

Projeto terapêutico singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico

Singular therapeutic project (PTS): instrument of care to the subject in psychic suffering

Proyecto terapéutico singular (PTS): instrumento de atención al sujeto en sufrimiento psíquico

Carlos Augusto Oliveira^{1*}, Francisca Cláudia Azevedo Fonseca¹, Jéssica Costa do Carmo¹, Kathleen Kaliandra Lima Braga¹, Marcela Fernandes de Lima¹, Maxima Cristina de Oliveira Mamed¹, Rafaela Larissa Tavares do Vale¹, Regina Oliveira Magalhães¹, Suelen Suzy Gomes Baptista¹, Graciana de Sousa Lopes¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever as condutas de acolhimento relacionadas ao PTS. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura, os levantamentos de dados foram coletados nas bibliotecas virtuais Literatura Latina Americana e do Caribe (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SCIELO), sendo inclusos artigos publicados nos últimos 10 anos de 2009 a 2019. **Resultados:** A partir da análise de conteúdo dos materiais coletados a fim de responder as questões de pesquisa, emergiram as seguintes categorias temáticas: a) PTS: ferramenta de protagonismo; b) Ações provedoras de autonomia, que mostram a importância do PTS para o tratamento e autonomia do usuário em sofrimento psíquico, e como pode ajudar na realização de ações que proporcionem qualidade de vida e reinserção do indivíduo na sociedade, o estudo também mostra o quanto é importante o apoio, a presença da família e o vínculo entre todos os envolvidos, para que possa ser alcançado resultados por meio da confiança. **Considerações finais:** É importante que a equipe planeje ações que envolva a família no tratamento, com foco na autonomia e redução de conflitos.

Palavras-chave: Saúde mental, Estratégia saúde da família, Atenção à saúde, Ações de saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the welcoming behaviors related to the PTS. **Methods:** This is a qualitative descriptive exploratory research of the type integrative literature review, the data were collected in the virtual libraries Latin American and Caribbean Literature (LILACS), Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library (SCIELO), including articles published in the last 10 years from 2009 to 2019. **Results:** From the content analysis of the materials collected in order to answer the research questions, the following thematic categories emerged: a) PTS: protagonistism tool; b) Actions that provide autonomy, which show the importance of PTS for the treatment and autonomy of the user in psychological distress, and how it can help in carrying out actions that provide quality of life and reinsertion of the individual in society, the study also shows how much support, family presence and the bond between all those involved are important, so that results can be achieved through trust. **Final Considerations:** It is important for the team to plan actions that involve the family in the treatment, with a focus on autonomy and conflict reduction.

Keywords: Mental health, Family health strategy, Health care (public health), Health actions.

RESUMEN

Objetivo: Describir los comportamientos de acogida relacionados con el PTS. **Métodos:** Se trata de una investigación exploratoria descriptiva cualitativa del tipo revisión integradora de la literatura, los datos fueron recolectados en las bibliotecas virtuales Literatura Latinoamericana y del Caribe (LILACS), Biblioteca Virtual

¹Centro Universitário Faculdade Metropolitana (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM.

*E-mail: ph.gomes2503@gmail.com

en Salud (BVS) y Biblioteca Científica Electrónica (SCIELO), incluyendo artículos publicados en los últimos 10 años de 2009 a 2019. **Resultados:** A partir del análisis de contenido de los materiales recolectados para dar respuesta a las preguntas de investigación, surgieron las siguientes categorías temáticas: a) PTS: herramienta de protagonismo; b) Acciones que brindan autonomía, que muestran la importancia del PTS para el tratamiento y autonomía del usuario en distrés psicológico, y cómo puede ayudar en la realización de acciones que brinden calidad de vida y reinserción del individuo en la sociedad, el estudio también muestra cuánto El apoyo, la presencia familiar y el vínculo entre todos los involucrados son importantes para que los resultados se logren a través de la confianza. **Consideraciones finales:** Es importante que el equipo planifique acciones que involucren a la familia en el tratamiento, con foco en la autonomía y la reducción de conflictos.

