



POTÊNCIAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO E CONDUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL

POWERS AND CHALLENGES IN THE CONSTRUCTION AND CONDUCTION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN MENTAL HEALTH

Érika Regina de Oliveira Colato^{1*}, Isabela Aparecida de Oliveira Lussi¹

RESUMO: **Objetivo:** Identificar potências e desafios na construção e implementação dos PTS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, na qual foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um roteiro de entrevista semiestruturado e um protocolo de informações, composto por dados pessoais e profissionais dos participantes e dos serviços aos quais estavam vinculados. Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas, sendo posteriormente transcritas, validadas e analisadas tematicamente. **Resultados:** Foi evidenciada uma caracterização do PTS coerente com as propostas da Reabilitação Psicossocial. O profissional de referência foi apontado como principal articulador do PTS. O maior desafio para operacionalização do PTS foi da pandemia de Covid-19, além da vulnerabilidade social, da estigmatização e das dificuldades nas dinâmicas de trabalho. **Conclusões:** A interdisciplinaridade foi ressaltada pelos participantes. Este estudo apresenta contribuições importantes para os debates atuais em torno do campo da Atenção Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Atenção Psicossocial. Práticas Interdisciplinares. Projeto Terapêutico Singular. Saúde Mental.

ABSTRACT: **Aim:** To identify strengths and challenges in the development and implementation of STP. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory study, utilizing two data collection tools: a semi-structured interview guide and an information protocol, composed of personal and professional data from the participants and the services to which they were linked. A total of 21 semi-structured interviews were conducted, subsequently transcribed, validated, and thematically analyzed. **Results:** A characterization of STP consistent with the proposals of Psychosocial Rehabilitation was highlighted. The reference professional was identified as the primary coordinator of STP. The main challenge in implementing STP was COVID-19, along with social vulnerability, stigmatization, and difficulties within work dynamics. Interdisciplinarity was emphasized by participants. **Conclusions:** The study provides important contributions to current discussions in the field of Psychosocial Care.

KEYWORDS: Interdisciplinary Placement. Mental Health. Psychosocial Care. Singular Therapeutic Project.

¹ Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos, São Paulo, Brasil.

***Autor correspondente:** Érika Regina de Oliveira Colato **E-mail:** kilaregina@gmail.com.

Recebido: 16 ago. 2024

Aceito: 16 nov. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade de promoção da saúde mental em escala global, destacando sua importância como um componente essencial da saúde e do bem-estar, além de ser um direito humano básico. Em 2022, o Relatório Mundial de Saúde Mental da OMS apontou uma prevalência elevada de condições de saúde mental, afetando aproximadamente uma em cada oito pessoas no mundo. Esse relatório destacou a necessidade de mudanças nas políticas e práticas de saúde mental, promovendo uma abordagem comunitária e baseada nos direitos humanos¹.

A Itália, pioneira na desinstitucionalização e no modelo de cuidado em saúde mental territorial, é citada como exemplo no relatório da OMS, junto com a Colômbia, que desenvolveu um projeto de cuidado personalizado; o Peru, com a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária; e o Brasil, com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Volta para Casa¹. Outras iniciativas em países de baixa renda, que investem na transformação e reorganização do cuidado em saúde mental integrado ao território, apontam um possível caminho a ser seguido².

Entretanto, existe uma lacuna significativa entre a demanda e a oferta de cuidados em saúde mental, especialmente em países do hemisfério sul, onde cerca de três em cada quatro pessoas em sofrimento psíquico não têm acesso adequado aos serviços de saúde. Embora as diretrizes da OMS sejam explícitas quanto à necessidade de ampliar a atenção em saúde mental, a efetividade dessas ações varia de acordo com as particularidades de cada território^{1,2,3}.

No Brasil, desde o final da década de 80, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) vem sendo desenvolvido em conjunto com a história do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento sanitário e do movimento antimanicomial. O PTS, amplamente utilizado nos serviços de saúde mental e na atenção básica, traz uma proposta com menor número de certezas e maior abertura para negociações entre os envolvidos, considerando suas percepções sobre o adoecimento e a produção de saúde^{4,5,6}.

Inicialmente apresentado nas propostas das Políticas Nacionais de Humanização, o PTS valoriza o processo de produção de saúde, promovendo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre o usuário e a equipe técnica de referência na construção e gestão coletiva de um projeto de saúde^{4,5}. Aspectos essenciais do campo da saúde mental, como desejo, significado atribuído ao adoecimento, singularidade e a história de vida dos sujeitos, são fortemente considerados na elaboração e no desenvolvimento desse instrumento, independente do campo em que é aplicado^{5,6}.

O PTS reafirma a necessidade de um cuidado integral em saúde, abrangendo diferentes dimensões e reconhecendo que promover saúde vai além do tratamento de doenças — envolve pensar e desenvolver práticas de cuidado que promovam vida e bem-estar⁶. Além disso, o PTS atua como um dispositivo de gestão, permitindo que os profissionais reflitam sobre a coerência e a resolutividade das práticas desenvolvidas nos serviços em que estão inseridos, desencadeando reorganizações nas relações e dinâmicas de trabalho¹ para construir, de forma coletiva, ações e soluções para problemas cotidianos identificados junto aos usuários e seus familiares^{6,7}.

O PTS pode ser desenvolvido com coletivos, grupos populacionais singulares em situação de risco e vulnerabilidade ou grupos territoriais que vivenciem uma situação problema, por meio de um conjunto de ações organizadas e pactuadas coletivamente entre os envolvidos e suas redes de apoio^{5,7}. Apresenta-se como uma estratégia que organiza o cuidado nos serviços e promove ações em busca de saúde e novas possibilidades de vida^{6,7,8}.

Entende-se que, para a construção e a execução do PTS, é fundamental contar com uma equipe interdisciplinar que compartilhe e integre seus conhecimentos. Essa equipe deve estar articulada a uma rede intersetorial, envolvendo serviços, usuários e familiares em todas as fases do processo, com

negociações e reavaliações contínuas das metas estabelecidas, responsabilizando e acolhendo demandas cotidianas de todos os envolvidos^{5,6,7} para o desenvolvimento de uma prática implicada com atenção integral à saúde^{6,7}.

