, delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria *hospitalocêntrica* e centrada no saber médico (modelo asilar). Apesar de subordinada ideologicamente, esta última ainda é dominante nas práticas cotidianas em vários dispositivos de saúde mental (COSTA-ROSA, 2013).

Esta nova política visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade. Propõe também a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (COSTA-ROSA, 2013).

Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a *desinstitucionalização* de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. O fato de a Atenção Psicossocial ter se tornado a política oficial do Ministério da Saúde tem permitido a ampliação progressiva dos recursos financeiros investidos e a consequente ampliação do conjunto de instituições que caracterizam as práticas de Atenção ao Sofrimento Psíquico, entre elas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (COSTA-ROSA, 2013).

Amarante (2007) caracteriza a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo social complexo, tendo como eixo de análise quatro dimensões: uma dimensão jurídico-política, que analisa o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica; uma dimensão epistemológica, que propõe a ruptura com a psiquiatria tradicional como uma transição paradigmática, apontando para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais; uma dimensão técnico-assistencial, que propõe uma nova práxis, com o cuidado nos CAPS implicando a tessitura de uma rede, sob a ótica de cuidado, território, responsabilização, acolhimento, projeto terapêutico e intersetorialidade; e uma dimensão sócio-cultural, que concerne à percepção social do louco e às representações construídas socialmente em torno da loucura. A Reforma Psiquiátrica não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos

serviços de saúde, pois tem uma natureza mais ampla, é um processo civilizador (NICACIO, 2011; YASUI, 2006).

Em um novo modelo de tratamento, a atenção ao usuário de drogas deve priorizar a subjetividade e as escolhas do indivíduo, ao invés de focar apenas na abstinência. Uma proposta inovadora é a abordagem de redução de danos, que antes de tornar-se um conceito e uma estratégia científica, deu-se enquanto movimento político. Por volta dos anos 1970, na Holanda, vinha sendo estruturada uma política nacional tolerante às drogas, com a publicação de um documento pelo “Comitê de Narcóticos”, cuja conclusão estabelecia que as premissas básicas de uma política de drogas deveriam ser congruentes com a extensão de riscos envolvidos no uso das mesmas, o que convergia para a aplicação de intervenções via redução de danos. Em 1976 foi feita uma revisão da lei diferenciando o tratamento a serem dado às drogas com alto risco, como a heroína, a cocaína, as anfetaminas e o LSD, e àquelas que oferecem riscos mais baixos como a maconha e o haxixe (QUEIROZ, 2001).

Queiroz (2001) afirma que a redução de danos é mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS; trata também do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. Na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. Portanto, a redução de danos é pragmática e empática, centrando-se no que funciona e no que ajuda.

Quando se questiona a contribuição da estratégia de redução de danos para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas, compreende-se que os projetos terapêuticos devem responder aos objetivos propostos, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações (PAULA, 2014).

Nas práticas de saúde, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois se deve lidar com as singularidades e levar em conta esta diversidade de interesses e desejos. Os profissionais devem acolher cada usuário sem julgamento, viabilizando o que é possível e necessário, “o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (BRASIL, 2004).

Em 2012, a portaria nº 121 define que o CAPS de referência deverá ser responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, levando em conta a

hierarquização do cuidado (BRASIL, 2012). É verificada a mudança na terminologia do projeto terapêutico para PTS, com objetivo de enfatizar a participação dos diversos atores (familiares e outros profissionais da equipe e da rede). O termo singular também remete à “diferença, contexto singular, não passível de reprodutibilidade e, portanto, menos sujeito a processos de captura pelo planejamento normativo” (OLIVEIRA, 2007).

Um CAPS-ad¹ tem como objetivo oferecer atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. Deve buscar: 1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo (BRASIL, 2003).

No cotidiano da clínica do CAPS-ad, são discutidos os PTS nos casos clínicos das reuniões de equipe. Para a elaboração de um PTS, é fundamental o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Cada profissional pode contribuir com aspectos diferentes, de acordo com a qualidade do vínculo que construiu (BRASIL, 2008).

O projeto terapêutico em saúde mental é um processo social complexo, que caminha e transforma-se permanentemente. Surgem novos elementos, conflitos, contradições e entrelaçamento de dimensões, concretizados nas práticas em saúde mental, em um movimento

¹ Portaria 336/2002: CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

dialético constante. Desta maneira, provoca o campo da saúde na direção de investigar novos caminhos de cuidado ao usuário (VASCONCELOS et al., 2016).

Para elaboração do PTS, deve-se também procurar conhecer as singularidades do sujeito, perguntando sobre medos, insatisfações, hábitos e temperamento. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico. Também é importante avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença (BRASIL, 2008).

Além disto, conhecer as atividades de lazer atuais e anteriores é fundamental, pois a simples presença ou ausência de atividades prazerosas pode ser decisiva num projeto terapêutico. Também as questões relativas às condições de sobrevivência, como moradia, alimentação, saneamento e renda, ou referentes à inserção do usuário em instituições como religião, filantropia, tráfico ou trabalho, são fundamentais para o Projeto Terapêutico (BRASIL, 2008).

A partir deste processo, elabora-se um PTS, que deve ser negociado com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo. Geralmente esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo (BRASIL, 2008).

A família é parte fundamental na elaboração do PTS, e convocá-la para assumir essa responsabilidade no cuidado do usuário em conjunto com a equipe exige um redirecionamento das práticas. Exige também um comprometimento desses atores, na reconquista da cidadania e do espaço do usuário na sociedade, por meio de uma responsabilização e de um cuidado coletivo (PINTO et al, 2011).

Segundo Cartilha do Ministério da Saúde, o PTS perpassa quatro momentos. O primeiro onde será feito o diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite entender riscos e vulnerabilidade do usuário. Deve-se tentar captar como o usuário reage frente às circunstâncias envolvendo família, trabalho, doenças, interesses, perdas, rede social, dentre outros. Um segundo momento é o de definição de metas, produto da avaliação diagnóstica realizada, com propostas de curto, médio e longo prazo, que serão

negociadas com o usuário. Num terceiro momento é feita uma divisão de responsabilidades, com definição clara das tarefas de cada um. Por último, é feita uma reavaliação, com discussão da evolução e correções de rumo (BRASIL, 2008).

Um princípio básico para formulação do PTS é o acolhimento pelo profissional de saúde, considerado decisivo na formação do vínculo e na construção da autonomia, mediante responsabilização compartilhada e pactuada (JORGE, M.S.B. et al, 2011). A proximidade com o usuário coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas e demanda sensibilidade do profissional. Deve levar em conta que o sofrimento psíquico é um caminho para um encontro com a realidade e vivência emocional correspondente. A noção de projeto terapêutico remete a um plano-ação que engloba uma visão da situação psíquica, social e existencial do sujeito, e dos meios operacionais possíveis de responder às suas demandas, favorecendo inserção social e qualidade de vida (PINTO et al, 2011).

Mororó et al (2011) enfatiza a importância de articular diferentes equipamentos de saúde, e também instituições como escolas, associações de bairro, centros culturais, dentre outras, de forma a oferecer as melhores alternativas para as reais necessidades dos usuários. Considera que estes devem ser os protagonistas de processos que favorecem sociabilidade, produção de vida e cidadania. Afirma que a superação do paradigma psiquiátrico envolve não apenas o desmonte dos hospitais psiquiátricos, mas de todas as relações de poder.

Fica evidente a fragmentação pela especialização dos diversos profissionais que compunham a equipe na organização das ações assistenciais, levando a elaboração de técnicas e planos de tratamento encerrados dentro da visão subjetiva de cada esfera de conhecimento. Desta forma, as discussões em equipe não permitem ações intersubjetivas e transdisciplinares, trocas de saberes e fazeres com outros trabalhadores da equipe, num trabalho em redes harmônicas de cuidado (VASCONCELOS et al., 2016).

As autoras consideram que uma importante contribuição do estudo citado consiste em dar voz aos usuários, proporcionando uma reflexão crítica e não a mera categoria de 'satisfação' dos usuários. Compreendem ser este um ponto fundamental para repensar as práticas de cuidado, pois a maior parte dos estudos relacionados ao PTS tem escutado apenas os profissionais. Esperam, assim, que este estudo possa subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social, visando à busca de ações de maior qualidade nos atendimentos prestados no serviço e na rede como um todo (MARCHESAN; FERRER, 2016).

Cumpra conhecer as demandas dos usuários e como a instituição satisfaz (ou não) essas demandas, em relação às abordagens de tratamento, tipos de vínculo, oficinas e grupos oferecidos, dentre outros. Cabe também reconhecer as diversas redes que perpassam a vida do usuário (família, habitação, trabalho, associações, educação, esporte, cultura, lazer, RAPS, dentre outras), e como estes atores interferem (ou poderiam melhor intervir) na condução do seu tratamento.

Torna-se necessário compreender a verdadeira função do terapeuta de referência na elaboração e condução do PTS, para que o tratamento não se feche na instituição, e para que os vínculos do usuário sejam fortalecidos, propiciando abordagem familiar, reinserção social e resgate da cidadania. As atividades propostas devem se ampliar para o território, desvendando novos e promissores vínculos, com participação ativa do usuário. Respeitar o indivíduo nas suas escolhas e interagir com ele, ampliando os olhares e as trocas são fundamentais para que o usuário resgate seu potencial e sua força interna de transformação.

A proposta deste estudo envolve conhecer a apropriação dos usuários do CAPS-ad de Ouro Preto em relação ao seu projeto terapêutico singular e sua participação no planejamento e na condução do tratamento, com vistas à promoção da saúde, a reinserção social e o resgate da cidadania. Pretende também analisar os objetivos e as motivações dos usuários para o tratamento, de forma a verificar se há compromisso e responsabilização efetiva, ou se há dependência em relação aos profissionais e à instituição. Será também avaliado o processo de elaboração do PTS sob a ótica dos profissionais. Desta forma, poderá ser avaliada a presença de caráter tutelar na instituição.

O presente estudo busca responder às seguintes questões de pesquisa: Como é a participação do usuário de um CAPS-ad no planejamento e na condução do PTS? Qual a sua responsabilização com o tratamento nesse serviço? Tenho como pressuposto que o usuário do CAPS-ad não tem participação ativa na definição de seu PTS e que as estratégias de redução de danos e de inclusão do usuário na rede territorial não são incorporadas no PTS pelos profissionais do serviço. Dessa forma, tal instrumento não representa um plano de ação que contemple, de fato, as necessidades e os interesses do usuário, pois tem dificuldades em promover a autonomia e a reinserção social do usuário, bem como a responsabilização por seu tratamento.

Os resultados deste estudo podem contribuir para uma revisão do processo de trabalho da equipe, favorecendo maior participação do usuário na construção do PTS e maior

responsabilização do usuário no seu tratamento, qualificando o cuidado no CAPS-ad junto à rede territorial.

A maior parte das pesquisas relacionadas a Projeto Terapêutico Singular não se direcionam aos usuários dos serviços. Dar voz aos usuários pode descortinar outras perspectivas, com delineamento de estratégias e propostas de tratamento mais coerentes e inseridas no contexto real e cotidiano do usuário.

Nos capítulos seguintes, serão apresentados dois artigos que abordam os temas apresentados. O primeiro artigo tem como título: A participação do usuário no PTS em um CAPS-ad: um estudo de caso, e será endereçado à Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, sendo que as normas para submissão nesta revista estão no anexo 3. O segundo artigo apresenta no título uma indagação: Motivação e responsabilização dos usuários de drogas no tratamento: como superar o caráter tutelar no CAPS-ad? Este, será endereçado à Revista Gaúcha de Enfermagem, e as normas para submissão se encontram no anexo 4.

4. CAPITULO 1 (artigo 1)

A participação dos usuários no projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo de caso²

Resumo

Objetivou-se analisar a participação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na elaboração de seu projeto terapêutico singular (PTS). Pesquisa de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, com a utilização de entrevistas a 12 usuários e quatro profissionais, análise documental e observação participante, realizadas entre abril e setembro de 2017. A partir da análise de conteúdo surgiram duas categorias temáticas: a participação do usuário no PTS; e a participação do usuário no tratamento. Observou-se limitação no uso do instrumento PTS, havendo pouca participação dos usuários na elaboração, e ausência de metas e ações singulares. Deve-se propor um instrumento de PTS que incentive a participação do usuário no tratamento e que contemple diversos aspectos de sua vida. Esta abordagem deve buscar a promoção do protagonismo do usuário nas definições e monitoramento do seu tratamento, pactuadas no PTS.

Palavras-chave: Serviços Comunitários de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Usuários de drogas; Planejamento de Assistência ao Paciente; Estudos de casos.

Abstract

² Este estudo foi elaborado durante o Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas, promovido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ).

The goal was to analyze the participation of users from a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs in the elaboration of their Singular Therapeutic Project (PTS). A qualitative, case study research, using interviews with 12 users and four professionals, documental analysis and participant observation, carried out between April and September 2017. Two thematic categories emerged from the content analysis: user participation in the PTS; and user participation in the treatment. A limitation was observed in the use of the PTS instrument, with little participation from the users in its elaboration, and absence of goals and individual actions. An PTS instrument that encourages the user participation in the treatment and contemplates various aspects of his or her life should be proposed. This approach should seek users' protagonism promotion in the definitions and monitoring of their treatment, set on the PTS.

Keywords: *Community Mental Health Services; Substance-related Disorders; Drug Users; Patient Care Planning; Case Studies.*

La participación del usuario en el proyecto terapéutico singular en un centro de atención psicosocial de alcohol y drogas: un estudio de caso

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la participación de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial de alcohol y drogas en la elaboración de su proyecto terapéutico singular (PTS). Es una investigación de abordaje cualitativo, tipo estudio de caso, con el uso de entrevistas con 12 usuarios y cuatro profesionales, análisis documental y observación participante, realizadas entre abril y septiembre de 2017. A partir del análisis de contenido surgieron dos categorías temáticas: la participación

del usuario en el PTS; y la participación del usuario en el tratamiento. Se observó una limitación en el uso del instrumento PTS, con poca participación de los usuarios en la elaboración, y falta de metas y acciones individuales. Hay que proponer un instrumento de PTS que fomente la participación del usuario en el tratamiento y que contemple diversos aspectos de su vida. Este abordaje tiene que buscar promover el protagonismo del usuario en las definiciones y el monitoreo de su tratamiento, acordados en el PTS.

Palabras clave: *Servicios Comunitarios de Salud Mental; Trastornos Relacionados con Sustancias; Consumidores de drogas; Planificación de atención al paciente; Estudios de casos.*

Introdução

Historicamente, indivíduos com transtornos mentais e usuários de drogas eram encaminhados para instituições fechadas, com internações prolongadas que geravam estigma e exclusão do contexto familiar e social. Frente à necessidade de mudanças nas políticas e práticas profissionais, instituiu-se a Reforma Psiquiátrica como um movimento mundial de luta, que busca romper com o paradigma médico e hospitalar centrado na doença, na medicalização e na exclusão. A extinção gradual dos hospitais psiquiátricos caminha junto com o processo de qualificar, expandir e fortalecer a rede de atenção em saúde mental, favorecendo a reabilitação psicossocial¹.