Palabras clave: Salud mental, Estrategia de salud de la familia, Atención de la salud (Salud pública), Acciones de salud.

INTRODUÇÃO

Segundo Feitosa A, et al. (2010), a Reforma Psiquiátrica (RP) originalmente ocorreu na Inglaterra, França, Itália e a posteriori, no Brasil, de início, o hospital não era considerado uma instituição médica, mas sim um local de caridade de entidades filantrópicas, que abrigava, alimentava e oferecia assistência religiosa a pobres, mendigos, doentes e os loucos, que eram vistos como demoníacos, endeusados, cômicos, trágicos e errôneos.

Ainda de acordo com Feitosa A, et al. (2010), após a Segunda Guerra Mundial ocorreu a RP inglesa, que buscou a qualificação da psiquiatria procedendo de mudanças dentro do hospital, transformando-o em um espaço terapêutico e criando as Comunidades Terapêuticas, definidas como grupos de apoio e de conversas em que profissionais e paciente juntamente com o médico, discutiam sobre a instituição, com o objetivo de expressar sentimentos, decidir sobre o funcionamento da instituição, com esta visão, Maxell Jones, inseriu as comunidades terapêuticas dentro do hospital em que trabalhava a partir de 1959.

Yasui S (2011) diz que, o sistema de saúde mental francês, que ficou conhecido como psiquiatria de setor, foi um movimento interno e corporativo, que originalmente, era uma luta que objetivava mudar os fundamentos ideológicos da prática e aconteceu a partir dos movimentos de reforma de 1960, criados por influência de intelectuais como Michael Foucault e Robert Castel.

Segundo Batista MDG (2014), na Itália, o movimento não pretendia fechar o manicômio, e sim humanizar, mas Basaglia enxergava a família, escola, prisão e manicômio como “instituições da violência”, deu-se então início às transformações que se espalharam pelo país, corroborando à negação e superação do manicômio, substituindo-o por serviços territoriais e a recuperação dos direitos sociopolíticos e de cidadania dos pacientes, restituindo os direitos dos indivíduos com sofrimento mental, resultando na promulgação da Lei 180, de 1978 que inseriu a doença mental na legislação sanitária.

Segundo Yasui S (2011), no Brasil, o processo de transformação da RP deu início no final de 1970 após profusas experiências de transformações, sendo algumas consideradas modelos a seguir, e outras objetos de crítica, que ocorreram no continente europeu e nos EUA após à Segunda Guerra Mundial.

Conforme o Ministério da Saúde (2005) citado por Filho AJDA, et al. (2015), em 1978, com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), surgiu o Movimento Social pelos direitos dos utentes psiquiátricos, constituído por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas inúmeras vezes hospitalizadas na psiquiatria.

De acordo com Pereira EC e Costa-Rosa AD (2012), sucedeu-se então, por inspiração da desinstitucionalização em psiquiatria na Itália e na França, um movimento marcado por denúncias de violência nos manicômios, pela mercantilização da loucura, e pela formação de uma visão de aspecto crítico em relação ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, o MTSM pede por melhores condições de trabalho e de atendimento aos pacientes, surgiram então, as primeiras propostas para a reorientação da assistência.

Segundo Martins GCS, et al. (2012) e Almeida FAD e Cezar AT (2016), surgem então, desde a Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, as Residências Terapêuticas (RT), com características que contribuem para a desinstitucionalização e inserção dos indivíduos com transtornos mentais na sociedade, proporcionando também atendimento humanizado, são moradias vinculadas aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, destinadas a pessoas que foram dependentes dos manicômios e que não possuem família, são organizadas em: Residência tipo I, que é propícia para os que apresentam mais autonomia, e Residências tipo II, que são destinadas aos que necessitam de cuidados diretos de um profissional de enfermagem.