Assim, a abordagem interdisciplinar é necessária, com o estabelecimento de relações horizontais e democráticas dentro da equipe, em que os diversos núcleos profissionais, cada qual com seu saber característico, se influenciam mutuamente e se organizam para desenvolverem ações teóricas e práticas em resposta às necessidades do campo⁹.

No campo da saúde mental, os CAPS oferecem um ambiente propício para o desenvolvimento dessa abordagem. São serviços especializados que atendem pessoas em sofrimento psíquico e fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Regulamentados há mais de 20 anos pela Portaria 336/2002, os CAPS são classificados conforme sua complexidade e abrangência populacional¹⁰. Nesses serviços, cada usuário deve ter seu PTS¹⁰ elaborado de forma coletiva, seguindo o paradigma psicossocial¹¹.

A Reabilitação Psicossocial ainda é nova se comparada aos séculos de enfrentamento de um modelo de alienação e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico; consequentemente, a implementação de seus preceitos representa um desafio em diversos territórios. Contudo, o modelo psicossocial tornou-se um referencial para a estruturação da atenção aos usuários nos CAPS, orientando práticas no campo da saúde mental^{11,12}.

A Terapia Ocupacional, uma das profissões integrantes da equipe interdisciplinar do CAPS, atua significativamente no campo da Saúde Mental. Seu arcabouço teórico, focado nas atividades humanas e no cotidiano, possibilita a ressignificação das trocas sociais e afetivas, promovendo o estabelecimento de novas relações – princípio fundamental da Reabilitação Psicossocial¹¹. Os objetivos da Terapia Ocupacional convergem aos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, reafirmando o potencial da profissão para efetivação de práticas como o PTS nos serviços orientados pelas políticas de Atenção Psicossocial¹¹.

Argumenta-se que todos os profissionais da equipe dos CAPS contribuem significativamente no desenvolvimento do PTS; contudo, neste artigo, o objetivo foi identificar as potências e os desafios na construção e na implementação dos PTS sob a ótica de terapeutas ocupacionais.

Este artigo está estruturado em cinco seções principais. A Introdução apresenta o contexto e a justificativa para o estudo, delineando o problema de pesquisa e os objetivos propostos. A Metodologia descreve o delineamento do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, bem como os participantes envolvidos. Os Resultados trazem os principais achados, que são apresentadas e discutidas à luz dos objetivos e da literatura existente, apontando as implicações práticas do estudo. Por fim, as Considerações Finais sintetizam as contribuições do estudo, indicam limitações e sugerem direções para pesquisas futuras.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem uma abordagem qualitativa e exploratória, desenvolvida em campo¹³, com o propósito de identificar potências e desafios na construção e implementação dos PTS sob a ótica de terapeutas ocupacionais atuantes em CAPS¹.

¹ Este artigo é proveniente de um excerto da dissertação de mestrado intitulada: “Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental: contribuições da Terapia Ocupacional”, que objetivou analisar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do PTS nos CAPS.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa contou com 21 participantes vinculados a diferentes modalidades de CAPS¹⁰ na região delimitada, todos com pelo menos seis meses de atuação no serviço.

CONTEXTO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na região Sudeste do Brasil, no interior do estado de São Paulo, na região demarcada pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) – VII, com sede no município de Campinas. Participaram 5 municípios, totalizando 16 serviços: dois CAPS I, um CAPS II, cinco CAPS III, que possuem respectivamente ordem crescente de complexidade de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico; cinco CAPS AD, com atendimento especializado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas; além de três CAPS IJ, que atendem crianças e adolescentes.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sendo aprovado com o parecer nº4.497.581/2021, respeitando os princípios éticos fundamentais aplicáveis a todos os envolvidos nesta pesquisa. Os participantes apresentados neste estudo são identificados pela letra “P” sucedida pelo número da entrevista, a fim de preservar suas identidades.

PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando dois instrumentos distintos, sendo eles: um protocolo de informações, composto por dados pessoais e profissionais dos entrevistados e dos CAPS aos quais estão vinculados; além de um roteiro de entrevista semiestruturada¹⁴.

Os instrumentos foram previamente encaminhados para análise de doze pesquisadores e terapeutas ocupacionais com experiência relevante no tema, a fim de melhor adequá-los¹⁴ ao público pesquisado. Após o retorno de sete colaboradores, as adequações necessárias foram realizadas, resultando nas versões finais dos instrumentos desta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas remotamente, via *Google Meet*, seguindo as orientações de distanciamento social devido à Covid-19¹⁵, e tiveram duração entre 40 minutos e 1 hora e 50 minutos.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio do protocolo de informações foram analisados de forma descritiva. Já os dados das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise temática, uma técnica de análise de conteúdo que pressupõe encontrar os núcleos de sentido e os principais temas contidos nas comunicações e discursos, a partir da leitura exaustiva do material levantado na pesquisa¹⁶.

Os temas são compostos por unidades de significações que surgem no texto e são sistematicamente organizados dando origem às categorias de análise¹⁶. A análise temática é estruturada

por meio das seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com análise dos dados significativos — permitindo que a pesquisadora proponha inferências e realize interpretações coerentes com os objetivos previstos¹⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos participantes, 12 deles atuavam como terapeutas ocupacionais no serviço há menos de 5 anos; 6 deles entre 5 e 10 anos, e apenas 3 deles, atuavam há mais de 10 anos. Todos os participantes possuíam uma ou mais formações complementares, sendo que 15 delas, na área da Saúde Mental, o que demonstra um alto nível de engajamento e qualificação do grupo pesquisado. Quinze participantes atuaram anteriormente em outros serviços na área de Saúde Mental. Outros aspectos da caracterização dos participantes podem ser visualizados na Figura 01 a seguir.

