

# CADERNO PARA CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPEUTICOS INSTITUCIONAIS NA RAPS



Obra intitulada "Cacto" do artista plástico José William Crispim Alves



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE



# CEARÁ

## GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

### GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Elmano de Freitas da Costa

### VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DO CEARÁ

Jade Afonso Romero

### SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Tânia Mara Silva Coelho

### SECRETARIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

Carla Cristina Fonteles Barroso

### SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Lauro Vieira Perdigão Neto

### SECRETARIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Maria Vaudelice Mota

### SECRETÁRIO EXECUTIVO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Antônio Silva Lima Neto (Tanta)

### SECRETARIO EXECUTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Lauro Vieira Perdigão Neto

### SECRETÁRIO EXECUTIVO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Ícaro Tavares Borges

### SUPERINTENDENTE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti

### SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE NORTE - SRNOR

Mônica Sousa Lima

### SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE /LITORAL LESTE JAGUARIBE- SRLES

Mere Benedita do Nascimento

### SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE DO SERTÃO CENTRAL – SRCEN

Antônio Weliton Xavier Queiroz

### SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DO CARIRI- SRSUL

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

### SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE FORTALEZA- SRFOR

Luciano Barreto Quental

**COORDENAÇÃO TÉCNICA**

Raimunda Félix de Oliveira

**AUTORES**

Alexandre Semeraro de Alcântara Nogueira  
Núbia Dias Costa Caetano  
Raimunda Felix de Oliveira  
Soraia Cassiano Rodrigues  
Sylvia de Sousa e Silva

**REVISÃO**

Alexandre Kerr Pontes  
Maria Luiza Ribeiro Pessoa  
Raimunda Félix de Oliveira  
Soraia Cassiano Rodrigues

**COLABORAÇÃO****COORDENADORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL (COPOM/SEAPS)**

Raimunda Félix de Oliveira  
Andrea Frota Sampaio Figueiredo  
Andria Moreira de Alencar  
Alexandre Kerr Pontes  
Juliana Mara de Freitas Sena Mota  
Lucas de Paula Ferreira  
Maria Luiza Ribeiro Pessoa  
Maria das Dores Lima  
Sarah Lima Verde da Silva

**EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO**

Atila Pereira Mota Junior  
Narlan da Silva Mota

**COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO**

Helga Rackel Sousa Santos

**PROJETO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E CAPA**

Júlio César Alves Lopes

**EQUIPE DE MARKETING SESA**

Allane Marreiro de Sousa  
Rayanne Nunes Forte de Aguiar

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Caderno para construção de projetos terapêuticos institucionais na RAPS [livro eletrônico] / Alexandre Semeraro de Alcântara Nogueira...[et al.] ; coordenação Raimunda Félix de Oliveira. -- 1. ed. -- Fortaleza, CE : Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2025.  
PDF

Outros autores: Núbia Dias Costa Caetano, Raimunda Felix de Oliveira, Soraia Cassiano Rodrigues, Sylvia de Sousa e Silva.

**Bibliografia.**

ISBN 978-85-5326-099-7

1. Avaliação psicossocial - Metodologia
2. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
3. Interdisciplinaridade na saúde
4. Políticas públicas
5. Saúde mental - Aspectos sociais
6. Saúde pública
7. Serviços de saúde comunitária
8. Sistema Único de Saúde (Brasil)
- I. Nogueira, Alexandre Semeraro de Alcântara.
- II. Caetano, Núbia Dias Costa.
- III. Oliveira, Raimunda Felix de.
- IV. Rodrigues, Soraia Cassiano.
- V. Silva, Sylvia de Sousa e.
- VI. Oliveira, Raimunda Félix de.