No cenário atual brasileiro, a prerrogativa é que o tratamento de usuários de drogas aconteça nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, em especial no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad). Este serviço tem entre as propostas de tratamento a articulação intersetorial

para promover a reinserção social do usuário e a sua participação no planejamento do próprio tratamento².

O aspecto de maior relevância no que diz respeito à participação do usuário no seu tratamento envolve o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde para ser um delineador de objetivos e recursos, levando em consideração as necessidades de cada usuário e o contexto em que está inserido. Assim, a elaboração do PTS acontece por meio da atuação do profissional-referência com o usuário e sua família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudos do caso³.

O propósito é que haja contribuições de profissionais de diversas especialidades na elaboração do PTS, numa construção coletiva e integrada, focada no usuário. Esta reflexão deve romper com uma ação normativa, com padrões de tratamento biológico, para se aproximar de um processo social complexo que contemple uma reflexão sobre o cuidado psicossocial. Neste contexto, deve haver uma interlocução de saberes (profissionais, usuários e familiares), ampliando o olhar sobre o sujeito e a integralidade das ações pactuadas. Portanto, é importante que o usuário participe nas decisões relacionadas ao seu plano de tratamento, em um movimento dialético de negociação coletiva⁴ para propor ações com maior possibilidade de concretizar mudanças na vida do usuário.

O modelo médico hegemônico (*hospitalocêntrico* e centrado na doença) delimita os problemas a partir da *expertise* de profissionais que se assumem detentores do saber “científico”. Tal situação provoca no usuário movimentos, ora de submissão, ora de resistência, dificultando o seu comprometimento com o processo

terapêutico. Assim, é importante que a equipe reconheça a capacidade de as pessoas interferirem na sua própria relação com a vida⁵.

Portanto, o resgate da cidadania pode ser considerado o objetivo final das estratégias de cuidado, alcançado através do reconhecimento das necessidades singulares do usuário e na articulação com redes de suporte social que contribuam para a recuperação de vínculos fragilizados ao longo do processo de adoecimento⁶.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer o entendimento e a apropriação que usuários de um CAPS-ad têm em relação ao PTS desenvolvido para o seu tratamento. Busca-se entender como eles percebem sua participação no direcionamento do tratamento e na definição do PTS, com vistas à promoção da saúde, à reinserção social e ao resgate de sua cidadania. Visa também analisar se a utilização do PTS pelos profissionais segue normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, e se este modelo de formulário poderia ser aperfeiçoado para uso no CAPS-ad³.

Torna-se necessário, portanto, tirar o usuário do lugar de “objeto” da ação dos trabalhadores, abrindo-lhe o lugar de protagonista da produção do único saber que pode realmente modificar sua posição no sofrimento e nos impasses subjetivos⁷. A maior parte das pesquisas relacionadas à PTS não se direciona aos usuários dos serviços. Dar voz a eles descortina outras perspectivas, com delineamento de estratégias e propostas de tratamento mais coerentes e inseridas no contexto real e cotidiano do usuário.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizada no CAPS-ad de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. A coleta de informações

ocorreu entre abril e setembro de 2017, nas áreas de atendimento do CAPS-ad, mediante a utilização de diferentes técnicas, como observação participante (OP), análise documental (AD), entrevistas semi-estruturadas com usuários (EU) e com profissionais (EP), no intuito de apreender informações sobre a participação do usuário no seu tratamento no CAPS-ad.

Nas entrevistas com os usuários foram abordados: o entendimento do conceito de PTS, a sua participação no plano de tratamento e as atividades que consideram de maior importância. Já nas entrevistas com os profissionais, foram abordados: o entendimento do conceito de PTS, a sua forma de elaboração e de condução com os usuários de referência. Na observação de atendimentos individual de acompanhamento da revisão dos PTS de usuários, foram observados o seu envolvimento nas atividades e a sua apropriação no tratamento, assim como a relação estabelecida com o técnico de referência (TR) e os demais profissionais. Na análise documental, foi verificada a periodicidade de revisão do PTS, assim como a participação de usuários, familiares, profissionais da equipe e da rede no tratamento. A coleta foi realizada pela pesquisadora que atua como terapeuta ocupacional no próprio CAPS-ad, cenário deste estudo.

A amostragem dos usuários do CAPS-ad que participaram da pesquisa foi feita por conveniência. Foram seguidos como critérios de inclusão: ser usuário de álcool e/ou outras drogas, ter 18 anos ou mais de idade e estar em tratamento no CAPS-ad há pelo menos três meses, em regime de Permanência-Dia (PD). Foram excluídos os usuários que apresentaram déficit cognitivo (indicado pela equipe), os que se encontravam intoxicados no momento da entrevista e os que apresentaram comorbidade psiquiátrica grave, na fase aguda. Foram realizadas novas entrevistas com os usuários até a identificação da repetição de conteúdo nas falas dos

entrevistados, segundo o critério de saturação dos dados, no qual são realizadas entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações⁸.

Quanto aos profissionais, foram entrevistados todos aqueles que são técnicos de referência (TR) - ou seja, aquele responsável pela elaboração e condução do PTS dos usuários no CAPS-ad -, com pelo menos um ano de experiência de trabalho neste serviço. Cada participante do estudo (usuários e profissionais) foi entrevistado uma única vez. A observação participante aconteceu nos atendimentos de revisão de PTS, com a presença do profissional de referência do usuário. Já a análise documental se baseou em prontuários e formulários de PTS, contemplando todos os usuários entrevistados.

No total foram realizadas cinco OP, 14 AD, 12 EU e quatro EP, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os usuários e profissionais envolvidos na pesquisa. Os dados coletados foram identificados pelas iniciais da técnica de pesquisa e pelo número correspondente, de forma a facilitar as citações e preservar o anonimato dos participantes (Ex: EU-12, AD-09, EP-03, OP-02). Todas as técnicas utilizaram roteiros específicos para orientação no campo, com questões que envolviam o entendimento e a participação no PTS. Foi realizado um teste piloto para avaliação dos roteiros, não sendo necessário fazer alterações. A duração de cada entrevista e OP variaram entre 10 e 40 minutos, e foram analisados prontuários e formulários de PTS na AD.

Por meio da utilização dessas técnicas de coleta de dados (OP, AD e EU/EP), foi possível haver uma triangulação das informações, permitindo analisar como se dá a participação do usuário em seu plano de tratamento. Tal participação pode ser

afirmada, com corroboração dos dados, ou negada, onde há conflito dos dados, se constituindo como recurso fundamental para aumentar a validade de um estudo⁹.

Juntamente com os registros da OP e da AD, as entrevistas, gravadas em áudio e depois transcritas, em um total de cinco horas de gravação, foram posteriormente submetidas à análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2015), composta por três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação¹⁰. Os dados foram organizados em duas categorias temáticas: a) participação do usuário no PTS; b) participação do usuário no tratamento.

A coleta de informações teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob parecer n. 1.887.083/ 2017, e mediante a assinatura do TCLE dos participantes antes de cada etapa do estudo, seguindo as orientações da resolução 466/2012¹¹.

Resultados e discussão

Para avaliar a participação do usuário no plano de tratamento no CAPS-ad, objetivo central desta pesquisa, foram analisados o seu envolvimento na construção do PTS, assim como vínculos e atividades que facilitam ou dificultam o tratamento. A partir da análise do conteúdo das entrevistas dos usuários e profissionais, das observações dos atendimentos e avaliação dos formulários de PTS e prontuários dos usuários, pôde ser feita uma triangulação dos dados coletados, convergindo resultados de fontes diferentes⁹.

Ao todo foram entrevistados 12 usuários com idade entre 39 e 61 anos, sendo quatro do sexo feminino, sete com ensino fundamental incompleto, dois com nível técnico, todos usuários de álcool e quatro usuários de álcool e crack, sendo que

alguns estão abstinentes pelo menos de uma droga. Três profissionais têm experiência apenas no CAPS-ad de Ouro Preto, entre três e oito anos, e um deles apresenta experiência mais extensa em saúde mental.

Os registros profissionais em prontuário e no formulário de PTS fornecem dados do histórico e da evolução do tratamento do usuário. A AD identificou uma limitação do uso da ferramenta PTS, já que as alterações do conteúdo, geralmente não eram registradas. Foram analisados 14 prontuários e os respectivos formulários de PTS dos usuários, sendo identificados quatro prontuários que não possuíam formulários de PTS preenchidos. A reavaliação do PTS foi realizada com periodicidade variando entre 15 dias até 12 meses e houve casos, em que mesmo os usuários sendo frequentes ao CAPS-ad, só houve registro de revisão de PTS 18 meses após a avaliação inicial.

[Participação do usuário no PTS]

Esta categoria inclui questões como *o Entendimento do PTS pelo usuário e o Direcionamento do PTS*. Em relação ao PTS, ficou explícito que os usuários desconhecem este conceito ou possuem um entendimento superficial de seu significado, não demonstrando compreensão de que poderiam ter parcela de responsabilidade no uso desse instrumento. Questionados, alguns silenciaram, outros disseram não saber, e outros falaram sobre as atividades realizadas no CAPS-ad, como se o PTS se resumisse a atividades com a finalidade de ocupar o tempo durante a permanência-dia (PD).

Ah, é uma ajuda que vocês dão pra gente [...] é tipo um remédio. (EU-06)

Eu sou meio cru nesse negócio, não entendo não. (EU-07)

Pra ser sincero, eu sou meio leigo nisso. (EU-12)

Projeto terapêutico eu acho que são vários [...] como se fosse um conjunto de pessoas, cada um na sua área, pra te ajudar com seu problema [...] tem gente que tem problema com higiene, aí vai te ajuda, aí você precisa de ir num psicólogo, tem, você precisa de ir num médico, tem [...] **(EU-04)**

Entretanto, apenas o entendimento elaborado por EU-04 demonstra uma maior apropriação das possibilidades do tratamento, ao perceber o PTS como um instrumento personalizado às necessidades do indivíduo, e que envolve a atuação de vários profissionais nesse cuidado. Esta concepção também se relaciona à dos profissionais, quando estes consideram o PTS como uma multiplicidade de planos de cuidado.

Tem planos de cuidado, e são vários, eu penso a questão de multiplicidade porque a pessoa não está isolada [...] em cada lugar [...] ela tem uma forma de funcionar. [...] então acho que pra cada instante da vida, pra cada lugar, pra cada momento da vida, vai se ampliando as possibilidades de se tratar. **(EP-03)**

O PTS não é apenas os dias da semana, as atividades, tem que levar em conta a história de vida dele [...] e muitas vezes eu não vou conseguir decidir sozinha, quem tá na oficina te dizer como foi, quem tá no grupo te dizer como que tá indo, porque esse PTS tem que ser modificado. **(EP-01)**

Eles avaliam que o PTS deva ser constantemente revisado pelo TR, devido às mudanças contínuas das necessidades e demandas do indivíduo, e também devido ao olhar colaborativo dos profissionais do serviço na avaliação dessas necessidades, conforme a participação dos usuários nas atividades terapêuticas realizadas pela equipe do serviço. Entretanto, na prática, isso não vem ocorrendo, conforme resultados verificados na análise documental.

Em uma equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade permite um diálogo entre diferentes saberes, possibilitando abordar o sujeito em seus diversos contextos, seja social, cultural, econômico ou político. O trabalho interdisciplinar envolve discussão e compartilhamento de opiniões, percepções e experiências entre

os membros da equipe, devendo o PTS ser construído por meio deste trabalho interativo¹².

Esta perspectiva também é evidenciada por outros autores, cuja noção de projeto terapêutico remete a um “plano-ação” que engloba uma visão da situação psíquica, social e existencial do sujeito, e dos meios operacionais possíveis de responder às suas demandas, favorecendo a inserção social e a qualidade de vida¹³.

A apropriação do usuário sobre o conceito de PTS parece influenciar no seu grau de envolvimento na elaboração do mesmo. Questionados em relação à elaboração do PTS, os próprios usuários apontaram como uma responsabilidade dos técnicos de referência (TR), conferindo a eles o poder de decisão do processo.

Eu prefiro que minha referência que decide. [...] vocês são mais sábios (EU-06)

Agora sobre os dias assim é a minha própria referência que decide [...] porque eu não confio em mim não [...] eu sei as minhas fraquezas. (EU-03)

Ela (técnica de referência) é que estipulou estes dias pra mim. (EU-07)

Eu deixo para o Dr. (Fulano) me falar os dias que eu tenho que vir. (EU-05)

O usuário prefere manter acompanhamento psicoterapêutico quinzenal com sua TR, ao invés de participação no grupo terapêutico, conforme ela (TR) tinha proposto. (OP-05)

Os usuários, em sua grande maioria, demonstram passividade, delegando ao TR o poder, quase que exclusivamente, de decisão sobre o tratamento. O PTS passa a ser um instrumento utilizado apenas pelo TR, sem compartilhamento entre os outros diferentes atores (usuário, familiares, outros profissionais da equipe e da rede assistencial). Isso é um risco para a adoção de condutas profissionais prescritivas que não representam, sobretudo, os interesses e necessidades dos usuários.

Contudo, foi possível observar, no cotidiano do trabalho da equipe do CAPS-ad, uma postura dialógica entre profissional e usuário na definição de uma conduta relacionada ao seu PTS, a qual foi discutida e deliberada a partir de uma argumentação do usuário nessa decisão, como apareceu na OP-05.

Torna-se necessário refletir sobre as práticas que têm sido implementadas nos CAPS, uma vez que se propõe a superar um modelo de atenção em saúde mental manicomial, *hospitalocêntrico* e médico-centrado. Para inserir os usuários como participantes efetivos na construção de práticas de cuidado, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações que tenham foco na vida do sujeito, em suas vulnerabilidades habitacionais, econômicas, afetivas, culturais, familiares e de rede social¹⁴.

Foi evidenciada uma participação ativa da equipe do CAPS-ad na formulação dos PTS, discutidos nas reuniões de equipe semanais as quais contam com a presença da maior parte dos profissionais da equipe. Entretanto, essa participação não se estende a outros elementos da rede, pois ainda há pouco diálogo com o Programa Saúde da Família (PSF) e outros serviços do território.

A interlocução entre as redes de cuidado pode ser favorecida pelo apoio matricial, que é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Esse apoio matricial, ou *matriciamento*, tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária¹⁵.