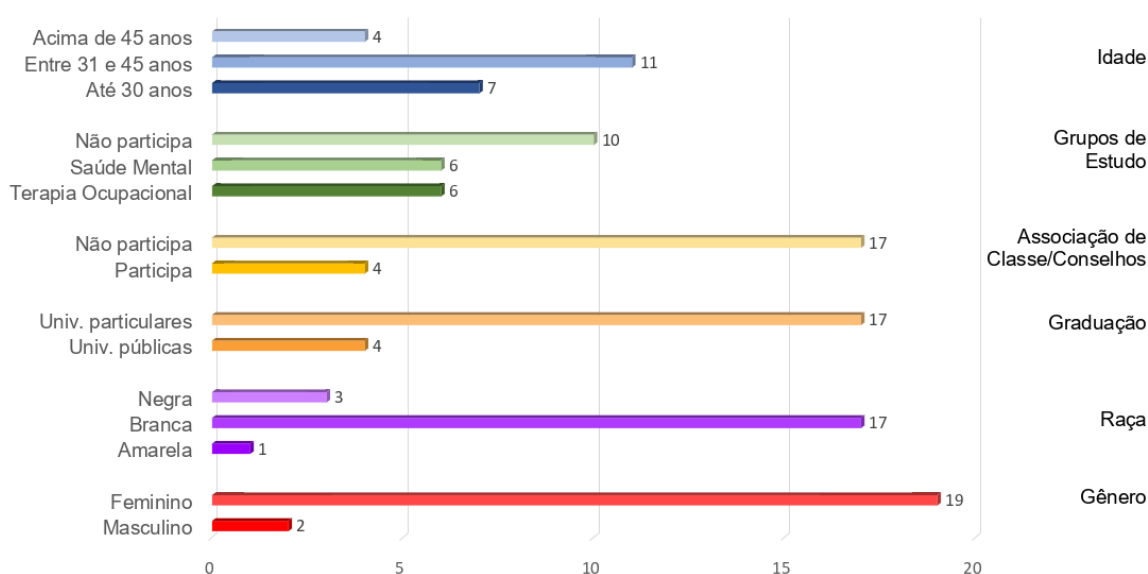


Figura 01: Caracterização dos participantes a partir de informações como gênero, idade, raça, formação acadêmica e participação em atividades políticas.

Fonte: Autoras do estudo.

Nos serviços, o PTS é utilizado desde sua inauguração para todos os usuários, segundo a maioria dos participantes. Entretanto, identificamos três modos de incorporação do PTS: 1) Seguindo as orientações da RAPS¹⁰, utilizando o instrumento para todos os usuários (10 serviços); 2) Utilizando o PTS como preconizado à Atenção Básica, somente em casos graves e complexos (3 serviços); e 3) Utilizando em momentos de urgência para gestão da crise (3 serviços).

Contudo, nos serviços que divergem das diretrizes previstas pela RAPS em relação à necessidade de construção de um PTS para todos os usuários do CAPS, os profissionais concordam que seguir essa normativa seria ideal. Não há falta de conhecimento sobre essa necessidade, mas sim dificuldades de operacionalização. Nesses casos, onde o projeto não é construído coletivamente, predomina um atendimento ambulatorial, centrado nas especialidades, com pouca exploração do território.

Outros serviços da rede de saúde e da rede intersetorial com os quais o CAPS mantém vínculo para a construção e condução do PTS referidos, majoritariamente, foram os serviços da Atenção Básica em saúde e os serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Compreende-se que, além das possibilidades de operacionalização do PTS considerando os serviços da RAPS e da rede intersetorial disponível, as vulnerabilidades e os determinantes sociais influenciam de forma significativa o acesso das pessoas a esses serviços^{6,17} e, consequentemente, o estabelecimento e articulação de um PTS mais ou menos compartilhado.

A análise dos dados permitiu a identificação de seis categorias temáticas, das quais quatro serão contempladas neste artigo: Compreensão dos profissionais sobre o PTS, Composição da família e dos usuários no PTS, Equipe de profissionais que compõem o PTS e Desafios na construção e na condução do PTS.

Os participantes definiram o PTS, em suas perspectivas, como um projeto construído com os usuários, envolvendo estratégias e articulação de recursos entre serviços de saúde e da rede intersetorial, considerando as expectativas, a perspectiva e a singularidade do usuário, como mostra o excerto a seguir²:

O PTS é um procedimento construído junto ao usuário, pensamos como está sua vida naquele momento e construímos estratégias para trabalhar suas problemáticas, como o uso de substâncias psicoativas. Pensamos juntos nas estratégias e o usuário vai orquestrando e dando o tom das intervenções (P 01).

As definições de PTS são complementares, e a maioria delas destaca a necessidade do protagonismo do usuário nessa construção, reforçando a importância de sua história de vida, evidenciando os pressupostos de Cunha^{5,7} sobre a valorização da singularidade do sujeito e de seu contexto social, familiar e territorial na construção de um projeto de saúde, como demonstra o trecho a seguir:

É uma metodologia, uma ferramenta importantíssima que usamos para avaliar e construir de forma bem democrática sentidos para um projeto de acompanhamento em saúde, de acordo com a história daquela pessoa. Traz a questão do singular, da individualidade, do contexto de cada um e todo o embasamento da saúde coletiva para o campo da saúde mental... (P 19).

O PTS foi descrito como um projeto construído com o objetivo de organizar a vida do usuário, por meio da gestão do cuidado, considerando a atenção à saúde, os recursos da comunidade e as articulações possíveis com serviços da rede intersetorial.

O PTS norteia o cuidado, é construído a partir do desejo do usuário, envolve possibilidades de oferta de cuidado dentro e fora do CAPS, nos leva a pensar no que é possível naquele momento, considerando a demanda que o usuário nos traz e sua singularidade (P 18).

As caracterizações do PTS apresentadas pelos participantes evidenciam o instrumento direcionado para o indivíduo, sem aplicação a grupos populacionais ou coletivos. Reafirmam a dimensão singular como a essência do projeto terapêutico, valorizando a experiência do sujeito e o significado atribuído a esta vivência. Com ações baseadas nas necessidades de cada usuário, respeitar a singularidade requer olhar e escutar as pessoas em sofrimento psíquico, considerando seu contexto social e territorial^{6,18,19}.