Para Brasil (2011), em 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 3.088, com a finalidade de prever a criação, ampliação e articulação dos sítios de atenção à saúde de indivíduos com necessidades do uso de substâncias psicoativas de forma subsequente, levando em consideração que a Saúde Mental faz parte das redes prioritárias.

De acordo com Ferreira JT, et al. (2016), em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1986, inspirado nas experiências de outros países e amparado pela lei 10.216/02, como resultado de uma luta social de 12 anos, substituindo o modelo “hospitalocêntrico” e permitindo que o doente mental permaneça no seio familiar, oferecendo atendimento multidisciplinar, visando a comunicação ativa entre a atenção básica, ESF, a família e o próprio sujeito.

Segundo Mielke FB, et al. (2009), os CAPSs oferecem serviços diariamente, com a função de acolher o indivíduo durante situações de crise em sua área de abrangência, desenvolve atividades individuais e grupais como oficinas terapêuticas e de criação, arte, e atividades físicas e lúdicas, juntamente da medicação, envolvendo a família no tratamento e oferecendo atendimento de acordo com a singularidade do indivíduo, permitindo acesso sempre que necessário.

Segundo Brasil (2015), em Santos no ano de 1989, foram criados os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps), hoje conhecidos como CAPS III, que atende indivíduos em intenso sofrimento mental decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, além de pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas, proporcionando a esses pacientes atenção contínua por 24 horas, mesmo durante feriados e finais de semana. De acordo com Oliveira IC, et al. (2012), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados após a Portaria 154/GM, expedida em janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde – MS, atua com o plano de clínica ampliada, tendo como base a integralidade e objetivando ampliar a habilidade das equipes da ESF, para atender de forma positiva o grupo compreendido por um território demarcado para a equipe.

Segundo Oliveira GN (2007) citado por Hori AA e Nascimento ADF (2014), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o projeto de saúde no território foram embasados pelo acordo de apoio e o trato organizacional matricial e equipe de referência que foram retratados pelas diretrizes dos NASF com intuito de promover a clínica ampliada, compreendendo um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas voltadas tanto para o doente e a família, quanto para um grupo, com objetivo de proporcionar autonomia ao sujeito, organizar o processo de trabalho e fortalecer o trabalho interdisciplinar.

De acordo com Lima FLC (2013), para a qualidade do PTS, é necessária uma equipe profissional que além de formação acadêmica, seja capacitada e qualificada, que valorize o atendimento e não só o alcance de metas, que esteja disposta e leve saúde a escolas e igrejas, realizando reuniões para elaborar e definir o PTS, colocando em prática o “fazer junto”. O projeto terapêutico – PT deve ser elaborado de acordo com as necessidades do indivíduo sem excluir suas opiniões e projetos, por ser singular, deve haver interação e comprometimento entre profissional/doente/família, permitindo vínculos e estabelecendo confiança para que sejam reconhecidos e aceitos com parceria e afinidade, portanto, é importante que o paciente tome responsabilidade terapêutica (PINTO DM, et al., 2011; DA SILVA AI, et al., 2016).

Para Hori AA e Nascimento ADF (2014), é de responsabilidade dos profissionais NASF ações que visem a cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, no entanto, devido a demanda, esses profissionais encontram dificuldades para realizar o cuidado de forma organizada, diante disto, é de grande importância uma equipe de apoio com profissionais (terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais...) de áreas, formações e trajetórias diferenciadas, para que juntos possam realizar atividades terapêuticas, educativas e de formação e capacitação com sucesso.

Dorigatti AE, et al. (2014) relata que, para a elaboração do PT é importante ter um olhar voltado para a singularidade de cada doente em várias situações de sua vida, necessitando da atenção, visão e escuta para perceber e reconhecer as subjetividades, diante disto, define-se a equipe ou um profissional que será responsável pelo PTS, devendo este dispor de conhecimento clínico, pois realizará reuniões e reavaliará as intervenções e necessidades, por meio dos serviços e instituições dentro e fora da rede de saúde.