Entende-se que o PTS deveria ser construído de forma colaborativa, a partir do envolvimento do usuário, sua família, profissionais do CAPS-ad e outros

interlocutores do cuidado em saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como da rede intersetorial. No entanto, constata-se que os profissionais costumam se apropriar do PTS e tomar para si as principais decisões. Isto pode ser visto nas entrevistas com os profissionais, quando questionados sobre a forma como é feita a elaboração e a condução do PTS:

Que (o PTS) seja feito em rede mesmo, que ele seja discutido com o PSF, com a família, porque ele fica muito preso aqui, e o PTS na maioria das vezes é do profissional, não é do paciente não, nós é que falamos, você vai vir todos os dias, você vai vir 3 vezes [...] (EP-02)

Que não seja uma coisa pronta, que seja construído a partir dos apontamentos que ele me dê, mas eu digo assim, apesar dele ter a participação, a palavra final não é dele. (EP-01)

Que ele esteja empoderado, responsabilizado também, e que a gente saia um pouco desse discurso, que a gente sabe o que é melhor pro paciente. (EP-02)

O *empoderamento* é um conceito que aponta para uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares da RAPS no próprio tratamento, assim como em outros dispositivos da rede intersetorial, ligados à defesa de direitos, controle e militância social¹⁶.

Pode ser observado um distanciamento entre os resultados alcançados com o tratamento e a intenção dos profissionais em imprimir uma prática assistencial que favoreça o *empoderamento* de fato, do usuário. Ao proporcionar o *empoderamento* do usuário sem responsabilizá-lo, há um risco de ele tomar decisões que não contribuirão para a eficácia do tratamento, como aparece nos trechos a seguir:

Ele tem pra ele que ele tem a garantia de vir todo dia e pronto. É isso mesmo o que ele quer. É tipo: 'não me amola não, não muda, não me pede pra participar, não me sugere atividade nova, do jeito que tá eu tô satisfeito'. (EP-04)

Já tentei estabelecer compromisso dela vir alguns dias, aí ela não vem nenhum, então questão de sobrevivência, marco todo dia, ela vem o dia que ela quer [...] (EP-03)

Que o paciente seja protagonista, tanto que ele saiba que ele é o protagonista do problema, quanto do processo de tratamento. (EP-02)

Os casos relatados anteriormente explicitam que um comportamento ativo do usuário na definição do PTS pode estar desvinculado de um compromisso real e uma responsabilização dele com o seu tratamento, como evidenciado principalmente na fala do profissional EP-02. Este é um ponto vulnerável revelado pela pesquisa, porque muitas vezes ao usuário é dada certa autonomia, mas este não assume o seu problema com a droga e não entende como deve ser o seu tratamento, se acomodando em padrões habituais de permanência no CAPS-ad com pouca vinculação ou esforço.

[Participação do usuário no tratamento]

Nesta categoria foram consideradas as *atividades realizadas pelos usuários dentro e fora do CAPS-ad* e o grau de apropriação das atividades pelos usuários. Dentre as atividades internas ao CAPS-ad, pode-se citar os atendimentos individuais, as oficinas e grupos terapêuticos e as assembleias de usuários. Como atividades externas, citam-se as atividades em instituições parceiras, e aquelas vinculadas à Associação de Usuários, Familiares e Amigos da RAPS de Ouro Preto (ACOLHER), oficinas de geração de renda da RAPS, assim como o trabalho formal e voluntário, o estudo, a participação em eventos e as atividades de lazer em geral.

Em relação às atividades realizadas dentro do CAPS-ad, fica evidente nas entrevistas com os usuários que o serviço é reconhecido como um espaço de convivência, de “distração” e proteção, em oposição ao espaço ocupado pelo usuário habitualmente (em sua casa ou na rua), ou seja, relacionam esses espaços como locais de solidão, ociosidade e risco para a recaída. Além disso, para alguns

usuários, estar no CAPS-ad significa “estar protegido” dos convites para fazer uso de drogas, mantendo a convivência social.

Me chamando pra tomar pinga, pra fumar maconha, pra fumar o crack, então é um jeito de eu escapulir deles é vir para o tratamento. (EU-01)

Esse tempo que eu fico aqui, já não fico pensando na bebida, já não me tranco, que eu me tranco dentro do meu quarto e fecho as cortina, e não converso com ninguém. (EU-05)

Quando eu entro do portão pra cá, eu esqueço do portão lá pra fora. (EU-11)

Se ficar em casa eu fico sem lugar, andando pra baixo e pra cima, aí fico passando mal porque o dia inteiro à toa, fico nervoso dentro de casa. (EU-10)

A questão da reunião mesmo, essa troca de experiência que você tem com outras pessoas. (EU-04)

Acho muito importante o grupo [...] eu acho importante que eu tô aprendendo, vendo coisas que a pessoa fala lá dentro. (EU-08)

Além disso, o CAPS-ad é reconhecido como um espaço de aprendizado, de trocas de experiências e reflexão nos grupos terapêuticos. Embora esses benefícios sejam atribuídos ao tratamento no CAPS-ad, o usuário deve ser incentivado a ampliar a sua rede social, sem restringi-la exclusivamente aos vínculos estabelecidos dentro do serviço¹⁷.

Entretanto, na análise documental fica claro que as condutas elaboradas no PTS são bastante padronizadas (fixas) em relação à inserção dos usuários nas atividades internas do CAPS-ad. O padrão aponta para uma indicação de atividades internas ao serviço para o usuário participar, como as oficinas de artesanato, a atividade física e os grupos terapêuticos vinculados aos dias delimitados de PD.

Já em relação à programação de atividades externas, os registros se restringiam às propostas de participação nas oficinas de geração de renda e na ACOLHER, ambas vinculadas à RAPS do município, e em grupos de auto-ajuda (como o AA). Não foram encontradas indicações para atividades de continuidade de

estudos (formação escolar e profissional), de atividades físicas fora do CAPS-ad, de atividades culturais ou de lazer para o usuário, que poderiam ampliar sua inserção social.

Uma pesquisa sobre a percepção de usuários acerca do PTS em um CAPS sugere que o uso dessa ferramenta apresentou limitações importantes, pois os profissionais estariam destinando em excesso seus investimentos para o cotidiano do CAPS, e não realizando propostas de trabalho compartilhado com a rede setorial e intersetorial. Dessa forma, a noção de PTS aparece simplificada e diminuída em sua essência, com responsabilização excessiva dos profissionais pelos usuários e uma promoção de relação de dependência destes com o serviço¹⁸.

O CAPS-ad deve estar integrado no território, dialogando com a cidade, com o ambiente social, onde a vida acontece, para além dos limites da instituição. A tarefa fundamental deste serviço é favorecer a participação do usuário como protagonista, em atividades que o vinculem à comunidade, produzindo sociabilidade e saúde, questões que serão promovidas através da vinculação e participação do usuário no PTS.

Dentre as atividades externas citadas nas entrevistas com os usuários, a participação na Associação ACOLHER é especialmente valorizada:

A associação (ACOLHER) tá sendo muito bom pra mim que eu tô aprendendo a lidar com as pessoas, com a sociedade. (EU-12)

Pra mim é um aprendizado, eu vivia muito fora nas questões [...] agora eu tô aprendendo, é completamente diferente, mas depois que eu entrei pra esse grupo, pra Acolher. (EU-08)

Lá fora o que eu faço é isso mesmo, é fazer banco pros outros, pagar conta, fazer um favor pro açougue, os empresários lá da rua também me ajuda. (EU-02)

Ah, tem a APAE. Ajuda, nossa senhora! Porque os meninos, igualzinho eu falo com eles, eles me chamam de professor, (eu digo): 'eu não sou professor, eu que sou seus aluno!'. Que eles me ensina a viver sabe! (EU-12)

Nas falas dos usuários fica explícita a importância da sua inserção na sociedade mediada pela ACOLHER e pelo trabalho (formal ou informal) e voluntário, com ou sem trocas de favores (ganhos recíprocos). O papel da ACOLHER aponta a sua relevância no exercício da cidadania do usuário, tornando-o mais crítico e participativo em relação ao seu meio social e mais engajado no seu tratamento.

O trabalho voluntário também é citado por EU-12 e por outro usuário em situação de rua (EU-02). Experiências de geração de renda ou de trabalho voluntário (solidário) implicam na produção de autonomia e inclusão social dos usuários¹⁹. Assim, é importante articular diferentes dispositivos da rede de forma a oferecer diferentes alternativas para responder às reais necessidades dos usuários²⁰.

Outra questão pontuada nas entrevistas aos profissionais é se os usuários se apropriam das atividades planejadas no tratamento, tornando a sua participação mais ativa e protagonista nas decisões.

A gente tem que pegar a demanda da pessoa, [...] fracassa porque é um tratamento nosso, é uma expectativa nossa, não é do paciente. (EP-02)

Meu nível de exigência com ela é muito pequeno [...] A gente já tá num momento onde ela se responsabiliza pelo tratamento dela e do jeito que ela sabe! O meu grande receio talvez [...] é tentar sempre dar uma freada para que ela não fique no excesso. (EP-03)

Ele não participa das atividades que a gente propõe, de um mês pro outro a gente rediscute e cai na mesma coisa. Esse projeto, por mais que eu discuta, ele não muda muito. (EP-04)

Como dito anteriormente, há que ser considerado que muitas vezes as expectativas que valem para o tratamento são somente as dos profissionais, parecendo não haver uma apropriação e adesão dos usuários quanto ao que foi proposto em seu PTS. Segundo os profissionais, alguns fatores que dificultam a

participação do usuário no tratamento são resistência ou a não vinculação do usuário com as atividades propostas no PTS, ou mesmo quando o foco do tratamento é colocado *a priori* na família, no trabalho e na reabilitação física, desconsiderando o desejo do próprio usuário.

Muitas vezes falta uma atitude dialógica, em que os vários atores negociem as metas, as estratégias e as propostas de ações, reconhecendo os fatores de risco e os de proteção, em um processo de *corresponsabilização* entre as equipes, os familiares e o próprio usuário⁴.

Por outro lado, como fatores que colaboram para a condução do tratamento, os profissionais citaram a escuta individual frequente ao usuário, adequação do nível de exigência de acordo com cada usuário e a promoção de autonomia e responsabilização gradativa do usuário pelo próprio tratamento.

As diretrizes das ações de cuidado do Ministério da Saúde enfatizam que é importante analisar se as intenções do profissional estão em consonância com as demandas do usuário. Assim, define como prerrogativa conhecer os projetos e desejos do usuário, pois “os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, não devendo ser ignorados”^{3:51}.

O PTS deve ser uma ferramenta para o engajamento e a implicação do usuário em seu tratamento, levando em conta suas preferências e condições, com atuação também integrada da equipe, em que diferentes saberes da prática multiprofissional possam auxiliar na sua elaboração¹. Os usuários devem ser orientados em relação à estrutura do PTS sob a ótica da reabilitação psicossocial, para que possam ter participação na condução do seu tratamento. A dimensão do território deve estar aliada à dimensão subjetiva e clínica que opera sobre o sujeito

singular, num entrelaçamento entre clínica e política. Desta forma, reinserção social, resgate da autonomia e da cidadania, marcas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, podem ser alcançados pelo uso do PTS no cotidiano dos serviços.

Uma forma de potencializar a integração entre os serviços para discussão dos casos seria o *matriciamento*, com vinculação do tratamento dos usuários nos vários pontos de atenção das redes de saúde no território. Por meio da articulação dos componentes da RAPS, o cuidado pode ser qualificado, e o PTS pode ser um instrumento efetivo para a construção de novas possibilidades, envolvendo outros serviços, a família e a comunidade.

A lógica do planejamento normativo produz muitas vezes um PTS burocrático e pouco participativo. Vários fatores podem interferir diretamente no planejamento terapêutico, entre eles a aceitação e a implicação do usuário no tratamento, o comprometimento clínico, as comorbidades psiquiátricas, a rede familiar e social de apoio e a adesão ao tratamento ambulatorial²¹. Assim, devem-se privilegiar os momentos de compartilhamento da compreensão do “problema” e da pactuação de “objetivos” no coletivo, podendo a estratégia de apoio matricial servir de facilitadora desta operação de planejamento⁵.

O estreitar do repertório de ações causado pelo uso de drogas pode levar a uma retração também no campo social, convergindo para o processo de estigmatização e de isolamento do usuário. Torna-se necessário tecer uma rede de apoio, com presença de familiares e das redes social e assistencial, proporcionando aos usuários espaços de trocas, interlocução e integração. Desta forma, potencializa-se o PTS, passando o usuário a ser sujeito operante em suas ações,

dentro de um processo ético e efetivo de cuidado terapêutico, em uma terapêutica cidadã²¹.

Superar a lógica de submissão do usuário à ação dos trabalhadores, em prol do seu protagonismo no cuidado é uma operação complexa que depende da ética pela qual se rege o modelo de Atenção Psicossocial, pois, pode-se dizer que essa postura tem uma relação direta com os próprios efeitos terapêuticos almejados no tratamento, uma vez que a autonomia é propulsora do cuidado de si, da saúde e da inserção social⁷.

Considerações finais

Esta pesquisa analisa o entendimento e a participação efetiva do usuário na elaboração do PTS, assim como as atividades e vínculos que favorecem sua autonomia para o tratamento no CAPS-ad, de forma a promover o cuidado de si, a saúde, a inserção social e o resgate da cidadania.

O estudo favoreceu a escuta aos profissionais e, sobretudo, aos usuários, visando compreender o significado que eles atribuem ao tratamento e ao PTS. Na pesquisa, foi visto que os usuários em geral não entendem o significado do PTS, e que a maior parte deles delega ao TR o seu direcionamento.

Parte-se do pressuposto que o PTS deve ser constantemente revisado pelo TR juntamente com o usuário/ família e com participação da equipe do CAPS-ad. Assim, foi verificada a participação efetiva da equipe do CAPS-ad na formulação do PTS, sobretudo nas reuniões de serviço, mas essa participação não se estendeu a outros serviços da RAPS, e tampouco aos usuários/ familiares.

As condutas propostas no PTS eram excessivamente padronizadas, se restringindo às atividades realizadas dentro do CAPS-ad, e aos dias de PD. Com relação às atividades externas, poucos projetos de reinserção social foram apontados, além daqueles já vinculados à RAPS, apesar das parcerias com setores profissionalizantes e de geração de renda serem opções importantes para os usuários que estão à margem do mercado de trabalho. Além disso, cabe destacar o papel das associações de usuários, pois demonstram ser valiosas ferramentas para a emancipação dos usuários e para a superação de estigmas, por meio de uma participação ativa no planejamento de ações, na luta *antimanicomial* e no resgate da cidadania, promovendo a sua reinserção social.

Destaca-se ainda que os objetivos previstos no PTS eram amplos e vagos, as ações realizadas não eram claras e explícitas, e não haviam prazos de reavaliação como forma de avaliar a evolução gradual no tratamento. Quando realizadas, a periodicidade das reavaliações do PTS se mostrou muito longa.