^{2b} Os trechos discursivos foram editados para a norma padrão, sem modificação em seu conteúdo, visando melhor compreensão e redução dos vícios de linguagem.

Além disso, o PTS foi apontado como um instrumento que democratiza e humaniza o cuidado, direciona as práticas considerando o contexto singular do indivíduo. Sistematizado para ser resolutivo aos objetivos propostos e as problemáticas cotidianas, ele se alinha aos achados de Oliveira⁴ e Depole *et al*⁷.

As caracterizações observadas neste estudo estão igualmente em consonância com Junior *et al*⁶, ressaltando a importância de que as ações pactuadas visem a emancipação social, sejam pensadas e construídas junto aos usuários. Esse processo valoriza o potencial transformador e a singularidade de cada pessoa, em vez de simplesmente impor intervenções ou comunicá-las de maneira unilateral.

Na maioria dos serviços, não há prazos previamente estabelecidos para discussões e reavaliações do PTS, como indicado no excerto a seguir. No entanto, a literatura sugere reavaliações com intervalos suficientes para avaliação das ações e metas iniciais, sem se tornarem tão espaçados a ponto de a equipe perder a familiaridade com as problemáticas dos usuários⁴.

O PTS vai mudando, é dinâmico, analisamos se as intervenções e planos inicialmente elaborados foram assertivos ou não. E, caso os objetivos não tenham sido alcançados, reestruturamos e redesenhamos esse PTS junto com o usuário (P 01).

A operacionalização do PTS deve incluir quatro momentos: a identificação do problema com avaliação biopsicossocial; a definição de metas com tempo previsto para execução; a divisão de responsabilidades entre usuários e equipes; e as reavaliações, realizadas conforme necessário^{5,7}. Nos serviços participantes, as reavaliações acontecem quando a equipe, ou o próprio usuário, percebe que o projeto não está sendo efetivo ou quando surgem novas demandas em seu cotidiano.

O PTS aponta uma direção a ser seguida para organizarmos tanto a vida do usuário, quanto o funcionamento do serviço, considerando o número e o perfil das pessoas atendidas, a fim de que possamos dar o mínimo de assistência a todos que nos procuram! (P 06).

O PTS pode ser utilizado como um recurso de gestão para reorganização das práticas de trabalho, considerando as equipes, as dinâmicas e recursos institucionais, como demonstrado no excerto anterior, entretanto, esse aspecto foi pouco evidenciado pelos participantes. Contudo, o desenvolvimento do PTS é relevante para troca de saberes entre os profissionais; possibilita reavaliações das práticas instituídas e promove um espaço no qual os diferentes membros da equipe possam explorar a sua criatividade na elaboração de atividades não convencionais^{5,7} que contemplem os diversos modos de vida dos usuários⁷.

Os participantes mencionaram a importância das famílias no processo de construção e condução do PTS, pois elas auxiliam na continuidade do cuidado nas ações cotidianas e trazem aspectos relevantes na composição da história de vida dos usuários. Contudo, na maioria das vezes, os participantes apontam que as famílias são pouco participativas.

Tentamos incluir a família no PTS; mas alguns casos são muito difíceis. Não conseguimos contato a família, há resistências, são fragilizadas, não possuem rede de apoio [...], mas tentamos convocá-las porque não conseguimos tocar o projeto adiante sozinhos, então solicitamos ajuda às famílias (P 05).

Os participantes apresentam os familiares como possível rede de apoio ao usuário, mas reconhecem que eles também estão em sofrimento, fragilizados, cansados e adoecidos, o que compromete sua participação no PTS. E, quando participam, sua atuação se limita ao cuidado ofertado ao usuário, e não direcionado às demandas dos próprios familiares.

Os relatos dos participantes estão de acordo com estudos que abordam a inclusão de familiares nos serviços de saúde mental, que apontam a falta de um espaço de escuta específico para ouvir e atender às suas necessidades^{20,21,22,23}. Observa-se uma disparidade nesses serviços entre o que os profissionais entendem como possibilidades de participação dos familiares e as demandas reais que eles apresentam^{20,21,23}. Nesse contexto, o PTS surge como uma alternativa para alinhar as perspectivas entre familiares e equipes de saúde.

Os usuários são apresentados como atores ativos no processo de construção e condução do PTS; seu protagonismo é valorizado — inclusive, eles solicitam reavaliações dos PTS e oferecem suas perspectivas sobre a eficácia desse projeto em seu cotidiano.

[Os usuários] participam ativamente desde o início, vão direcionando enquanto apresentamos possibilidades, conforme esse processo se desenvolve, ele nos diz se gostaria ou não e se faz sentido para ele aquele projeto. Ele é o protagonista; nós ofertamos ferramentas, apoios e suportes (P 19).

O excerto anterior ilustra a participação do usuário como protagonista do seu PTS, valorizando suas escolhas e decisões, fortalecendo sua autonomia e aproximando as relações e os afetos entre o usuário e a equipe interdisciplinar, em consonância com as proposições de Depole *et al*⁷.