O PTS é um instrumento importante para a construção do cuidado ao usuário do CAPS que está em sofrimento psíquico, serve de guia para a assistência, com intuito de reabilitação mental, visando a singularidade do indivíduo, planejado por uma equipe profissional, usuário e família, considerando todos os contextos de todas as áreas da vida do portador (KANTORSKI LP, et al., 2010; SCHOLZ DCS, et al., 2014).

O objetivo deste estudo é descrever as condutas de acolhimento relacionadas ao PTS. Os objetivos específicos se caracterizam em apresentar o PTS como ferramenta de cuidado ao usuário do serviço de saúde mental; descrever a importância do PTS para o desenvolvimento psicossocial para coletividade.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura (RIL), no qual tem por objetivo mostrar com clareza, de que forma acontece o processo terapêutico singular, e sua influência no tratamento de pessoas com doenças mentais. O levantamento das informações foram colidas nas bibliotecas virtuais seguintes: Literatura Latina Americana e do Caribe (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SCIELO). Foram incluídos no estudo artigos publicados nos últimos 10 anos de 2009 a 2019.

Os descritores/DECS (Descritores em Ciências da Saúde) utilizados foram: “Saúde Mental” (Mental Health), “Estratégia Saúde da Família” (Family Health Strategy), “Atenção à Saúde” (Delivery of Health Care), foram usados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e on-line, publicados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos, disponíveis para download e escritos em língua portuguesa e inglesa que retratassem a temática dos resumos pertinentes aos objetivos. E usados como critérios de exclusão: duplicatas, livros, mídias, reportagens, monografias, teses e dissertações, artigos não disponíveis para download, além de resumos com conteúdo fora da temática, artigos que não respondiam as questões de pesquisa e que fossem do idioma espanhol.

A posteriori, houve a análise do material encontrado, organizado e separado de acordo com as seguintes etapas: armazenamento dos artigos encontrados conforme as bases de dados; armazenamento dos artigos encontrados dentro dos critérios de inclusão; organização dos artigos, conforme características teórico-metodológicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 74 artigos na primeira etapa da pesquisa, que foram organizados e analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão, em seguida, foram excluídos 10 duplicatas encontradas, restando 64 artigos. Após a leitura parcial desses artigos, 8 foram excluídos pelo formato (monografias e dissertação), restando 56 artigos. Esses artigos foram lidos na íntegra, durante a segunda avaliação foram excluídos 38 artigos que não respondiam as questões de pesquisa, sendo selecionados 18 artigos, entre os anos de 2009 a 2019. Emergiram então, as seguintes categorias temáticas: a) PTS: ferramenta de protagonismo; b) Ações provedoras de autonomia.

PTS: ferramenta de protagonismo

O PTS é um instrumento com objetivo de oportunizar autonomia, colocando em prática ações que visem a singularidade e a necessidade do doente mental, permitindo o envolvimento do indivíduo e da família no tratamento, e em todos os projetos, planos e encontros realizados pela equipe, onde podem tirar dúvidas e recebem o apoio necessário ao passar por um processo de transformação que propiciam uma melhora na qualidade de vida, reintegração social e independência, por meio de assistência humanizada e eficaz (BAPTISTA JÁ, et al., 2020; ALMEIDA PAD e MAZZAIA MC, 2018; BITTENCOURT MN, et al., 2018).

Assunção JIV, et al. (2019) e Boccardo ACS, et al. (2011), afirmam que deve existir responsabilidade da parte de todos os envolvidos para o sucesso do PTS, e para isso, é preciso organizar a equipe de forma que as responsabilidades sejam compartilhadas entre a própria equipe/usuário/família, com intuito de criar vínculo e confiança durante o atendimento e o cuidado, assegurando a atenção continuada.

No entanto, de acordo com Linassi J, et al. (2011), apesar da família ter significativa importância durante o processo de autonomia e elaboração do PTS, apesar de ser corresponsável pelo portador de transtorno mental, nem sempre quer fazer parte do tratamento, mesmo com tentativas por parte da equipe em envolvê-los, alguns se acomodam com a situação e sofrimento do sujeito, e não percebem o seguimento de adoecer do indivíduo.