Avalia-se que o formulário de PTS atualmente utilizado no CAPS-ad apresenta limitações importantes, devido ao conteúdo e à forma de utilização. Quanto ao conteúdo, tem-se como itens apenas os objetivos gerais do tratamento, sem o reconhecimento das singularidades, e também sem apresentar metas evolutivas e propostas de ações concernentes a estas metas. Dessa forma, considera-se que o instrumento PTS não se aplica como ferramenta propulsora de participação do usuário no tratamento, ficando subutilizado e perdendo a sua potência como instrumento orientador e de acompanhamento do tratamento do usuário. Quanto à forma de utilização, considera-se adequado nas avaliações de PTS, que haja negociação e *corresponsabilização* das atividades pactuadas pelo usuário e profissionais da equipe. Ao usuário deve ser assegurado um lugar de

maior protagonismo na elaboração e acompanhamento do seu tratamento, por meio de sua implicação na construção e monitoramento do seu PTS.

A partir dos achados da pesquisa, será apresentado um novo formulário de PTS, numa perspectiva de abordagem em que o usuário se torne agente ativo. Esta nova proposta contempla itens como: dados de identificação; fatores de risco e de proteção do usuário (em relação aos locais, às pessoas e às atividades vinculadas ao seu contexto); atividades externas ao CAPS-ad; aspectos familiares e considerações do familiar ou amigo de referência; os vínculos à comunidade e as redes assistenciais; quadros com metas, objetivos (de curto, médio e longo prazo) e responsabilidades compartilhadas; periodicidade de reavaliação.

Torna-se necessária a adequação do PTS como instrumento propulsor de autonomia e protagonismo do usuário de drogas, incentivando a sua participação efetiva no tratamento, assim como de seus familiares e amigos. O PTS deve considerar a realidade do usuário, de forma a produzir reflexão, diálogo e *corresponsabilização* com o tratamento.

A reabilitação psicossocial pressupõe a abertura de espaços de contratualidade, e a participação dos usuários no planejamento do seu tratamento, como forma de favorecer a singularidade e promover sua autonomia e inserção social. Parafraseando uma participante entrevistada, é importante que o usuário saiba que ele é “tanto o protagonista do problema, quanto do processo de tratamento”.

O estudo alerta para a necessidade de uma orientação do usuário em relação à estrutura e finalidade do PTS, e dos pressupostos da atenção psicossocial. Essa discussão pode fazer parte dos espaços de discussão no próprio serviço como

temas de oficinas e grupos terapêuticos, bem como nas assembleias dos usuários. Desta forma, o usuário poderá se sentir mais habilitado e autorizado a fazer escolhas, saindo da zona de marginalidade, exclusão, estigma e incapacidade, geralmente atribuída a eles.

Os resultados deste estudo podem contribuir substancialmente para a reflexão acerca do processo de trabalho de equipes de CAPS-ad, favorecendo a transformação de práticas assistenciais em saúde que respeite as necessidades e desejos do maior interessado no cuidado em saúde, o próprio usuário, qualificando assim o cuidado no CAPS-ad junto à rede territorial.

Este estudo tem por limitação a realização de estudo de um único caso. Sugere-se que outros estudos sejam realizados na modalidade de múltiplos casos para ampliar a projeção de dados, comparando com outras realidades. Um viés considerado no estudo é o fato do pesquisador compor também a equipe de profissionais do CAPS-ad, podendo gerar tendenciosidade.

Referências

1. Cadore C. Projeto Terapêutico Singular (PTS): as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPS ad) [dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria; 2012. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/ppgp/images/dissertacoes/2011-2012/carlise-cadore.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília(DF): MS; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
3. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): MS; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf

4. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57): 313-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>
5. Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada, 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.
6. Boccardo AC, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011; 22(1): 85-92. Disponível em: <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Materiais/PTS.pdf>
7. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica – contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. [livro online]. São Paulo: UNESP; 2013. [acesso em 19 nov 2017]. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-al%C3%A9m-da-Reforma-Psiqui%C3%A1trica-vers%C3%A3o-revisada.pdf>
8. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5(7): 01-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82Y>
9. Yin RK. Pesquisa Qualitativa: do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm
12. Schneider JF *et al*. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaucha Enferm*. 2009; 30(3): 397-405. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8409/6961>
13. Pinto DM *et al*. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3): 493-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lang=pt

14. Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidados [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. doi: 10.11606/D.5.2010.tde-21092010-093913. Acesso em: 2017-10-18.
15. Ministério da Saúde (BR). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): MS-Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MZWM5NWE1ZDYtOGQwZi00YzBjLTk5Y2ltOTVhMzljYWU5MjM3/view
16. Vasconcelos EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. Rev Vivência. 2007; (32): 173-206. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf
17. Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trabalho Educação e Saúde. 2011; 9(2): 265-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/06.pdf>
18. Marchesan RQ, Ferrer AL. A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. Rev Saúde (Santa Maria). 2016; 42(2): 137-148. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21662/pdf>
19. Silva LG. Projeto terapêutico singular: uma revisão integrativa da literatura. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015. doi: 10.11606/D.7.2016.tde-31082016-121126. Acesso em: 2017-10-19.
20. Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5): 1171-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a20.pdf>
21. Zago APB. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p.202-8

5- CAPÍTULO 2 (artigo 2)

MOTIVAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO: COMO SUPERAR O CARÁTER TUTELAR NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL DROGAS (CAPS-AD)?³

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar o grau de responsabilização e envolvimento do usuário em tratamento no CAPS-ad sob a ótica da política de redução de danos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com 12 usuários e quatro Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) de um município de Minas Gerais. Os dados foram coletados entre abril e setembro de 2017 por meio de entrevista semi-estruturada, observação participante e análise documental. A partir da análise de conteúdo, as informações foram organizadas em duas categorias temáticas: objetivos do tratamento e motivação para o tratamento. Os resultados da pesquisa sugerem que os usuários devam ser mais responsabilizados e *empoderados* em relação ao seu tratamento. Para isto, é necessário haver maior escuta profissional, favorecendo a construção de metas condizentes com os interesses dos usuários, além de factíveis, na forma de contratos.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental; Usuários de drogas. Redução do dano; Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The aim of this research was to analyze the responsibility and involvement degree of the user under treatment at CAPS-ad, under the harm reduction policy perspective. It is a qualitative,

³ Esta pesquisa foi construída junto ao Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas, promovido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ).

case-study research, carried out with 12 users and four professionals from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Users (CAPS-ad), located in a town of Minas Gerais. The data were collected between April and September of 2017 via semi-structured interviews, participant observation and documental analysis. From the content analysis, the information was organized into two thematic categories: treatment goals and motivation for treatment. The research results suggest that users should be held more accountable for their treatment. To achieve that, more attention from the professionals is needed, favoring the construction of objectives that are in keeping with the users interests, and feasible, in the form of contracts.

Keywords: *Mental health. Community Mental Health Services. Drug users. Harm reduction. Patient Care Planning.*

Title: *Motivation and accountability: how to overcome the tutelary character in the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drug Users (CAPS-ad)?*

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar el grado de responsabilización y participación del usuario en tratamiento en el CAPS-ad a partir de la perspectiva de la política de reducción de daños. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, del tipo estudio de caso, con 12 usuarios y cuatro profesionales del Centro de Atención Psicosocial alcohol y drogas (CAPS-ad) de un municipio de Minas Gerais. Se reunieron los datos entre abril y septiembre de 2017 por medio de entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis documental. A partir del análisis de contenido se organizaron las informaciones en dos categorías temáticas: los objetivos del tratamiento y la motivación para el tratamiento. Los resultados del estudio sugieren que hay que responsabilizar más a los usuarios en cuanto a su tratamiento, para lo que tiene que haber más escucha profesional, favoreciendo la

construcción de objetivos coherentes con los intereses de los usuarios, además de factibles, en la forma de contratos.

Palabras clave: *Salud mental. Servicios Comunitarios de Salud Mental. Usuarios de drogas.*

Reducción del daño. Planificación de atención al paciente.

Título: *Motivación y responsabilización: ¿cómo superar el carácter tutelar en los Centros de Atención Psicosocial Alcohol Drogas (CAPS-ad)?*

INTRODUÇÃO

A constatação de que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública no Brasil encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática é uma demanda mundial, considerando-se que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾.

As drogas sempre existiram em todas as sociedades, mas cada cultura incorporou uma forma de uso diferente, geralmente controlada, sem atingir as proporções epidêmicas deste século. A questão do uso de drogas é uma temática polêmica, com diferentes concepções, de acordo com ideologias, aspectos religiosos e/ou políticos⁽²⁾.

No Brasil, em relação ao atendimento aos usuários de drogas, a portaria 336/2002 define o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad), para pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas⁽³⁾. O CAPS-ad é o serviço de atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com proposta de assistência territorial e comunitária, orientado pelos princípios da Redução de Danos⁽⁴⁾.

A abordagem de redução de danos, definida nas políticas públicas de saúde, é importante porque contribui para que o usuário de drogas consiga atingir metas sucessivas em direção à moderação ou à abstinência. O principal aspecto dessa abordagem é a atitude inclusiva e sem preconceitos, que se reflete em mais flexibilidade para estabelecer metas a serem alcançadas com o tratamento, e também em maior capacidade de incluir usuários que rejeitem tanto o rótulo de alcoolistas como a abstinência total como única proposta de tratamento⁽⁵⁾.

Enquanto a abstinência está vinculada à cura e remissão dos sintomas, um programa de redução de danos objetiva a produção de saúde, considerada como a produção de regras autônomas de cuidado de si. Neste programa, a abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, mas trata-se de uma meta pactuada e não imposta por uma instituição. As regras deste programa se articulam com a própria experiência, e não se exercem de forma coercitiva, o que impacta diretamente na abertura de participação do usuário em seu tratamento⁽⁶⁾.

Pode-se afirmar que a política de redução de danos é uma importante diretriz para a atuação dos profissionais do CAPS-ad, apontando um novo olhar para o abuso de drogas e a dependência química, e respeitando as singularidades dos usuários e o seu livre-arbítrio. Nesta perspectiva, deve ser respeitado o desejo do indivíduo em se abster totalmente ou controlar o uso da droga, considerando a sua liberdade de escolha e favorecendo o seu acesso e participação efetiva nos serviços de saúde.

A abordagem de redução de danos auxilia na promoção de estratégias de autocuidado e de ações protagonistas dos usuários, passando estes a advogar em favor do seu direito à saúde⁽⁷⁾. A política de redução de danos se apresenta então, como um método de direcionamento do tratamento, em que tratar significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Pressupõe, portanto, um vínculo dos

usuários com os profissionais, em um processo de *corresponsabilização* pelos caminhos traçados para a vida de todos os envolvidos⁽¹⁾.

Este artigo apresenta os objetivos e as motivações de usuários e profissionais de um CAPS-ad em relação ao tratamento. Numa dimensão prática da assistência em saúde no CAPS-ad, este artigo pretende analisar o grau de responsabilização e envolvimento do usuário para atingir as metas do tratamento ofertado no CAPS-ad sob a perspectiva da política de redução de danos.

É necessário refletir sobre os pressupostos tradicionais que orientam as práticas no âmbito das políticas públicas no Brasil. Considerando a comunidade como o principal componente da rede de atenção, é questionada a razão desta comunidade não ser a protagonista na formulação dos programas e ações. Em relação aos usuários de drogas, é questionado também a não participação deles no planejamento e formulação das políticas, apresentados frequentemente como agentes passivos nesta relação⁽²⁾.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizada no CAPS-ad de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Tal serviço oferece permanência-dia (PD) e atendimentos ambulatoriais a usuários de álcool e outras drogas, e conta com uma equipe multiprofissional composta por clínico, psiquiatra, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem e monitores de oficinas terapêuticas. Funciona das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, com plantões em todo o período de funcionamento para acolhimento de novos casos.

Este serviço interage com a RAPS do município e outros parceiros, como Casas de Cultura, a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e a Fundação de Arte de Ouro Preto

(FAOP), além de fazer parcerias com a associação de usuários e familiares da RAPS e na promoção de oficinas de geração de renda.

A coleta de informações ocorreu entre abril e setembro de 2017, nas áreas de atendimento do CAPS-ad, sendo utilizadas diferentes técnicas na coleta de dados, como análise documental (AD), observação participante (OP), entrevistas semi-estruturadas com usuários (EU) e com profissionais (EP), no intuito de apreender informações sobre objetivos, motivações e vinculação do usuário em seu tratamento no CAPS-ad. Foram disponibilizados um tempo de aproximadamente 5 horas para AD, 2 horas para OP, 1 hora e meia para EP e 4 horas para EU. É importante pontuar que a pesquisadora quem coletou os dados é terapeuta ocupacional, membro da equipe assistencial deste serviço.

Nas entrevistas dos usuários foram abordados os objetivos e motivações para o tratamento, assim como seus principais vínculos. Nas entrevistas dos profissionais foram abordados os objetivos na condução do tratamento de um usuário de sua referência. Foram realizadas a observação de atendimentos de revisão de PTS, quanto aos objetivos do usuário no tratamento e a abordagem dos profissionais (interação). Na análise documental, foram verificados os objetivos, as motivações e as propostas de tratamento.

Os usuários do CAPS-ad foram selecionados por conveniência, e os critérios de inclusão adotados foram: ser usuário de álcool e/ou outras drogas, ter 18 anos ou mais de idade e estar em tratamento no CAPS-ad há pelo menos três meses, na modalidade de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Desta forma, os usuários entrevistados estavam em regime de Permanência-Dia (PD), frequentando o CAPS-ad durante uma parte do dia e participando das atividades propostas. Usuários com déficit cognitivo acentuado, comorbidade psiquiátrica grave ou intoxicados no momento da entrevista não foram incluídos. Foram realizadas entrevistas com os usuários até a identificação de repetição de

conteúdo nas falas dos entrevistados, segundo o critério de saturação dos dados. Neste critério, são realizadas entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações⁽⁸⁾.

Em relação aos profissionais, foram entrevistados todos que são referência na elaboração e condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários no serviço, com pelo menos um ano de experiência de trabalho no CAPS-ad. Cada participante do estudo (usuários e profissionais) foi entrevistado uma única vez. A observação participante foi realizada nos atendimentos de revisão de PTS, com a presença do técnico de referência (TR) do usuário, ou seja, aquele profissional responsável pelo PTS do respectivo usuário. A análise documental foi direcionada para prontuários e formulários de PTS, abrangendo todos os usuários entrevistados.

Ao todo foram realizadas cinco OP, 14 AD, 12 EU e quatro EP. Todos os usuários e profissionais envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados foram identificados pelas iniciais da técnica de pesquisa e pelo número correspondente, para facilitar as citações e preservar o anonimato dos participantes (Ex: EU-12, AD-09, EP-03, OP-02).

Todas as técnicas utilizaram roteiros específicos para orientação do trabalho de campo. Não houve alteração dos roteiros após a realização de teste piloto e as entrevistas tiveram duração entre 10 e 40 minutos. Por meio da utilização destas três técnicas de coleta (OP, AD e EU/EP), foi possível haver uma triangulação dos dados, permitindo analisar a responsabilização do usuário no tratamento, que será afirmada, com corroboração dos dados, ou negada, com o conflito dos dados. Tal recurso é fundamental para a validação de um estudo⁽⁹⁾.