Logo, os usuários devem construir e discutir as ações propostas junto à equipe interdisciplinar e aos familiares, bem como reavaliá-las quando houver necessidade de novas ações adequadas ao seu cotidiano. É importante ressaltar que as propostas devem ser elaboradas com o usuário e não para ele^{19,24}. A participação do usuário pode ser observada na Figura 02 a seguir

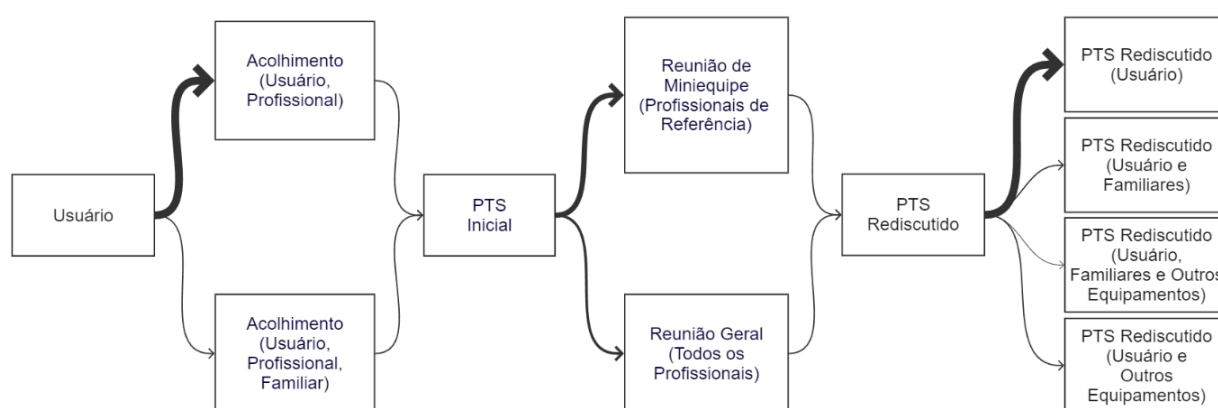


Figura 02: Fluxograma de organização do PTS nos serviços e momentos de participação dos usuários, familiares, profissionais e outros equipamentos da saúde e da rede intersetorial.

Fonte: Autoras do estudo.

Contudo, encontramos uma discrepância nos relatos dos participantes: entre o discurso de valorização da família e do usuário no PTS e as ações e decisões na quais esses atores

realmente participam. Esse achado está em consonância com Vasconcelos *et al*²³, que evidenciam uma escassez de discussões e de protagonismo dos usuários e familiares na construção do PTS, além de ações que não consideram os diversos atores sociais que deveriam compor uma construção coletiva²⁰. A perspectiva trazida por dois participantes é de que, usualmente, nem os familiares e nem os usuários participam ativamente dessa construção do PTS, como descrito a seguir:

Nós, profissionais construímos o PTS e apresentamos o projeto, então, eles [usuários e familiares] nos dizem se concordam ou não, mas quanto a participarem ativamente desta construção ou discutirem junto, acontece somente com um caso ou outro (P15).

Diante disso, consideramos primordial a promoção de maiores espaços de escuta, trocas de saberes e aproximação desses atores, tanto dentro quanto fora dos espaços institucionais. Uma possibilidade viável seria ocupar mais efetivamente os territórios, desenvolvendo atividades intersetoriais e/ou promotoras de saúde, o que traria para o desenvolvimento do PTS os usuários, os familiares e outros atores que possam surgir.

Entretanto, de acordo com Silva *et al*²², nos discursos de profissionais de CAPS, apesar da previsão de valorização e contextualização do território na formulação do PTS, as ações e práticas referidas são, em sua maioria, restritas aos espaços institucionais dos serviços.

O território é um espaço de ação e de resistência, que promove tanto inclusão quanto exclusão social, sendo o palco onde ocorrem mudanças sociais e se desenvolvem as cenas rotineiras, em sua geografia, relações e estruturas institucionais. Para reconstrução e ressignificação do cotidiano, é importante que os profissionais que trabalham em CAPS ocupem o território, principalmente o terapeuta ocupacional, pelo seu conhecimento e capacidade de explorar as atividades desenvolvidas pelas pessoas em seu dia a dia^{11,12}.

A Terapia Ocupacional, segundo os participantes da pesquisa foi apresentada em duas dimensões: clínica e metodológica. Na dimensão clínica, o terapeuta ocupacional contribui para a construção e a condução do PTS, inserindo componentes do núcleo de sua profissão no desenvolvimento de avaliações sobre a autonomia e cotidiano, além de evidenciar esses aspectos na proposição de atividades e no planejamento do PTS. Na dimensão metodológica, o terapeuta ocupacional toma o PTS como uma atividade em desenvolvimento que deve ser concretizada, demonstrando também o modo de fazer e o caráter pragmático da profissão.

Foi evidenciada a participação de todos os profissionais das equipes dos serviços na composição do PTS, incluindo os terapeutas ocupacionais. Essa composição varia conforme o CAPS, uma vez que cada serviço conta com diferentes categorias profissionais. A transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade foram utilizados para explicar a necessidade da diversidade de núcleos profissionais na composição do PTS.

Não consigo ver uma construção do PTS sem a equipe como um todo; sentimos a contribuição da psicologia, medicina, enfermagem, terapia ocupacional, às vezes sentimos falta da assistência social – por ela [a assistente social] estar aqui uma vez por semana, não participa das reuniões de miniequipe (P 05).

Esses relatos dialogam com as apresentações de Campos⁹ sobre a necessidade de organização do trabalho e gestão democrática, que valoriza as diferentes atuações profissionais no campo da Saúde Mental, entendendo a saúde em suas diversas dimensões, com compartilhamento e direcionamentos partilhados das práticas. Trata-se de um espaço no qual os diferentes saberes são respeitados, e os núcleos profissionais atuam de forma colaborativa e articulada.

Nas práticas de trabalho do CAPS, os profissionais desenvolvem oficinas, grupos terapêuticos, acolhimentos, visitas domiciliares, orientações familiares e atividades na comunidade, independente de sua categoria profissional, o que evidencia o estabelecimento da transdisciplinaridade e da interdisciplinaridade no serviço²⁵.

No entanto, como em qualquer processo de Reabilitação Psicossocial, o desenvolvimento de práticas de trabalho compartilhadas ainda é um processo em construção cotidiana. É necessário um investimento contínuo da equipe para que o PTS não seja organizado com ações centralizadas em um núcleo profissional específico ou considere as ações psicossociais e territoriais menos relevantes²².