Pinho ES, et al. (2015) e Jorge MSB, et al. (2015), afirmam que o PTS é um instrumento que ainda está em construção, e por isso, enfrenta algumas dificuldades em sua prática, que acaba interferindo de maneira negativa na ação da equipe, a falta de capacitação profissional e o baixo salário por exemplo, são fatores que atrapalham no bom desempenho do profissional, além desses, a limitação do que é oferecido pelas unidades de atenção primária, e a concentração do tratamento no atendimento do médico que não envolve outros profissionais ao elaborar o PT .

A má organização da equipe para visitas domiciliar, a falta do usuário nas atividades propostas pela equipe e o medo de sofrerem agressão por parte dos pacientes, também fazem parte desses fatores que prejudicam a formação de vínculo com o indivíduo portador de doença mental, que muitas vezes resulta na interrupção do cuidado ou impossibilita a autonomia, levando a necessidade de reorganizar os serviços visando o biológico, social e psicossocial do usuário, porém, mesmo diante de tantos impedimentos, a proposta da Política Nacional de Saúde Mental é atingida por meio do PTS (PINHO ES, et al., 2015; RODES CH, et al., 2017; BAPTISTA JA, et al., 2020).

Ações provedoras de autonomia

Furtado RP, et al. (2016), menciona que durante a elaboração do PTS são planejadas ações e intervenções necessárias por meio da organização de equipe e avaliação profissional, essas ações são atividades planejadas por todos os envolvidos e efetuadas de forma individual ou grupal pela equipe com o usuário e a família, podendo ser: acolhimento, referente dia, visita e atendimento familiar, passeios, confraternização e oficinas terapêuticas.

Kercher PV, et al. (2017) e Linassi J, et al. (2011), concordam que entre as ações e intervenções realizadas pela equipe está o atendimento clínico, reuniões e a visita domiciliar, que é uma ação que permite ao profissional conhecer e compreender o dia a dia do indivíduo, para que possa elaborar seu plano de cuidado de acordo com a realidade vivenciada pelo usuário e iniciar o processo de vínculo terapêutico.

Nunes VS, et al. (2015), relata que as oficinas garantem um leque de atividades como: produção de materiais, expressão e aprendizagem de ofício. Os autores também citam Brasil (2004), que classifica as oficinas em: expressivas, que utilizam expressão de subjetividade por meio da arte (desenho, pintura, argila); expressão do corpo, através da dança, teatro e ginástica; expressão da fala com leitura, elaboração de textos e poesias; expressão musical, fotográfica e teatral, podendo essas oficinas gerar renda e alfabetização, além de possibilitar reinserção social e reabilitação do usuário.

De acordo com Ramminger T e De Brito JC (2011), as oficinas são organizadas de acordo com a predileção pessoal dos funcionários envolvidos, podendo ser oficinas de: beleza, que ajudam a mediar crises; caminhada, que desperta memórias vividas pela cidade e ajuda a superar limites; e vídeo cinema, que proporciona debate e olhar crítico. São organizadas também de acordo com o diagnóstico do usuário, com o objetivo de propiciar expressão verbal, além de considerar a individualidade e o potencial de cada paciente, através de atividades com cartazes, desenhos e corte e colagem, que podem ser expostos nos CAPS como decoração (NUNES VS, et al., 2015). Para De Andrade EP, et al. (2016), a arteterapia sugere implicação psicoterápico, voltada para a particularidade do indivíduo, neste tipo de oficina, toda atividade tem um significado, esclarece e até soluciona conflitos internos, pois coloca o usuário de frente com a dor emocional que fica escondida, possibilitando o diálogo e a descoberta de habilidades, que podem contribuir para novas oportunidades de reconstrução e para uma nova forma de enfrentar a situação, e assim, melhorar a qualidade de vida.