Junto aos registros de AD e OP, as entrevistas gravadas foram transcritas, sendo posteriormente realizada a análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2015)⁽¹⁰⁾. Tal análise é composta por três etapas: a) pré-análise, com organização e classificação dos dados, utilizando leitura flutuante, elaboração de hipóteses e objetivos que fundamentam a interpretação; b) exploração do material, com releituras e codificação dos dados a partir das unidades de registro; c) tratamento dos resultados e interpretação, com categorização e classificação dos dados em categorias temáticas e subcategorias⁽¹⁰⁾. Ao final, os dados foram organizados em duas categorias temáticas: a) objetivos dos usuários no tratamento; e b) motivação dos usuários para o tratamento.

A coleta de informações teve início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob parecer n. 1.887.083/ 2017, e mediante a assinatura do TCLE pelos participantes antes de cada etapa do estudo, seguindo as orientações da resolução 466/2012⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Para analisar a responsabilização do usuário pelo tratamento no CAPS-ad, na perspectiva de redução de danos, objetivo central desta pesquisa, foram analisadas suas motivações, objetivos e vinculação ao tratamento. A partir da análise do conteúdo das entrevistas dos usuários e profissionais, das observações dos atendimentos e avaliação dos formulários de PTS e prontuários dos usuários, pode-se realizar a triangulação dos dados coletados, permitindo uma convergência de resultados de fontes diferentes, validando as informações⁽⁹⁾.

Foram entrevistados 12 usuários com idade entre 39 e 61 anos, quatro do sexo feminino, sete com ensino fundamental incompleto, dois com nível técnico, sendo todos eles usuários de álcool e quatro usuários também de crack. Os profissionais têm experiência no

CAPS-ad de Ouro Preto, entre três e oito anos, sendo que um deles apresenta experiência extensiva em saúde mental.

Objetivos dos usuários no tratamento

Uma das metas da pesquisa foi evidenciar os objetivos dos usuários no tratamento, sendo que a maioria enfocou a questão relacionada ao uso da substância, pontuando a abstinência como objetivo principal do tratamento. Todavia, na prática de acompanhamento desses usuários no CAPS-ad, observa-se que este objetivo muitas vezes não é alcançado.

O foco principal dos usuários entrevistados é a abstinência, mas alguns manifestaram a intenção de reduzir os danos associados ao consumo, com a expectativa de conseguir manter um uso controlado. Poucos usuários pontuaram outros objetivos como a melhora do seu bem-estar, sua saúde e autoestima.

Meu objetivo é parar de beber. (EU-02)

Parar com ele definitivamente, largar o vício mesmo. (EU-08)

É parar de beber, mesmo, e parar de usar droga. (EU-06)

Minha vontade mesmo é de largar o álcool [...] aqui não me dá vontade beber. (EU-09)

Continuar sóbria. (EU-04)

Parar de beber. O intuito é de parar, não totalmente, porque se você parar totalmente de uma vez é pior. O que tá me matando é cachaça, posso tomar uma cerveja, posso tomar um vinho que não me faz mal nenhum. (EU-11)

Cuidar mais da saúde. De vez em quando eu tomo uma cervejinha, mas é muito difícil, pra não ter recaída. Eu tenho medo é da recaída. (EU-05)

Buscar meu tratamento de reconciliar comigo mesmo, de ter minha própria aceitação. (EU-01)

Me libertar da dependência [...]isso vai me ajudar a ter uma vida melhor no geral, em termos pessoais, profissionais, de saúde. (EU-03)

Por outro lado, a análise documental revelou que os principais objetivos definidos em formulários de PTS são a ressocialização e a reinserção social do usuário. Constatou-se que esses objetivos registrados pelo profissional se repetiam como uma espécie de “indicação

padrão” para todos os usuários, um tanto quanto vaga, sugerindo pouco exercício de avaliação e análise das necessidades e da singularidade do indivíduo na elaboração do PTS. Além disso, nesses registros não havia elencadas ações específicas informando como esses objetivos seriam alcançados, ou seja, não informavam as estratégias concretas sobre os meios para alcançar tais objetivos.

Ressocialização em grupo e reinserção social. (AD-01) (AD-09)

Profissional sugere abstinência, mas o usuário nega fazer uso abusivo. É proposto participação no AA (alcoólicos anônimos). (AD-13)

Não quero sobriedade total, gosto de vida social (usuário). (OP-05)

[...] pra trabalhar a coordenação motora [...]. Ele teve muita dificuldade não de fazer, mas do desejo de estar ali fazendo, de interagir com aquela tarefa [...]. Ele vem pra ver as pessoas, pra bater papo [...]. Por mais que o PTS tenha sido feito pensando em habilidades que ele possa trabalhar mais, ele é muito resistente ao que não gosta. (EP-01)

Que ela seja dona das ações dela, mas no sentido de ter mais prudência com a vida, [...] ela sempre tá no excesso. (EP-03)

Pode-se observar no relato do profissional EP-01 que o objetivo do usuário não coincide com o objetivo proposto pelo profissional no PTS, evidenciada pela aderência superficial dele nas atividades propostas. O TR intenciona a preservação ou desenvolvimento da coordenação motora do usuário, prejudicada pelo alcoolismo, mas tal objetivo não corresponde aos anseios e prioridades do usuário. Observa-se aqui uma divergência de perspectivas e interesses do TR com a do usuário, que de maneira similar aparece também na fala do usuário EU-11, que tem como objetivo de tratamento a redução dos danos associados ao consumo abusivo de álcool, ao passo que o profissional TR sugere abstinência (AD-13). Tal sugestão do TR se baseia na avaliação dos riscos acentuados e dos prejuízos da condição clínica do usuário, demonstrando certo distanciamento entre objetivos do usuário e do profissional.

Embora reconheçamos que o profissional deva estar atento aos processos psicodinâmicos do alcoolismo, como a negação e minimização do uso abusivo de substâncias

e de seus prejuízos, ressalta-se que não fica explícita a utilização de estratégias de cuidado pautadas na redução de danos como um artifício do profissional em realizar a assistência, conciliando, o mais próximo possível, os seus interesses enquanto profissional de saúde com os interesses do usuário, como parte mais interessada do cuidado.

Motivação dos usuários para o tratamento

Quanto ao aspecto da motivação, considerada um fator importante no tratamento, os usuários foram questionados sobre a sua motivação para se tratar. Grande parte deles cita a busca pela a melhora do seu estado de saúde e do relacionamento na família (filhos e irmãos), como os fatores mais motivadores do tratamento.

Primeiro é a minha saúde. (EU-11)

Pra minha melhora [...] já vi a morte antes. (EU-05)

Primeiramente meus filhos, todos me cobram isso aí. (EU-07)

O principal é meus filhos. (EU-10)

O relacionamento com os meus irmãos. (EU-03)

Dentre os aspectos motivadores citados nas entrevistas, evidencia-se que a família ocupa um papel relevante na motivação para o tratamento dos usuários. Apesar desta relevância, neste estudo ela é pouco citada nos registros analisados (prontuários e formulários de PTS), apontando para a pouca visibilidade do seu envolvimento no tratamento do usuário. Os casos que apresentaram registros de uma maior presença do familiar do usuário no serviço foram nas situações de usuários com depressão grave, com acidentes ocasionados pelo uso abusivo e nas situações de demanda familiar de internação involuntária.

Outra questão reportada como fator motivador para os usuários foi a própria equipe do CAPS-ad, pois a forma de interação proporcionada pelos profissionais leva à construção de vínculos que repercutem positivamente na motivação deles.

O respeito que os funcionários daqui têm com nós [...] A educação que eles nos tratam muito bem [...] E dizer que aqui nós são bem cuidado [...] A gente aqui aprende a respeitar os outros lá fora, porque os funcionários daqui dá conselho de como comportar lá na rua, com as pessoas, respeitando uns aos outros e o direito de ir e vir de cada um. (EU-02)

Suas força de vontade de ver a gente bem, a equipe [...] de me ver sóbrio [...] me dá força pra estar aqui no dia-a-dia. (EU-01)

Observa-se que os usuários consideram a relação com os profissionais do CAPS-ad significativa em suas redes de relações sociais. Consideram que neste serviço eles se sentem motivados para o tratamento a partir da maneira como os profissionais interagem com eles (relação de respeito à dignidade do usuário) e recebem orientações importantes para suas condutas na vida em sociedade (aconselhamento de formas de convivência e cidadania).

Além da família e do respeito dos profissionais do CAPS-ad, alguns usuários apontam as perdas financeiras e a conquista de integração social como fatores motivadores do tratamento.

Primeiro foi as perdas né [...] vendi o último carro, eu troquei num videocassete [...] Não ter mais perdas e criar responsabilidade que eu não tinha nenhuma. (EU-08)

Tá mais integrado na sociedade. (EU-12)

Embora as perdas financeiras tenham sido pouco citadas pelos usuários nesta pesquisa, no cotidiano do serviço elas representam um fator motivador importante para o tratamento, devido ao comprometimento patrimonial e as dívidas adquiridas. Além disso, estar integrado na sociedade, também pouco citada pelo usuário, é uma meta fundamental que coincide com as propostas de reabilitação psicossocial, almejadas pelas políticas de saúde mental.

Na fala do usuário, conforme OP-05, fica evidenciado um compartilhamento de sua reflexão sobre uma situação de risco, que denota implicação do usuário no tratamento. Já em EP-04, pode ser verificado um caráter tutelar na abordagem ao usuário, e sua resposta à TR demonstra desvinculação ao tratamento e aos seus projetos de vida.

O dinheiro é meu risco mesmo [...] às vezes você não cai na primeira vez que receber, mas pode cair na segunda, ou na terceira [...] não pode ter arrogância [...] meu risco é nos 4 dias depois do pagamento. (OP-05)

Demanda sempre atenção, demanda inclusive em função da questão da administração do dinheiro dele aí, tá sempre me solicitando, me solicita muito, mas ele não adere às atividades propostas [...] se ele não tiver aqui, vai estar o dia inteiro na rua [...] fazendo uso. (EP-04)

É difícil pensar no projeto terapêutico pra ele porque ele é resistente [...] qualquer atividade, qualquer coisa que faça ele se mobilizar mais, pra qualquer mudança, [...]’ mas você tá caindo, você tá se machucando, pode morrer [...]’, e o usuário diz: ‘Se morrer morreu’. (EP-04)

O ato cuidador pode ter assim um caráter tutelar, não promovendo no usuário uma responsabilização com o tratamento. É necessário explorar as possibilidades terapêuticas destas intervenções, por meio de uma escuta diferenciada, que permita o estabelecimento de contratos baseados em objetivos comuns, acordados entre usuário e TR. Desta forma será favorecido o ganho efetivo de autonomia do usuário.

EP-03 apresenta um conceito ampliado de PTS, em que o plano de tratamento está emaranhado com a própria vida do usuário, em constante mutação, e diferenciado para cada local onde o usuário circula.

Não vejo mais a pessoa funcionando de um jeito só [...] mas que isso vai se multiplicando a partir que vai aumentando os horizontes dela, então acho que pra cada instante da vida, pra cada lugar, pra cada momento da vida, vai se ampliando as possibilidades de se tratar, por exemplo, se ela tem um vínculo na Igreja [...] ela tem um vínculo com a escola, que estuda, tem um vínculo com arte, com o posto de saúde, na verdade, cada lugar desse, cada território, vai possibilitar pra ela desterritorializar, fazendo planos diferentes de cuidado, cada lugar ela vai se cuidar de um jeito. É claro que no fundo tá sendo cuidado desse sujeito, mas desse sujeito que tem uma multiplicidade da vida. (EP-03)

Eu gosto de participar das viagens [...] pra mim é um aprendizado [...] Eu tenho cada ideia [...] eu pensava vou chegar no CAPS hoje e vou conversar sobre isso na reunião, e às vezes eu já cheguei a ouvir coisa que eu queria falar na reunião eu vejo repetindo no rádio, até na política. (EU-08)

O profissional EP-03 traz o conceito de território em movimento, com saídas do próprio território e a ocupação de outros. O usuário está inserido em territórios diversos: na família, na igreja, na escola, no posto de saúde, no CAPS-ad, dentre outros. O TR não tem o controle das atividades e ações realizadas pelos usuários, em seus contextos de vida. Mas quando o profissional se familiariza com as escolhas feitas por um usuário, inaugura um

espaço de cumplicidade que permite um acompanhamento terapêutico em seus diferentes territórios, que são os diferentes planos de cuidado. Compreender esta dinâmica é caminhar junto com o usuário, nos princípios da redução de danos, em um processo que envolve escuta, direcionamento, aceitação e adaptação.

O relato do usuário EU-08, integrante da associação Acolher, evidencia este conceito de território, com seus movimentos de saída e reocupação. As viagens frequentes e a participação em eventos, reuniões e conferências levam os usuários da Acolher a se apropriarem de temas ligados à política e às ações cidadãs, favorecendo no sujeito a multiplicidade de vida. Desta forma o usuário se implica e se responsabiliza com a vida e com o próprio tratamento.

DISCUSSÃO

Pode-se verificar no presente estudo que os objetivos dos usuários podem divergir dos objetivos dos profissionais no tratamento, como ao priorizar questões clínicas ou de reabilitação física, à revelia dos usuários. Considera-se que existe uma tradição que delimita os problemas a partir da expertise da equipe que se assume como detentora do saber “científico”. Tal situação provoca no usuário movimentos, ora de submissão, ora de resistência, dificultando o comprometimento com o processo terapêutico. Torna-se necessário que a equipe reconheça a capacidade de as pessoas interferirem na sua própria relação com a vida, exercitando uma abertura para o imprevisível e para o novo⁽¹²⁾. Assim, as estratégias de cuidado devem se basear nos princípios de redução de danos, conciliando interesses do usuário e do profissional e propondo ações específicas para atingir os objetivos.

Evidencia-se que a família ocupa um papel relevante na motivação para o tratamento dos usuários. Estudos demonstram que a família pode influenciar na produção do uso abusivo de drogas, sendo necessário cuidar do sistema familiar no tratamento do usuário⁽¹³⁾. Quando a

família tem distanciamento afetivo, pouco diálogo e fronteiras pouco definidas, o uso de substâncias é favorecido. Do contrário, quando a família é acolhedora, possui comunicação adequada e promove afeto e proteção, pode-se considerá-la como um fator de proteção ao uso de droga⁽¹⁴⁾. A família é fundamental na elaboração do PTS, e devem ser elegidas estratégias para que os familiares assumam esta responsabilidade. No presente estudo é evidenciado que a família apresenta pouco envolvimento no tratamento dos usuários no CAPS-ad, devendo haver incentivo a uma maior participação.