Cabe destacar que os profissionais de referência, independentemente de sua categoria profissional, foram apontados como aqueles que mantêm maior proximidade com os usuários para a construção, reavaliação, condução e articulação do PTS, além de participarem mais ativamente das ações planejadas. Isso é ilustrado no depoimento a seguir:

O profissional mais próximo do usuário é a sua referência, é quem constrói junto o seu PTS [...] depois leva para ser discutido na reunião geral, principalmente o PTS do usuário que permanecerá mais tempo na unidade, ou que frequentarão diariamente, ou que demandará ações de outros profissionais, além da referência (P 12).

Os profissionais de referência acabam assumindo a gestão do cuidado dentro do PTS em andamento. Esse profissional, por estar mais vinculado ao usuário, assume a responsabilidade dentro da equipe sobre o caso, possibilitando a continuidade do cuidado e a tomada de decisões cotidianas junto aos usuários e familiares, reduzindo a burocratização. Entretanto, sua proximidade com o usuário não isenta o restante da equipe interdisciplinar do compromisso com o cuidado compartilhado^{6,25}.

Discutimos o PTS em reunião geral com todos os profissionais do serviço, principalmente dos usuários que demandam mais e têm maior gravidade maior. Normalmente, discutimos os outros projetos nas reuniões de miniequipe, com os profissionais que atuam no território em que esse usuário reside (P 04).

Em alguns serviços, os profissionais se organizam em trios ou miniequipes de referência, desempenhando um papel similar ao do profissional de referência, mas em um contexto mais coletivo, reorganizados em grupos menores dentro da equipe geral. Essa estrutura permite discussões e trocas mais frequentes e rápidas frente às demandas cotidianas dos usuários²⁵.

Os participantes explicam que a composição desses agrupamentos de referência depende dos recursos humanos disponíveis, das características do grupo populacional e das demandas emergentes da região na qual esses profissionais são referências.

Os diversos núcleos profissionais contribuem de forma significativa nos projetos terapêuticos, visando contemplar integralmente a singularidade, necessidade e história de vida do usuário. Dessa forma, a participação de todos os profissionais é fundamental para a construção de um PTS que promova saúde e emancipação social das pessoas^{4,7}.

Para que o PTS atinja seus objetivos, além da interdisciplinaridade, é essencial considerar o conhecimento adquirido pela experiência vivida do usuário^{6,7}. A Terapia Ocupacional, com o pressuposto de fazer atividades junto ao usuário em um espaço com troca de saberes e vivências, onde a autonomia e o saber do usuário são valorizados, traça caminhos ao lado dele para estabelecer seu protagonismo nesta construção coletiva²⁴.

No momento da realização da pesquisa, o maior desafio na construção e condução dos PTS apontado pelos participantes foi a pandemia, que trouxe impactos negativos ao funcionamento dos serviços. Impediu o desenvolvimento de práticas coletivas voltadas à socialização; limitou o acesso dos usuários a outros serviços da rede intersetorial, inclusive ao próprio CAPS; e limitou as ações terapêuticas e territoriais.

Argumentamos que situações de elevado grau de emergência, como a pandemia, causam grandes transformações na dinâmica e no cotidiano das pessoas¹⁵. Apontamos a importância de análises de tais transformações para que possam ser utilizadas de forma pedagógica nos serviços, visando sua melhor qualificação e efetividade em situações semelhantes no futuro.

Entretanto, apesar da gravidade das repercussões da pandemia no cotidiano de trabalho dos profissionais, é importante tomá-las também como analisadores de uma dinâmica pré-existente e cujos desafios e potências encontram-se sinalizados neste artigo.

Outros desafios relacionados ao cotidiano dos usuários foram identificados e impactam negativamente na atenção à saúde, como vulnerabilidades sociais e territoriais; pouca participação das famílias; ausência de rede de apoio; dificuldade de acesso aos serviços; racismo e estigmatização do usuário no território e nos outros serviços de assistência.

Conforme Cunha⁵, as questões relativas ao território ou às condições de sobrevivência das pessoas que envolvem moradia, alimentação, saneamento, condições financeiras, vulnerabilidades, participação de coletivos – como tráfico, igreja, trabalho – e sua história de vida, estão entre os determinantes que influenciam diretamente no PTS.

As pessoas que possuem mais vulnerabilidades apresentam maiores necessidades sociais e de saúde devido às inúmeras carências que vivenciam em seu cotidiano. Contudo, paradoxalmente, essas pessoas encontram mais barreiras no acesso aos serviços de saúde e de vínculos intersetoriais, como educação, cultura, lazer e trabalho¹⁷.

Essa dificuldade de acesso está diretamente relacionada aos determinantes sociais da saúde, que são desfavoráveis no caso das pessoas em sofrimento psíquico, pois os fatores socioeconômicos, comportamentais, étnicos, raciais e territoriais impactam negativamente nos seus cotidianos, reforçam as iniquidades sociais, limitando ainda mais o acesso aos serviços e o direito à saúde^{17,18}.

Assim, quando os participantes do PTS se dedicam a criar um instrumento compartilhado entre diferentes instâncias intersetoriais, com objetivos comuns e recursos integrados, eles contribuem para que essa população tenha acesso mais efetivo às condições mínimas de existência e se fortaleça no exercício de sua cidadania¹⁷. Nesse contexto, os terapeutas ocupacionais, por seu caráter pragmático e conhecimento sobre o cotidiano, desempenham um papel essencial na articulação da rede intersetorial junto ao usuário no território¹².

A estigmatização, compreendida como uma crença errônea, discriminatória e limitante, cria barreiras que negam direitos e cidadania às pessoas em sofrimento psíquico. Dificulta o acesso e a adesão aos serviços de saúde, à escola e ao trabalho; podendo trazer mais prejuízo do que a própria condição primária do adoecimento. Além disso, gera dificuldades nas relações sociais e afetivas, promovendo e alimentando a exclusão social²⁶.

Por isso, desenvolver coletivamente um PTS articulado e territorial, promotor de emancipação social, constitui uma estratégia de enfrentamento da discriminação e da estigmatização junto às pessoas em sofrimento psíquico.