Segundo Vasques MCPCF (2009), a arteterapia tem a capacidade de auxiliar no tratamento do sofrimento mental, proporcionando a descoberta de novas expressões, em que suas emoções e dificuldades são reconfiguradas em forma de arte, onde expressão medos e até necessidades ocultas, permitindo que o sujeito desenvolva uma nova visão de vida, reconhecendo suas dificuldades e adotando uma diferente postura, por meio de materiais e técnicas que resgatam o lado divertido e infantil já abandonado, mesmo quem não sabe desenhar conseguem participar das atividades que envolve diversas modalidades (VASQUES MCPCF, 2009). De acordo com Furtado RP, et al. (2016), a atividade física por meio de práticas corporais de aventura e interativas como o futebol, ginástica, futsal, jogos diversos, lutas, avaliação física, dança, brincadeiras, natação e passeio, também estão envolvidos no cuidado terapêutico, contribuindo para a reinserção do indivíduo no meio social, e são atividades que também fortalecem a ideia da integralidade.

Segundo Carvalho MAP, et al. (2013), a terapia comunitária interativa tem como foco a autonomia do usuário, através da ideia de que todos possuem poder de transformar suas vidas, despertando desejo de responsabilidade por sua vida, de trabalhar e estudar, contribuindo para uma maneira diferente de enfrentar e lidar com o sofrimento mental em que vive. Para Ferreira Filha MO e Carvalho MAP (2010), a terapia comunitária é um espaço de acolhimento, em que todos os envolvidos podem compartilhar sentimentos e emoções sem medo e vergonha, pois recebem valor e respeito por sua história, despertando no sujeito autoconfiança e autoestima, permitindo labutar em seus conflitos e problemas, buscando reduzi-los, estendendo a vivência da terapia a família.

Em seu estudo Nascimento ADF e Galvanese ATC (2009), citam que na maioria dos CAPS, há uma maior centralização em atividades manuais que geram renda como confecção de tapetes, costura, artesanato, crochê e fuxico, e atividades que ensinam cuidados pessoais, horta e culinária, porém, em alguns CAPS, a atenção é mais voltada a atividades psicofísicas como o liam gong e tai chi chuan, que são práticas corporal oriental chinesa, e outros trabalham com foco em ações psicoterápicas, no entanto, essas atividades dependem de aspectos socioeconômicos da região onde está o CAPS, além dos recursos oferecidos pela região.

De acordo com Bianchini F, et al. (2012), a acupuntura por tratar diversas patologias, está sendo adotada nas variadas áreas de saúde, inclusive na dependência de álcool e drogas, ajudando na reabilitação desses usuários que passam por sofrimento mental, por estimular a adesão e manutenção do tratamento e evitar recaídas, facilitando a presença desse grupo no projeto, que associada ao tratamento convencional propicia melhora nos sintomas da dependência. Gelinski TC e Dos Santos ARS (2012) concordam que a acupuntura agregada ao tratamento convencional proporciona a minimização dos sintomas de dependência, fazendo com que o próprio usuário queira permanecer em tratamento, os autores também relatam que, esse desempenho da acupuntura se dá pelo papel que possui em manipular e equilibrar o Yin e Yang, reparando e equilibrando o funcionamento do corpo ao ativar as vias cerebrais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa para compor este estudo, vários autores deixaram claro a importância do PTS dentro do CAPS para o cuidado do portador de transtorno mental, que deve ser elaborado pela equipe em conjunto com o usuário e a família, buscando a melhor forma de seguir o tratamento sem interrupções, focando na redução de conflitos, na autonomia e reinserção do indivíduo no meio social, apesar da difícil tarefa de envolver paciente e família no processo, é importante que o profissional não desista e faça uso de abordagens que possibilitem a formação de confiança e vínculo entre os envolvidos, para que através da escuta e da fala possam compreender a situação e estabelecer ações de acordo com as necessidades e dificuldades vivenciadas pela família no devido momento.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA FAD, CEZAR AT. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. IGT rede, 2016; 13(24): 105-114.
2. ALMEIDA PAD, MAZZAIA MC. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. Rev. Bras. Enferm., 2018; 71(5): 2154-2160.