A pesquisa mostra que os vínculos dos usuários com os profissionais e com o serviço são fortes e afetivos, demonstrando um grande potencial de acolhimento da equipe. O cuidado e o empenho dos profissionais demonstraram ser fatores de motivação para a frequência dos usuários ao serviço, favorecendo a autoestima e as relações sociais. As redes sociais podem ser consideradas ponto fundamental no resgate da cidadania e na reabilitação psicossocial. Todo e qualquer local onde o indivíduo tenha vínculo com outras pessoas, seja no núcleo familiar, na igreja, no serviço de saúde que frequenta ou no bar, influencia na composição de sua rede de relacionamentos sociais⁽¹⁵⁾. O fortalecimento dessas redes de relacionamentos é fator fundamental na abordagem de redução de danos⁽¹⁾.

Algumas vezes, porém, o caráter tutelar foi presente na forma de acolhimento da equipe, necessitando haver incentivo à responsabilização do usuário para que a tutela seja produtora de autonomia. O projeto terapêutico pode ir ao encontro das demandas singulares do usuário, mas as ações dos profissionais acabam por tutelar o usuário ao serviço, ao decidir por ele ou lhe prescrever ações, colocando-o numa posição passiva perante a instituição. Estes são alguns dos impasses institucionais que merecem reflexão contínua, levando-se em conta os desejos e a autonomia do usuário⁽¹⁶⁾.

Todo o profissional da saúde é sempre um operador do cuidado, e como tal deveria ser capacitado para produzir acolhimento, responsabilização e vínculo. Ao ser identificado como o profissional responsável pelo PTS, vive um processo duplo ao ter o papel de operador do cuidado e gerente do processo de cuidar por meio da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico⁽¹⁷⁾.

Desta forma, lidar com as questões clínicas de maior risco tornam-se uma responsabilidade do TR, que poderá demandar abstinência para o usuário de maneira a promover a sua saúde. É como se houvesse incompatibilidade entre as ações propostas (acolhimento, responsabilização e vínculo), pois, ao produzir acolhimento, o profissional se responsabiliza excessivamente pelo usuário, ao invés de provocar a sua própria responsabilização. Assim, o vínculo formado entre profissional e usuário também pode se transformar em um caráter tutelar, promovendo dependência do TR e do serviço, ao invés de favorecer a autonomia do usuário.

A autonomia pode ser entendida como uma multiplicidade de redes de dependências. O ato cuidador pode ter forte dimensão tutelar, mas deve estar implicado com ganhos efetivos de autonomia do usuário. Essa tutela pode ser *autonomizadora* quando da dependência do outro, procura-se gerar libertação. O processo libertador deve caminhar junto com o estabelecimento de responsabilizações, em processos cooperativos, ao estilo das relações sociais que têm caráter ético e político, na forma de contratos⁽¹⁷⁾.

Algumas vezes há responsabilização excessiva dos profissionais pelos usuários e uma promoção de relação de dependência destes com o serviço. A condução de uma terapêutica efetiva em saúde mental demanda responsabilização e vínculo entre usuário e profissional, com fortalecimento de ações para fora do serviço, articuladas com outros pontos da rede setorial e intersetorial⁽¹⁸⁾.

O território designa não apenas uma área geográfica, mas também pessoas, instituições, redes e cenários nos quais se dão a vida comunitária. O cuidado em saúde mental no território significa então resgatar todos os saberes e potencialidades da comunidade, construindo as soluções de forma coletiva, através da multiplicidade de trocas entre as pessoas⁽¹⁹⁾.

Nessa concepção, os territórios comportam dentro de si vetores de *desterritorialização* e de *reterritorialização*. O primeiro aponta que não existe um território sem um vetor de saída desse próprio território, e o segundo destaca que, quando há esta saída do território, existe ao mesmo tempo um esforço para se *reterritorializar* em outra parte⁽²⁰⁾. Assim, a *desterritorialização* acontece a todo o momento, e em um mundo globalizado, ela se torna mais intensa, com a conexão de pessoas de diferentes países, línguas e etnias, com a possibilidade de se vivenciar culturas diversas, ficando os limites territoriais cada vez mais tênues. Assim, a *desterritorialização* dos usuários pode ocorrer em relação aos espaços de uso de drogas, impulsionando-o a circular em outros territórios, que não só aos relacionados ao consumo de drogas.

Portanto, o trabalho no território deve ser expandido em movimentos de *reterritorialização*, favorecendo que o usuário ocupe novos espaços, em um movimento contínuo de transformação. A presença dos usuários da Associação Acolher, no território e fora dele, em eventos diversos, favorece movimentos propulsores de ressignificações e de novas escolhas, e também a participação na formulação das políticas relacionadas ao tratamento em saúde mental, incentivando o protagonismo e o resgate da cidadania dos usuários.

CONCLUSÕES

Este estudo analisou a responsabilização do usuário de drogas no tratamento realizado no CAPS-ad à luz da política de redução de danos. Ele se fundamenta nos objetivos e motivações de usuários e profissionais que favorecem o compromisso do usuário com o próprio tratamento no CAPS-ad, dentro de uma lógica de redução de danos, de inserção social e de resgate da cidadania.

Uma importante contribuição deste estudo é dar voz aos profissionais, e especialmente aos usuários, promovendo uma aproximação e uma escuta mais atenta, e permitindo o entendimento das questões subjetivas nos diferentes contextos. Desta forma é favorecido que os usuários saiam de uma posição de espectadores para atuarem como protagonistas no seu tratamento.

Nesta pesquisa são observadas algumas divergências entre objetivos do usuário e do TR, com enfoque excessivo às questões clínicas por parte dos profissionais, sendo que os usuários apresentam outros interesses. Torna-se importante haver consonância de objetivos, com atitude dialógica para esclarecimento das questões pertinentes.

Os usuários consideram como fatores motivacionais para o tratamento a relação com familiares, a saúde e o cuidado oferecido pelos profissionais do serviço. No entanto, a família é pouco integrada ao tratamento no CAPS-ad, necessitando haver intervenções específicas para esta adesão. Já a atenção dada aos usuários pelos profissionais nas práticas diárias mostrou-se afetiva, demonstrando um grande potencial de acolhimento.

Muitos usuários, entretanto, se apoiam nos profissionais do CAPS-ad, sem apresentar autonomia para resolução de seus problemas. Deve-se incentivar que o usuário se responsabilize por suas atitudes, levando-o à reflexão sobre as consequências de suas escolhas. A motivação é ferramenta fundamental neste processo, pois favorece as escolhas do usuário, e o implica nas ações para concretizá-las. Torna-se importante o estabelecimento de

contratos, em que certas condições são estabelecidas como contrapartida de suas ações, como em um sistema de recompensas. Tais contratos podem se embasar no envolvimento do usuário com necessidades mais concretas, reforçando comportamentos positivos e evitando respostas imediatistas para suas demandas internas.

Os resultados da pesquisa sugerem que o acolhimento e a responsabilização do usuário pelo próprio tratamento devem caminhar de forma sincrônica, favorecendo a autonomia e o autocuidado do usuário, de forma a evitar que os vínculos entre os profissionais e os usuários tenham um caráter tutelar. Os usuários devem ser mais responsabilizados em relação ao seu tratamento, e para isso é necessário haver uma escuta qualificada e planos de ações condizentes com seus interesses na forma de contratos. O usuário precisa ampliar a ocupação de espaços no território, favorecendo o protagonismo, a reinserção social e o resgate de cidadania, em um processo desafiador e que vai ao encontro das premissas da reabilitação psicossocial. Com isso, pretende-se superar o caráter tutelar das instituições no cuidado ao usuário de drogas.

Este estudo tem como limitação a realização de um estudo de caso único e pela realização da coleta ter sido feita por um profissional da equipe assistencial do CAPS-ad estudado (possível viés de tendenciosidade). Sugere-se novos estudos na modalidade de estudos de caso múltiplos para ampliar a análise, comparando outras realidades. Contudo, este estudo pode contribuir para uma reflexão acerca dos processos de trabalho nos CAPS-ad, favorecendo a escuta ao usuário e o seu protagonismo, incentivando a autonomia e a responsabilização no tratamento, qualificando o cuidado em uma rede territorial ampliada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília(DF): MS; 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

2. Ronzani TM, Costa PHA, Mota DCB et al. Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: Políticas e Práticas. São Paulo: Cortez; 2015.
3. Ministério da saúde (BR). Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília(DF): MS; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Niel M, Silveira DX. (2008). Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. 2008. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
6. Passos EH, Souza, TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. Psicologia & Sociedade. 2011; 23(1):154-62. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/30-REDU%C3%87%C3%83O_DE_DANOS_E_SA%C3%9ADE_P%C3%9ABLICA.pdf
7. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Cienc Saude Colet. 2008; 13(1):130-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>
8. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesquisa Qualitativa. 2017; 5(7): 01-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
9. Yin RK. Pesquisa Qualitativa: do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília(DF): MS; 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada, 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.
13. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3): 649-659. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300002&lng=en&nrm=iso.
14. Paz MF, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. Estudos de Psicologia [Internet]. 2013;18(4):551-558. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26130639002>
15. Silva LG. Projeto terapêutico singular: uma revisão integrativa da literatura. [dissertação]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015. doi:10.11606/D.7.2016.tde-31082016-121126. Acesso em: 2017-10-19.
16. Cadore C, Palma CMS, Dassoler VA. Sobre o Projeto Terapêutico Singular: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? In: III Jornada Interdisciplinar em Saúde; Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão; 2010 jun 8-11; Santa Maria (RS): UNIFRA; 2010. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/103.pdf>
17. Merhy EE. O cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In.: Merhy EE, Amaral H. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo:Aderaldo & Rothschild; 2007. p.25-37.

18. Marchesan RQ, Ferrer AL. A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. Rev Saude (Santa Maria). 2016; 42(2):137-148. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/21662/pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 1028, de 1º de julho de 2005. Brasília(DF): MS; 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html
20. Enes ENS, Bicalho MGP. Desterritorialização/reterritorialização: processos vivenciados por professoras de uma escola de Educação Especial no contexto da educação inclusiva. Educação revista. 2014; 30(1): 189-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000100008&lng=en&nrm=iso

6- NOVA PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE PTS

O formulário de PTS que é utilizado no CAPS-ad de Ouro Preto está apresentado no ANEXO 1. Uma proposta que emergiu da pesquisa, enquanto um produto do mestrado profissional, foi a elaboração de um novo formulário de PTS (APÊNDICE E), que tenha uma abrangência transversal nos diversos aspectos da vida do usuário, e que o incentive no protagonismo do seu tratamento. Essa proposta está em consonância com as leituras dos autores estudados nesta pesquisa, que defendem a Reforma Psiquiátrica Brasileira seguindo os pressupostos do SUS, e pela prática clínica dos pesquisadores envolvidos nesta proposta, uma vez que tem por objetivo qualificar o cuidado em saúde mental aos usuários de drogas e seus familiares.

Neste novo PTS, o usuário é estimulado a discutir e definir atividades e questões que consideram mais importantes para o seu tratamento. Orienta-se que o TR esteja presente na sessão de elaboração ou revisão do PTS como um mediador do processo, favorecendo a tomada de consciência do usuário em relação as suas necessidades, desejos e prioridades, assim como sugerindo e estimulando a adoção de ações e estratégias para atendê-los. Além disso, recomenda-se que um familiar ou amigo de referência do usuário deva participar na avaliação e na elaboração do PTS. Caso não seja possível a presença desse familiar/amigo no momento da avaliação, é importante que em outro momento ele tenha conhecimento das propostas discutidas e faça as suas considerações, se envolvendo no processo.

Os elementos levantados neste novo formulário de PTS abrangem dados demográficos, como escolaridade, profissão, inclusive constando elementos do território e do tratamento na atenção básica. Aspectos como moradia, família, histórico de uso, tratamentos anteriores, diagnóstico clínico e psiquiátrico, fatores de risco e de proteção e espiritualidade também estão inseridos. Os objetivos e metas pactuados estão divididos em curto, médio e longo prazos, com delimitação de tempos diferenciados. São incluídas atividades internas e externas ao CAPS-ad. Há também um quadro dos principais aspectos a serem trabalhados, com definição de objetivos, responsáveis e prazo estimado. Além disso, há outro quadro reservado para as considerações do familiar ou amigo de referência do usuário.

Há um espaço neste formulário para a revisão do PTS, com avaliação das ações desenvolvidas, proposição de novas metas e auto-avaliação pelo usuário de sua evolução e suas motivações. O PTS deverá ser assinado pelo usuário, pelo TR e também pelo familiar/amigo de referência do usuário, para que haja consonância de propostas e de ações.

O usuário deve ser incentivado a participar do tratamento, e para isso deve conhecer o instrumento de planejamento terapêutico, que é o PTS. Uma importante contribuição do estudo foi alertar para a importância de uma capacitação do usuário em relação aos objetivos do PTS e aos fundamentos da reabilitação psicossocial, de forma a promover sua autonomia e autoria na elaboração do plano de tratamento. Tais espaços de discussão devem acontecer nos grupos terapêuticos e assembleias de usuários, abordando temas da política de saúde mental e da estrutura do PTS, e favorecendo que o usuário seja o protagonista destes planos de ações, em um processo de reflexão/ação contínuos. Desta forma, o usuário será estimulado a sair de uma postura de passividade, percebendo-se mais habilitado e autorizado a fazer escolhas e a se inserir socialmente.

O usuário deve ser incentivado à responsabilização com o próprio tratamento, e ao compromisso com suas metas e objetivos, a partir de uma escuta diferenciada que reflita no PTS metas condizentes com os seus interesses, na forma de contratos. A motivação é uma estratégia primordial para que o usuário implique nas suas ações. No acolhimento oferecido pelos profissionais pode haver tutela, mas uma tutela que promova autonomia para o usuário, favorecendo a ocupação de outros espaços pelo usuário, em movimentos de *reterritorialização*. Assim, deve-se evitar a promoção de dependência ao serviço e aos profissionais, mas promover e priorizar investimentos em outros espaços de interação na rede social e intersetorial em prol do usuário.

Tal movimento é importante, pois os profissionais do serviço atendem a uma demanda interna crescente, com casos de gravidade clínica e/ou psíquica que geram a necessidade de ampliação da oferta de atendimentos dentro do serviço, como consultas individuais e em grupos (oficinas e grupos terapêuticos). Por outro lado, é importante a vinculação do usuário a outros pontos da rede, em atividades externas ao CAPS-ad, a partir da avaliação criteriosa da equipe e da construção do PTS do usuário, alinhando os interesses no usuário e necessidades dos usuários ao cuidado em saúde do profissional do CAPS-ad.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou conhecer a participação dos usuários do CAPS-ad no plano de tratamento, e delinear objetivos e motivações como fatores importantes no processo de responsabilização do usuário com o seu tratamento. Considera a responsabilização do usuário uma prerrogativa para que o acolhimento no serviço supere o caráter tutelar, e indica caminhos para esta superação. A abordagem de estudo de caso propiciou uma triangulação dos dados coletados, com convergência de resultados de fontes diferentes. Com vários atores em cena, a pesquisa adquire caráter transversal, e sua validade é aumentada. Dar voz aos usuários descortinou outras perspectivas, promovendo uma aproximação e uma escuta mais atenta aos usuários, permitindo visualizar estratégias e propostas de tratamento mais coerentes e inseridas no contexto real e cotidiano do usuário.