Outros desafios relacionados à organização e às lógicas de trabalho nos CAPS foram apontados, como recursos humanos reduzidos; aumento do número de usuários (em relação aos profissionais disponíveis para atendê-los); dificuldades na comunicação e no compartilhamento de projetos com outros serviços intersetoriais; burocratização dos processos de trabalho e dificuldades das relações interprofissionais e/ou a não continuidade da execução dos PTS pela própria equipe do CAPS. Os mesmos desafios foram apontados tanto para a construção quanto para a condução dos PTS.

A burocratização do acesso é uma dificuldade muito grande e as próprias relações da equipe, porque sabemos o quanto discordamos [...]. Às vezes, na articulação com outros serviços, encontramos barreiras. E não vou dizer que o CAPS não levanta barreira, porque nos levantamos também (P 03).

Práticas de objetificação e burocratização em produção de saúde nos serviços são incompatíveis com o desenvolvimento de um PTS, visto que seus pressupostos priorizam e estimulam práticas criativas e inovadoras para a solução de problemas cotidianos⁷.

Outras dificuldades de operacionalização do PTS incluem a falha na troca de saberes entre os profissionais, a sobrecarga das equipes devido a responsabilidade assistencial a um número elevado de usuários e à ausência de espaços coletivos para discussão de PTS com todos os envolvidos⁸.

Portanto, para maior efetividade dos PTS, além das negociações entre os envolvidos que contemplem suas necessidades, perspectivas, afetos, desejos e conflitos⁴, são necessárias mudanças na organização dos serviços e equipes com recursos suficientes para viabilizar a concretização deste dispositivo^{6,8}.

Nesse contexto, é crucial lembrar os ataques frequentes ao SUS e o desmonte dos avanços dos últimos 30 anos, instituídos pela reforma psiquiátrica, oficializados na Nota Técnica 11/2019²⁷ conhecida como Nova Política Nacional de Saúde Mental, que trouxe retrocessos e repercussões negativas ao funcionamento dos serviços.

Entre 2016 e 2019, foram editados cerca de 15 documentos, originando a questionável nota técnica, contrariando a Lei 10.216/2001²⁸, a Constituição Federal, o Pacto Internacional de Direitos Civis e recomendações específicas tanto do Conselho Nacional de Saúde quanto do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Essa nota foi amplamente contestada por diversas entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a Associação Brasileira de Saúde Mental e os Conselhos de diversas categorias profissionais envolvidas na atenção às pessoas em sofrimento psíquico²⁸.

O desmonte começou em 2016 com a Emenda Constitucional 95/2016²⁸, que determinou o congelamento de recursos destinados a políticas sociais, incluindo o SUS, por 20 anos. Em 2017, alterações na Política Nacional de Atenção Básica²⁸, repercutiram na redução de agentes comunitários e ações de matriciamento, limitando as ações comunitárias e territoriais como o PTS.

No mesmo ano, a Portaria MS 3.992/2017²⁸ permitiu o destino de recursos públicos para comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, sinalizando um desfinanciamento do CAPS e um ataque violento às políticas sobre o uso de drogas. Em 2018, o Ministério da Saúde, baseado na Resolução 36/2018 da CIT²⁸, suspendeu o financiamento de 319 serviços de saúde mental, entre eles 72 CAPS, alegando baixa produtividade.

Em suma, a Nota Técnica 11/2019²⁷ surgiu em continuidade às normativas, portarias, resoluções e decretos que iniciaram um processo de desvalorização dos serviços de base comunitária, com redução de orçamentos e recursos, priorizando financeiramente instituições excludentes, apesar de ter sido criada sob a justificativa de fortalecimento da RAPS²⁸.

Infelizmente, além dos ataques à Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Humanização²⁹, cujos pressupostos influenciam fortemente e instrumentalizam tecnologias de cuidado como o PTS, também sofreu desinvestimentos contínuos, resultando na ausência de indução política às práticas de humanização de saúde.

Nesse cenário, é possível compreender as dificuldades enfrentadas pelos participantes, como a redução de recursos materiais e humanos, a demanda excessiva de usuários e a dificuldade de investimento em ferramentas como o PTS, que exigem maior tempo e disponibilidade equipe. O PTS,

por ser um projeto político-clínico-institucional, requer equipes capacitadas, processos de trabalho organizados e recursos suficientes para sua operacionalização no território^{6,18}. Caso contrário, corre-se o risco de planejar projetos que não saiam do papel, ou pior, reproduzir o PTS de maneira prescritiva e normatizadores de vida⁷.

Entretanto, o PTS destaca-se como um dispositivo de humanização do cuidado, que viabiliza a criação de práticas inovadoras mesmo em cenários desfavoráveis, que instiga os profissionais a desenvolverem ações não convencionais em situações singulares e complexas. Ele valoriza o protagonismo das pessoas, reafirmando a necessidade da criação de políticas públicas que viabilizem e fortaleçam dispositivos democráticos de cuidado e promoção de saúde.

Os resultados do estudo sobre o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) nos CAPS apresentam implicações práticas significativas para o aprimoramento do cuidado em saúde mental. Primeiramente, ao identificar os desafios relacionados ao PTS, os profissionais dos CAPS adquirem subsídios para dialogar com a gestão sobre a necessidade de recursos e infraestrutura para efetividade desta prática de cuidado.

Além disso, o conhecimento desses desafios permite que os profissionais antecipem e adaptem as ações durante o planejamento e implementação do PTS, tornando as intervenções mais eficientes. A análise das potencialidades e limitações das articulações intersectoriais favorece o uso do PTS como uma ferramenta organizadora, sistematizando as redes de apoio e fortalecendo o trabalho conjunto entre os diferentes setores para garantir um cuidado integral.

Por fim, ao evidenciar o potencial do PTS, promove-se uma maior adesão e engajamento dos usuários em seus projetos de cuidado, uma vez que o instrumento possibilita um espaço de negociação de ações, desejos e prioridades, valorizando o protagonismo do usuário.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo, cujo objetivo foi identificar potências e desafios na construção e implementação dos PTS, revelaram a perspectiva e caracterização do PTS como um dispositivo de humanização e um instrumento potente, amplamente difundido no campo da Saúde Mental.