3. ASSUNÇÃO JIV, et al. Eiras e beiras: atenção psicossocial a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. *Psicologia & Sociedade*, 2019; 31.
4. BAPTISTA JÁ, et al. Projeto terapêutico singular em saúde mental: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, 2020; 73(2): 20180508.
5. BATISTA MDG. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Política & Trabalho*, 2014; 40.
6. BIANCHINI F, et al. Acupuntura como recurso complementar na modificação do comportamento e atividade mental de dependentes químicos. *Rev Bras Terap e Saúde*, 2012; 2(2): 33-37.
7. BITTENCOURT MN, et al. A experiência da ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas. *Rev. Bras. Enferm.*, 2018; 71.
8. BOCCARDO ACS, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.*, 2011; 22(1): 85-92.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. 2011; 1; 230.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015.
11. CARVALHO MAP, et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013; 29: 2028-2038.
12. DA SILVA AI, et al. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, 2016; 21(3).
13. DE ANDRADE EP, et al. Arteterapia, CAPS e psicologia: relações e possibilidades de trabalho. *Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional*, 2016; 9(1).
14. DORIGATTI AE, et al. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. *Rev. bras. educ. med.*, 2014; 38(1): 113-119.
15. FEITOSA A, et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. *Mnemosine*, 2010; 6(1): 111-133.
16. FERREIRA FILHA MO, CARVALHO MAP. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2010; 31(2): 232-9.
17. FERREIRA JT, et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev Saberes*. 2016, 4(1):72-86.
18. FILHO AJDA, et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Rev. Enf. Ref.*, 2015; IV(4): 117-125.
19. FURTADO RP, et al. Educação física e saúde mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*, 2016; 22(4): 1077-1090.
20. GAZIGNATO ECDS, SILVA CRDC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 2014; 38: 296-304.
21. GELINSKI TC, DOS SANTOS ARS. Eficácia da acupuntura no tratamento da dependência do álcool. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 2012; 1(2): 91-104.
22. HORI AA, NASCIMENTO ADF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014; 19(8): 3561-3571.
23. JORGE MSB, et al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto contexto - enferm.* 2015; 24(1).
24. KANTORSKI LP, et al. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. *Cogitare enfermagem*, 2010; 15(4): 659-666.
25. KERCHER PV, et al. O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência. *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho*. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017; 127-132.
26. LIMA FLC. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 2013; 3(2): 118-133.
27. LINASSI J, et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Revista Contexto & Saúde*, 2011; 11(20): 425-434.

28. MARTINS GCS, et al. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto contexto - enferm.*, 2012; 21(1): 86-94.
29. MIELKE FB, et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(1): 159-164.
30. NASCIMENTO ADF, GALVANESE, ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43: 8-15.
31. NUNES VS, et al. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2015; 5(2): 135-146.
32. OLIVEIRA IC, et al. Palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. *Rev. bras. educ. med.*, 2012; 36(4): 574-580.
33. PEREIRA EC, COSTA-ROSA AD. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saude soc.*, 2012; 21(4): 1035-1043.
34. PINHO ES, et al. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23: 141-152.
35. PINTO DM, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto - enferm.*, 2011; 20(3): 493-50.
36. RAMMINGER T, DE BRITO JC. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 2011; 23: 150-160.
37. RODES CH, et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2017; 24(1).
38. SCHOLZ DCS, et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no sul do Brasil. *Revista Contexto & Saúde*, 2014; 14(27): 65-69.
39. VASQUES MCPCF. A arteterapia como instrumento de promoção humana na saúde mental. *Dissertacao (Mestrado de Medicina) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu*, 2009; 87 p.
40. YASUI S. Conhecendo como origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesas e italianas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2011; 18(2): 585-589.