O estudo demonstra que os usuários desconhecem os pressupostos teóricos de seu tratamento, não entendendo o conceito de PTS. Na maior parte das entrevistas, ficou explícito que os usuários autorizam o TR a tomar as decisões em relação ao seu tratamento, não demonstrando participação na elaboração do PTS.

Os usuários percebem a equipe do CAPS-ad como acolhedora, e alguns a consideram como fator motivacional para o tratamento. Os PTS são discutidos nas reuniões de equipe, com participação multiprofissional, mas essas discussões não se estendem aos familiares e a outros serviços da RAPS.

Um resultado importante da pesquisa foi uma divergência observada entre os objetivos dos TR e dos usuários na elaboração do PTS. Tal questão deve ser trabalhada de forma a haver mais escuta e mais participação do usuário no plano de tratamento. Destaca-se também que não foram traçadas metas de evolução gradual, intermediárias entre a abstinência e a redução do uso, que podem favorecer a apropriação do tratamento e de resultados mais efetivos (concretos) e satisfatórios.

As reavaliações de PTS ocorreram com periodicidade muito longa, fazendo com que o instrumento não seja representativo da evolução no tratamento. As atividades programadas em PTS ficaram muito restritas dentro do CAPS-ad, havendo demanda de ampliação para o território, sobretudo em consonância com a singularidade do usuário. Torna-se necessário, portanto, tecer uma rede de apoio social, assistencial e intersetorial para a construção do PTS, favorecendo a *reterritorialização* em uma terapêutica cidadã.

Os profissionais do CAPS-ad lidam com graves questões clínicas dos usuários, especialmente dos alcoolistas. No momento da crise, é justificada uma tomada de decisão para preservação da vida. Entretanto, em muitas situações cotidianas, fora do quadro de gravidade, o TR continua cumprindo o papel de se responsabilizar excessivamente pelas questões dos usuários, tomando então decisões que caberiam ao próprio usuário, dentro de uma postura emancipadora e promotora de autonomia.

As associações de usuários se mostram como uma alternativa importante de saída do território ligado à doença e à exclusão social, pois os usuários que participam da Associação ACOLHER estão sempre em movimento, participando de reuniões, fóruns, cursos, seminários, palestras e manifestações, viajando com frequência à capital e a outros estados. Esses usuários estão assimilando e se identificando com os ideários do movimento político da Reforma Psiquiátrica e da luta *antimanicomial*, em um processo desafiador que vai ao encontro das premissas da reabilitação psicossocial. Desta forma, a participação dos usuários se expande para uma participação ativa na formulação das políticas e para uma representatividade nas questões ligadas ao tratamento em saúde mental, favorecendo o seu protagonismo e o resgate de sua cidadania.

Torna-se importante, portanto, a autonomia e a singularidade dos usuários para que a reabilitação psicossocial ocorra de forma efetiva, e que seja superado o modelo asilar de tratamento em saúde mental. A estratégia de redução de danos, proposta pelo ministério da saúde, tem como prerrogativa principal o respeito ao protagonismo dos usuários, e deve ser problematizado nos serviços territoriais por meio do estudo e discussão dos profissionais, em um percurso que pode ter o seu tempo alargado ou reduzido, de acordo com a abertura e com as possibilidades de capacitação de usuários e profissionais. Assim, devem ser criados e incentivados os espaços de debate e exercício destas novas concepções, mais comprometidas com a dignidade e a cidadania do usuário, e mais próximas da realidade de vida da população.

O usuário de drogas muitas vezes se acomoda porque há uma tendência familiar e cultural a não responsabilizá-lo por suas funções, desde tarefas domésticas simples até o provimento financeiro da casa. Esta questão se relaciona a crises e recaídas frequentes, que podem levar o usuário a um papel de doente e incapaz. Esta *desresponsabilização* do usuário no contexto social e familiar é um tema que demanda investigação, abrindo campo para novos estudos.

Uma importante contribuição deste estudo é dar voz aos profissionais, e, sobretudo aos usuários, promovendo uma aproximação e uma escuta mais atenta, permitindo o entendimento de questões subjetivas nos diferentes contextos. Este estudo pode contribuir para uma reflexão em relação aos processos de trabalho nos CAPS-ad, favorecendo o uso do instrumento PTS de forma mais abrangente e dinâmica, de forma a incentivar a autonomia, o protagonismo e a responsabilização do usuário no tratamento, respeitando a sua singularidade. A autoria do usuário na construção do PTS incentiva a sua inserção no território, e o cuidado na rede territorial torna-se qualificado. Desta maneira é favorecido que os usuários saiam de uma posição de espectadores para atuarem como protagonistas no seu tratamento.

Realizar o mestrado profissional permitiu que eu me aprofundasse em questões que há muito me afligiam, relacionadas à tênue participação dos usuários na elaboração do PTS, à postura tutelar de alguns profissionais e às inadequações do formulário de PTS utilizado no CAPS-ad. A pesquisa me propiciou instrumentos de argumentação mais concretos, por meio das falas de usuários e profissionais, e da análise documental criteriosa. Observo que, a partir de uma maior bagagem teórica e científica, tenho tido um melhor posicionamento nas discussões e argumentações nas reuniões de equipe, favorecendo a problematização adequada dos casos e a ponderação de melhores projetos terapêuticos para os usuários do serviço.

Elaborar a nova proposta de formulário de PTS, como subproduto do mestrado, permitiu a inclusão de alguns itens que a pesquisa demonstrou ser necessários, favorecendo que o contexto de vida do usuário seja representado de forma fidedigna, e que sua participação seja evidenciada. O desenvolvimento de metas anteriores à abstinência, os fatores de risco e proteção, as considerações dos familiares, e a autoavaliação do usuário, em um processo de reflexão conjunta, são questões incorporadas nesta nova proposta e que explicitam este desenvolvimento, dando ao instrumento uma maior robustez técnico-científica e um caráter mais participativo na operacionalização. Este novo formato recebeu contribuições em reuniões de equipe e assembleias de usuários, e deverá ser reavaliado nestes espaços de discussão, para posterior aplicação na clínica. A expectativa é que este instrumento favoreça, de fato, o protagonismo do usuário na condução do seu tratamento e na sua vida.

Quanto ao aspecto pessoal, enquanto terapeuta ocupacional, percebo também uma maior familiaridade com a busca de informações científicas em relação a vários assuntos do cotidiano. Além disso, foi significativo realizar este aperfeiçoamento gradativo na elaboração da redação e na síntese das ideias despertadas neste percurso. E por fim, essa experiência

permitiu ampliar meus horizontes reflexivos e as minhas relações pessoais, com os colegas e professores do mestrado, e com o orientador, de forma muito enriquecedora, e, especialmente, pelo caráter humano e solidário delas.

Pode haver limitação no estudo devido a alguns usuários ficarem constrangidos em dar uma resposta honesta, por estarem em tratamento dentro da instituição. Como exemplo, na indagação sobre os objetivos do usuário no tratamento, o participante pode responder que seu objetivo é parar de beber porque é uma resposta socialmente aceitável e esperada. Um viés do estudo pode ser o duplo papel do pesquisador, que está também integrado como profissional da equipe do CAPS-ad. Tal viés pode trazer questões pessoais para o estudo e dificultar a isenção de uma proposta científica, por envolver sentimentos e relações dentro do serviço. Uma crítica a nível profissional pode às vezes ser mal interpretada, pelo fato de a equipe já ter sua forma de funcionamento e de entendimento das questões do trabalho, com um conhecimento já cristalizado a nível institucional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist Cienc Saúde*, v.1, n.1, p.61-77, jul-out 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>

BARROS, Juliana de Oliveira. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidados. 2010. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.5.2010.tde-21092010-093913. Acesso em: 2017-10-18.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Materiais/PTS.pdf>

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

_____. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

_____. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; Brasília, 2011. Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MZWM5NWE1ZDYtOGQwZi00YzBjLTk5Y2ItOTVhMzljYWU5MjM3/view

____ a. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

____ b. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada, 2 ed., São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CADORE, C.; PALMA, C.M.S.; DASSOLER, V.A. Sobre o Projeto Terapêutico Singular: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? In: III Jornada Interdisciplinar em Saúde, Santa Maria, 8 a 11 jun, 2010. Disponível em:

<http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/103.pdf>

CADORE, C. Projeto Terapêutico Singular (PTS): as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPS ad). 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck. Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Santa Maria, 2012. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/ppgp/images/dissertacoes/2011-2012/carlise-cadore.pdf>

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica – contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-al%C3%A9m-da-Reforma-Psiqui%C3%A1trica-vers%C3%A3o-revisada.pdf>

DAMAS, F.B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Rev Saúde Pública, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

Disponível em:

<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>

ENES, Eliene Nery Santana; BICALHO, Maria Gabriela Parenti.

Desterritorialização/reterritorialização: processos vivenciados por professoras de uma escola de Educação Especial no contexto da educação inclusiva. Educ rev, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 189-214, Mar. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000100008&lng=en&nrm=iso

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.7, p. 3051-60, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>

MARCHESAN, R.Q.; FERRER, A.L. A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. Santa Maria, v. 42, n.2, jul./dez. 2016.

Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21662/pdf>

- MERHY, E.E. O cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In.: MERHY, E.E.; AMARAL, H (Org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p.25-37.
- MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.265-76, jul-out 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/06.pdf>
- MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
- MORAES, M. O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005moraes-mm.pdf>
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Rev Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 130-2, jan/feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>
- MORORÓ, M.E.M.L.; COLVERO, L.A.; MACHADO, A.L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. Rev Esc Enferm, São Paulo, v.45, n.5, p.1171-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a20.pdf>
- NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 612-613, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300023&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023>.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D.X. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
- OLIVEIRA, G.N. O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Área de concentração Saúde Coletiva - Planejamento, Gestão e Subjetividade, Campinas, 2007. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf
- PASSOS, E.H., SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. Psicologia & Sociedade, v.23, n.1, p.154-62, 2011. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/30-REDU%C3%87%C3%83O_DE_DANOS_E_SA%C3%9ADE_P%C3%9ABLICA.pdf
- PAULA, B.L. A política de redução de danos como estratégia de trabalho em enfermagem: a reabilitação psicossocial de usuários de drogas. 2014. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de

Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167212/B%C3%81RBARA%20LIMA%20DE%20PAULA%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1>

PAZ, M.F.; COLOSSI, P.M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia* [Internet]. v.18, n.4, p.551-8, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26130639002>

PINTO, D.M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.20, n.3, jul/sep. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lang=pt

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol cienc prof*, Brasília, v.21, n.4, dec. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400002&script=sci_arttext

RONZANI, T.M., COSTA, P.H.A, MOTA, D.C.B, LAPORT, T.J. *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: Políticas e Práticas*. São Paulo: Cortez, 2015.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300002&lng=en&nrm=iso

SCHNEIDER, J.F. *et al.* Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v.30, n.3, p.397-405, set 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8409/6961>

SILVA, Livia Gouveia. Projeto terapêutico singular: uma revisão integrativa da literatura. 2015. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.7.2016.tde-31082016-121126. Acesso em: 2017-10-19.

VASCONCELOS, E.M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Rev. Vivência*, n.32, p.173-206, 2007. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf

VASCONCELOS, M.G.F. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Rev Interface*, Botucatu, v.20, n.57, apr/jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lang=pt

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>

YIN, R.K. *Pesquisa Qualitativa: do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAGO, A.P.B. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: MERHY, E. E., AMARAL, H. (orgs). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p.202-8

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuário)

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: "A participação dos usuários no plano de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo de caso". Esta pesquisa será realizada pelo Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e assistência a usuários de álcool e outras drogas, fruto da parceria institucional entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. A sua participação se justifica pela importância de conhecer, do seu ponto de vista, as dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia. Caso aceite participar da pesquisa, será realizada uma entrevista para a coleta de informações em sala privativa do CAPS-ad ou outro espaço mais conveniente, com duração aproximada de 30 a 60 minutos, sendo utilizado um gravador de voz. As entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas de forma qualitativa pelo pesquisador, ficando o material sob a responsabilidade dele. Também serão analisados prontuários e formulários do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do participante da pesquisa. Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, mas pode haver algum desconforto, pois as questões envolvem aspectos íntimos sobre sua vida e o tratamento vivenciado. Neste caso, o pesquisador se compromete em falar com a equipe do CAPS-ad para realizar atendimento específico. Esta pesquisa não trará benefício direto ao participante, porém, o participante poderá contribuir para uma maior compreensão das necessidades dos usuários de drogas acerca do programa de tratamento, beneficiando futuros pacientes. A participação na pesquisa é totalmente voluntária, devendo o participante decidir se irá participar ou não do estudo, sem que haja prejuízo no seu tratamento realizado no CAPS-ad; sendo assim poderá se retirar da pesquisa em qualquer etapa de realização da mesma. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem identificação dos indivíduos que participaram do estudo, ou seja, seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

A qualquer momento durante a participação da pesquisa, assim como em momento posterior à participação, o participante poderá entrar em contato com qualquer um dos pesquisadores Márcio Wagner Camatta (Pesquisador responsável) e Jacqueline Macedo dos Santos (Pesquisadora) para quaisquer esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Ambos pesquisadores poderão ser contatados através dos telefones (51) 3359-6477 e (31)3552-6317 ou presencialmente no CAPS-ad de Ouro Preto, localizado à rua Nossa Senhora do Parto, nº 50, bairro Padre Faria. Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no 2º andar, sala 2227, pelo telefone (51)3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas acerca das implicações éticas em pesquisa com seres humanos.

Ao assinar o termo de consentimento livre e esclarecido que é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelos pesquisadores, o participante declara que autoriza a sua participação na pesquisa e que seus dados coletados serão utilizados como parte de um relatório de pesquisa científica. O participante também declara que foi informado de forma clara e detalhada sobre objetivos e procedimentos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como foi esclarecido o fato de que a sua participação será sigilosa e não acarretará em nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador que conduziu o procedimento

Assinatura

Ouro Preto, ____ de _____ de 2017

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional)

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: "A participação dos usuários no plano de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo de caso", que tem como objetivo conhecer a opinião dos usuários sobre o programa de tratamento para dependência química no CAPS-ad de Ouro Preto, e as implicações deste tratamento na sua vida. Esta pesquisa será realizada pelo Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e assistência a usuários de álcool e outras drogas, fruto da parceria institucional entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Para a coleta de informações será realizada uma entrevista com os profissionais em sala privativa do CAPS-ad ou outro espaço mais conveniente, com duração aproximada de 30 a 60 minutos e sendo utilizado um gravador de voz. As entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas de forma qualitativa pelo pesquisador, ficando o material sob a responsabilidade dele. Serão feitas perguntas relativas à elaboração e condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em relação aos usuários do CAPS-ad de Ouro Preto, local de seu trabalho. Serão também analisados os prontuários e formulários de PTS dos pacientes do CAPS-ad. Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, mas pode haver algum desconforto. Neste caso, as demandas poderão ser encaminhadas para a coordenação do serviço.