As famílias e os usuários são considerados importantes atores na composição do PTS, contudo, encontramos discrepâncias entre esse discurso profissional e a efetiva participação deles nas ações práticas do serviço.

A interdisciplinaridade foi ressaltada pelos participantes como um pressuposto organizador das práticas de trabalho, a Terapia Ocupacional foi apontada como componente significativo na equipe interdisciplinar, ao lado das demais categorias profissionais. Contudo, o profissional de referência, independentemente de sua formação, foi apontado como aquele que mais se aproxima do usuário e o maior articulador do PTS.

O maior desafio para a construção e condução do PTS no período da pesquisa foi a pandemia da Covid-19, somada à vulnerabilidade social, à estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico e às dificuldades nas dinâmicas de trabalho.

A pesquisa demonstrou a potência dos profissionais de saúde e do PTS inseridos no SUS, o que é muito significativo no atual momento de reconstrução das políticas públicas; além da viabilidade da utilização do PTS como um dispositivo que reafirma e valoriza a autonomia do usuário na construção do seu projeto de cuidado.

Como limitação do estudo, identificou-se a ausência da perspectiva de outros atores envolvidos no PTS, como as famílias, os próprios usuários ou outras categorias profissionais. Investigações futuras

poderiam trazer um debate enriquecedor com a composição de mais atores, permitindo a análise de diferentes perspectivas sobre o uso deste instrumento.

Por fim, acreditamos que esta pesquisa pode trazer contribuições importantes para os debates que se aquecem no campo da Atenção Psicossocial.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Petersen I, Van Rensburg A, Kigozi F, Semrau M, Hanlon C, Abdulmalik J, et al. Scaling up integrated primary mental health in six low- and middle-income countries: obstacles, synergies and implications for systems reform. *BJ Psych Open*. 2019;5(5):e69. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.7>
3. Petersen I, Van Rensburg A, Gigaba SG, Luvuno ZBP, Fairall LR. Health systems strengthening to optimise scale-up in global mental health in low- and middle-income countries: lessons from the frontlines. A re-appraisal. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e135. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000475>
4. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança [dissertação]. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2007.
5. Cunha GT. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular [internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2021 Dez 17]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
6. Junior HS, Franco TB, Merhy EE. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. 1ª ed. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2022. <https://doi.org/10.18310/9788554329778>
7. Depole B de F, Marcolino TQ, Oliveira GN, Cunha GT, Ferigato SH. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [Internet]*. 2022 [acesso em 2023 Abr 21];14(38):01–25. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>
8. Zubiaurre P de M, Wasum FD, Tisott ZL, Barroso TMMD de A, de Oliveira MAF, de Siqueira DF. O desenvolvimento do projeto terapêutico singular na saúde mental: revisão integrativa. *Arq ciências saúde Unipar [Internet]*. 2023 [acesso em 2024 Ago 1];27(6):2788-804. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-041>
9. Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2000 [acesso em 2022 Abr 12];5:219–30. <https://doi.org/10.5216/sec.v3i1.456>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental [...]. Brasília, 23 dez 2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011
11. Morato GG, Lussi IA de O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Abr 12];26(4):943–51. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1608>
12. Leão A, Salles MM. Cotidiano, Reabilitação Psicossocial e Território: Reflexões no campo da terapia ocupacional. In: Matsukura TS, Salles MM, org. *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação*. São Carlos (SP): EDUFSCar; 2016. p. 61–76.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. [Internet]. Petrópolis (RJ): Vozes; 2023 [acesso em 2024 ago 5]. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br> (Manuais Acadêmicos).
14. Oliveira S, Guimarães OM, Ferreira JL. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. *LNH* [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Ago 6];24(55):210-36. <https://doi.org/10.5965/1984723824552023210>
15. Malfitano APS, Cruz DMC, Lopes RE. Terapia ocupacional em tempos de pandemia: seguridade social e garantias de um cotidiano possível para todos. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Jul];28(2):401-4. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED22802>
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
17. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev latinoam enferm*. 2016 [acesso em 2023 Abr 19];24:e2687. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>
18. Kinoshita RT, Trino AT, Guimarães CS, Castro CA de, Prado CMAS. Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. *Saúde debate* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Abr 12]; 44(spe3):320–32. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e326>
19. Rodrigues da Silva J, Guazina FMN, Pizzinato A, Bones Rocha K. O “singular” do projeto terapêutico: (Im)possibilidades de construções no CAPSi. *Rev Polis Psique*. [Internet]. 2019 [acesso em 2024];9(1):127-46. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.83043>
20. Constantinidis TC, De Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 Ago 22];20(2):333–42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>
21. Bustamante V, Onocko-Campos R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores. *Debate sobre saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Ago 6]Out;44(spe3):156–69. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E314>
22. Silva N dos S, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Desafios na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção psicossocial. *Psicol estud* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Ago 6];25:e49996. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.49996>

23. Vasconcelos EM. Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2021. Cap. 1, Estratégia antimanicomial para resistir e avançar: abordagens baseadas em direitos e protagonismo de usuários(as) e familiares; p.39 – 91.
24. Lussi IA de O. Emancipação social e terapia ocupacional: aproximações a partir das Epistemologias do Sul e da Ecologia de Saberes. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Ago 6];28(4):1335–45. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN2015>
25. Portal PSC, Santos T de OCG, Guimarães S do S de V, Barreiros M de P, Pinto RB, Dias CH, et al. Equipes multidisciplinares como dispositivos de “referência técnica” em saúde mental nos CAPS e gestão do cuidado: uma revisão integrativa da literatura. RSD [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jul 23];10(6):e21010615747. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15747>
26. Leão A, Lussi IA de O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021 [acesso em 2022 Abr 12];25:e200474. <https://doi.org/10.1590/interface.200474>
27. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n.11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília. 4 fev 2019.
28. Cruz NF de O, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab educ saúde [Internet]. 2020 [acesso em 2022 Abr 12];18(3):e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.