Esta pesquisa não trará benefício direto ao participante, porém o participante poderá contribuir para uma maior compreensão das necessidades dos usuários de drogas acerca do programa de tratamento. O participante poderá decidir participar ou não do estudo; sendo assim poderá se retirar da pesquisa em qualquer etapa de realização da mesma. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

A qualquer momento durante a participação da pesquisa, assim como em momento posterior à participação, o participante poderá entrar em contato com qualquer um dos pesquisadores Márcio Wagner Camatta (Pesquisador responsável) e Jacqueline Macedo dos Santos (Pesquisadora) para quaisquer esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Ambos pesquisadores poderão ser contatados através dos telefones (51) 3359-6477 e (31)3552-6317 ou presencialmente no CAPS-ad de Ouro Preto, localizado à rua Nossa Senhora do Parto, nº 50, bairro Padre Faria. Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no 2º andar, sala 2227, pelo telefone (51)3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas acerca das implicações éticas em pesquisa com seres humanos.

Ao assinar o termo de consentimento livre e esclarecido que é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelos pesquisadores o participante declara que autoriza a sua participação na pesquisa e que seus dados coletados serão utilizados como parte de um relatório de pesquisa científica. O participante também declara que foi informado de forma clara e detalhada sobre objetivos e procedimentos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como foi esclarecido o fato de que a sua participação será sigilosa e não acarretará em nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador que conduziu o procedimento

Assinatura

Ouro Preto, ____ de _____ de 2017

APÊNDICE A – Roteiro de Observação Participante

Este roteiro destina-se à observação de sessões de revisão de Projeto Terapêutico Singular (PTS) no CAPS-ad.

Número do evento: _____

Tipo de evento: _____

Data: __/__/____

Coordenador (se houver): _____

Na participação do usuário no CAPS-ad:

1. Há falas que indiquem apropriação da atividade/tratamento?
2. A participação se dá de forma livre e espontânea?
3. Há envolvimento no projeto demonstrado pela participação e cumprimento da tarefa/ objetivo estabelecido?
4. Suas opiniões, sentimentos e comportamentos são respeitados?
5. As manifestações dos usuários são acolhidas pelo profissional e são trabalhadas de maneira terapêutica?

APÊNDICE B – Roteiro de Análise Documental

Em relação à avaliação dos formulários de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e prontuários dos usuários entrevistados:

Número da análise: _____ Data: _____ Horário (início e término): _____

Nome do usuário: _____

Número do prontuário: _____

Há PTS preenchido? () sim () não

Se sim, as informações estão preenchidas na íntegra? () sim não ()

Data da última avaliação do PTS: _____

1. Há indicação de participação do usuário na elaboração do plano de tratamento?
2. Há indicação de participação de familiares na elaboração do plano de tratamento?
3. Há indicação de participação da equipe multidisciplinar na elaboração do plano de tratamento?
4. Há identificação clara de objetivos definidos e metas estabelecidas?
5. Estão definidos os responsáveis pela realização e monitoramento das ações?
6. A reavaliação do PTS é feita de forma sistemática? Com qual periodicidade?
7. Há programação de atividades externas ao CAPS-ad (na rede territorial)?
8. Há informações sobre matriciamento em relação às Equipes da Atenção Básica em Saúde?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista (usuário)

Número da Entrevista: _____ Data: _____ Horário (início e término): _____

Nome: _____

Número do prontuário: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Ocupação principal: _____

Escolaridade: _____

Situação conjugal: _____ N° de filhos: _____ Renda familiar: _____

Drogas utilizadas: _____

História de tratamentos anteriores (locais e tempo de tratamento): _____

Tempo em tratamento no CAPS-ad: _____

Modalidade atual: _____ (quantos dias por semana)

Atividades de lazer: _____

Sobre o programa de tratamento no CAPS-ad:

1. Qual o seu objetivo no tratamento?
2. O que você entende por Projeto Terapêutico?
3. Como se deu a participação na elaboração do seu Projeto Terapêutico?
4. Como o seu Projeto Terapêutico auxilia nos seus objetivos de tratamento?
5. Que atividades são mais importantes no seu tratamento? (internas e externas ao CAPS-ad)
6. O que te motiva para o tratamento?
7. Quem são as pessoas que mais influenciam no seu tratamento?
8. O que poderia ser feito para melhorar o tratamento no CAPS-ad?

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista (profissional)

Número da Entrevista: _____ Data: _____ Horário (início e término): _____

Nome do profissional: _____

Profissão: _____

Cargo: _____

Tempo de trabalho no CAPS-ad: _____

Tempo de trabalho na Saúde Mental: _____

Nome do usuário: _____

Número do prontuário: _____

Formulário do Projeto Terapêutico Singular (PTS) preenchido? ()sim ()não

Periodicidade de revisão: _____

Data da última revisão: _____

Sobre o PTS elaborado junto ao usuário:

1. O que você entende por PTS?

2. Como foi elaborado o PTS?

- Temas abordados
- Objetivo do tratamento
- Ações e atividades propostas
- Facilidades e dificuldades
- Participação do usuário

3. Como está sendo conduzido o PTS?

- Facilidades e dificuldades
- Participação do usuário

4. O que você entende como fundamental no programa de tratamento no CAPS-ad?

ASPECTOS FAMILIARES	
Outras pessoas da família fazem uso de substâncias?	
Se "SIM", quem e quais substâncias fazem uso?	
Familiar	Substância
Existem diagnósticos/queixas psicológicas ou psiquiátricas na família?	
Familiar	Queixa ou diagnóstico
Como é o relacionamento familiar? (fonte de apoio, conflito, responsabilidades, comunicação, etc.)	

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E PSIQUIÁTRICOS DO USUÁRIO		
Problema de saúde	Faz tratamento? Onde?	Medicações em uso

HISTÓRICO DO USO DE SUBSTÂNCIAS				
Substância	Idade de início de uso	Uso médio (quantidade/tempo)	Último uso	Tempo de abstinência
Droga(s) de preferência:				

OBJETIVOS/ METAS EM CURTO PRAZO (até 3 meses)
OBJETIVOS/ METAS EM MÉDIO PRAZO (4 a 12 meses)
OBJETIVOS/ METAS EM LONGO PRAZO (mais de 12 meses)

ATIVIDADES NO CAPS-AD (marcar com um X as de preferência do usuário)		
<input type="checkbox"/> Artesanato	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Cinema
<input type="checkbox"/> Pintura e Desenho – expressão livre	<input type="checkbox"/> TaiChiChuan	<input type="checkbox"/> Teatro
<input type="checkbox"/> Atividade Física -Ginástica	<input type="checkbox"/> Horta e Jardim	<input type="checkbox"/> Música
<input type="checkbox"/> outra _____		
OUTRAS ATIVIDADES DE INTERESSE		
<input type="checkbox"/> Oficinas da Lua (geração de renda) -Cestaria, Cerâmica, Saboaria, Flores, <input type="checkbox"/> Oficinas em instituições parceiras – FAOP, Museu da Inconfidência, Casas de Cultura, dentre outras <input type="checkbox"/> Associação de Usuários – ACOLHER <input type="checkbox"/> Continuidade de estudos <input type="checkbox"/> Capacitação Profissional <input type="checkbox"/> Elaboração de curriculum vitae <input type="checkbox"/> Grupos de auto-ajuda (A.A. , N.A.) <input type="checkbox"/> Grupos de oração <input type="checkbox"/> Outras (citar):		

PERMANÊNCIA-DIA (PD) ()	AMBULATORIAL ()				
DIAS DE ATIVIDADES NO CAPS-AD					
	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã					
Tarde					

CONSIDERAÇÕES DO FAMILIAR OU AMIGO (referências do usuário)

DECLARAMOS ESTAR DE ACORDO COM O PTS ELABORADO: (Todos devem assinar)

Técnico de referência

**Familiar/amigo
(referência do usuário)**

Usuário

REAVALIAÇÃO

Data: ___/___/___

NOVAS METAS		
Metas	Ações	Prazo

RECOMBINAÇÕES

AUTOAVALIAÇÃO E MOTIVAÇÃO
Como considero o meu desempenho na evolução do tratamento?
Consigo notar mudanças em meu comportamento? (como isso está refletindo positivamente na minha vida?)
Qual minha motivação atual para seguir o tratamento? (Por quê?)

CONSIDERAÇÕES DO FAMILIAR OU AMIGO (referência do usuário)

DECLARAMOS ESTAR DE ACORDO COM O PTS ELABORADO: (Todos devem assinar)

Técnico de referência

Familiar/amigo
(referência do usuário)

Usuário

ANEXO 1**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO**

Secretaria Municipal de Saúde – Saúde Mental – CAPS-ad

Telefone: (031) 3552-6317

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Data: __/__/__

Nome do paciente: _____

Prontuário: _____

Data de nascimento: __/__/__

CID-10: _____

Psiquiatra de referência: _____

Atendimento: () intensivo () semi-intensivo () não intensivo

Objetivos (incluir abordagem familiar, reinserção social, dentre outros):

Medicação: _____

Cuidados especiais:

Atividades propostas (oficinas, grupos, psicoterapia, etc.):

	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
manhã					
tarde					

Formas de ir e vir ao CAPS:

() vem e volta sozinho

() vem e volta acompanhado. Por quem? _____

() transporte do CAPS

() outros _____

Técnico de referência: _____

(assinatura e carimbo)

Reavaliação: data (__/__/__)

ANEXO 2

Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete da Secretária
Endereço: Avenida Juscelino Kubitschek, 31, Bauxita
Cep 35400-000 – Ouro Preto – Minas Gerais
Tel: (31) 3559-3280

Ouro Preto, 06 de dezembro de 2016.

CARTA DE ANUÊNCIA

Venho, através desta, manifestar a nossa anuência para a realização da pesquisa vinculada ao Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre HCPA/UFRGS, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ), da servidora e aluna Jacqueline Macedo dos Santos, tendo como orientador o Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta. A pesquisa será registrada e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA.

A pesquisa intitulada “A visão dos usuários sobre sua participação no tratamento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas” tem como propósito investigar a participação de usuários no planejamento e condução do tratamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) de Ouro Preto.

Concordamos com a coleta de dados através de entrevistas com usuários e trabalhadores deste serviço, além de análise de prontuários e formulários e da observação das atividades promovidas pelo serviço com o objetivo.

Damos a nossa autorização na certeza que o propósito da pesquisa atende dois princípios institucionais do funcionamento do CAPS AD e do SUS que são o fortalecimento da participação dos usuários e a defesa e ampliação de sua autonomia.

Atenciosamente,

Atenciosamente,

Lucas Paiva Gomes
Coordenador RAPS

Coordenação da Rede
de Atenção Psicossocial
de Ouro Preto

ANEXO 3

REVISTA INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO

Artigos - textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumos e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN **[eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

Nota

O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (Main Documentt) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas**

informações.

- Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

- Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Notas

Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

- Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (Main Document), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: no caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

8 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

ANEXO 4

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão 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.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".
11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver* e ser atualizadas e preferencialmente de *periódicos*. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

ANEXO 5**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A participação dos usuários no plano de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - um estudo de caso

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61856716.2.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.887.083

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação do MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, do HCPA.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com usuários do CAPS-ad de um município do interior de Minas Gerais. Serão utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista semi-estruturada com usuários (em número de dez) e profissionais (em número de cinco) do serviço, a análise de prontuários e do formulário de projeto terapêutico singular (PTS), e a observação participante das atividades internas e externas ao CAPS-ad envolvendo a participação dos usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a participação dos usuários no tratamento no CAPS-ad de Ouro Preto.

Objetivos Secundários:

- Identificar os objetivos dos usuários em relação ao seu tratamento.
- Identificar os vínculos e as atividades realizadas no CAPS-ad e outras instituições consideradas mais importantes pelos usuários.
- Analisar o envolvimento dos usuários na elaboração do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), e nas atividades e vínculos pactuados.
- Identificar fatores que dificultam e que favoreçam o tratamento dos usuários no CAPS-ad.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos, podendo haver algum incômodo para os usuários, pois as questões da entrevista envolvem aspectos íntimos sobre sua vida e o tratamento vivenciado. Caso haja desconforto, o pesquisador se compromete em falar com a equipe do CAPS-ad para realizar atendimento específico. Poderá também haver desconforto para o profissional na realização da entrevista; neste caso, a demanda será encaminhada para a coordenação do serviço.

Benefícios:

Os resultados deste estudo podem contribuir para uma revisão do processo de trabalho da equipe, favorecendo maior participação do usuário na construção do PTS, qualificando o cuidado no CAPS-ad junto à rede territorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

Para usuários:

- a) ser usuário de álcool e/ou outras drogas;
- b) ter 18 anos ou mais de idade;
- c) estar em tratamento no CAPS-ad há pelo menos 3 meses, na modalidade de tratamento intensivo ou semi-intensivo.

Para profissionais:

- a) ser um profissional de referência para elaboração e condução do PTS dos usuários do CAPS-ad;
- b) ter pelo menos 1 ano de experiência de trabalho;
- c) ter interesse em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os usuários que apresentarem:

- a) déficit cognitivo acentuado, conforme avaliação da equipe;
- b) intoxicação no momento da entrevista;
- c) comorbidade psiquiátrica grave na fase aguda (estar em crise).

Serão excluídos os profissionais nas seguintes condições:

- a) estar afastado do serviço por licença médica ou outro motivo;
- b) ter contrato de trabalho a ser extinto em menos de 6 meses, a contar da data do início da coleta de dados;
- c) estar gozando de férias na data de coleta.

Após a coleta e a transcrição dos dados, será realizada a análise de conteúdo, do tipo temática de Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Tirar a palavra "apêndice" dos TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.841.762 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas, nova versão de projeto e de TCLEs adicionadas em 15/12/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 16/12/2016, TCLE de 12/12/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_813366.pdf	19/12/2016 14:30:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_jack_pdf.pdf	16/12/2016 09:32:09	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anu_pdf.pdf	15/12/2016 18:49:39	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_CEP.doc	15/12/2016 18:46:46	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronog_pdf.pdf	15/12/2016 18:42:14	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.pdf	12/12/2016 16:43:35	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.pdf	12/12/2016 16:43:10	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Outros	delegacao_funcoes.pdf	09/11/2016 16:11:09	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	roteiro_observ_particip_pdf.pdf	07/11/2016 21:13:31	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Outros	roteiro_analise_document_pdf.pdf	07/11/2016 21:12:32	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Outros	roteiro_entrev_prof_pdf.pdf	07/11/2016 21:11:52	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Outros	roteiro_entrev_usuario_pdf.pdf	07/11/2016 21:10:53	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pb.pdf	06/11/2016 22:57:13	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	orcamento_pdf.pdf	01/11/2016 16:51:19	JACQUELINE MACEDO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Janeiro de 2017

Assinado por:

José Roberto Goldim (Coordenador)