25-296985.0

CDD-362.109

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde pública 362.109

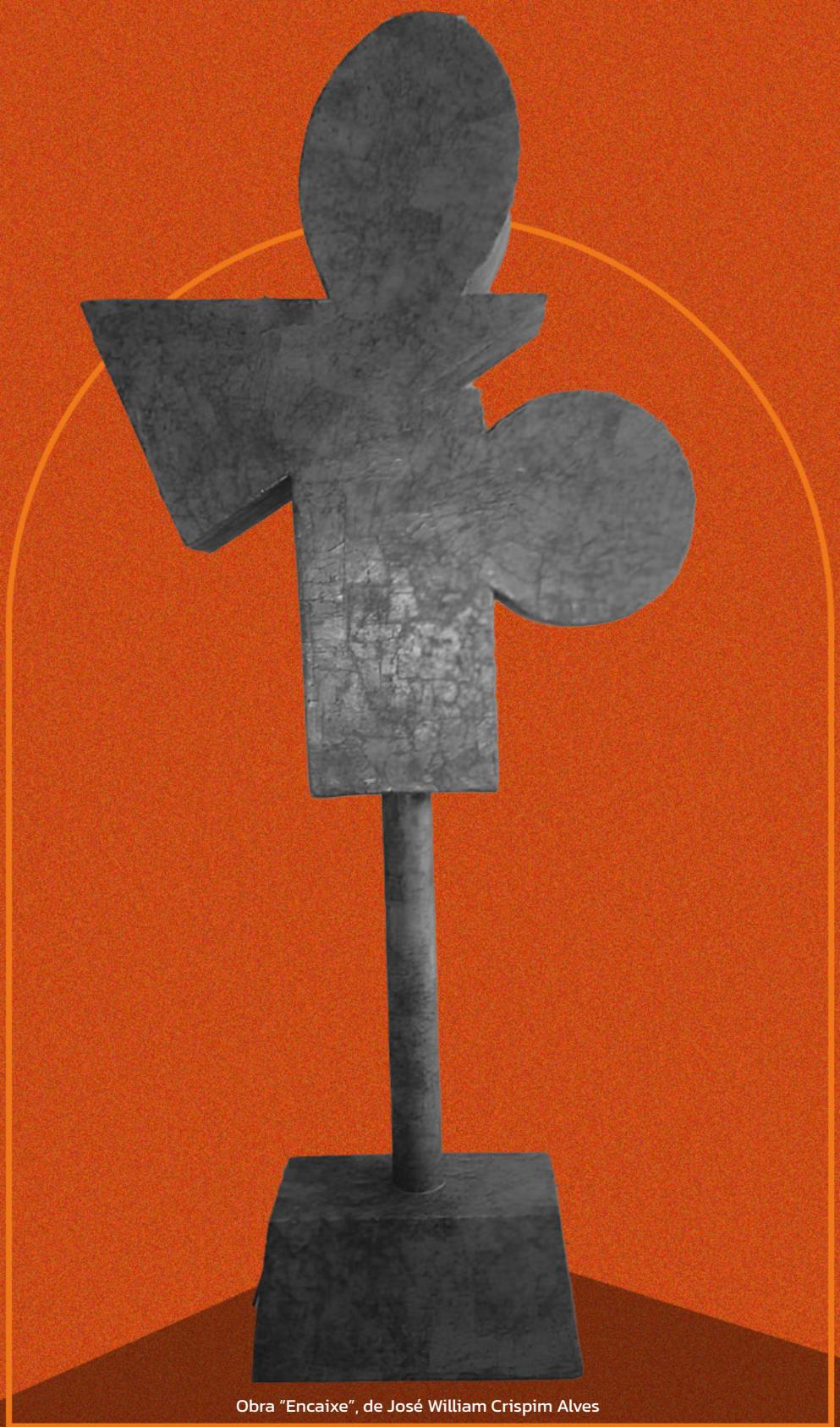
Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



“

E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas  
E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá  
É tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho por mais que pense estar  
É tão bonito quando a gente pisa firme  
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos  
É tão bonito quando a gente vai à vida  
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração”.

**Caminhos do Coração- Gonzaguinha**



Obra “Encaixe”, de José William Crispim Alves

# Sumário

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
2.1. O PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL	10
<b>3. SEÇÃO I – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DO PTI.....</b>	<b>12</b>
3.1. PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
3.2. DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	16
3.3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO PTI	16
<b>4. SEÇÃO II – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO PTI.....</b>	<b>21</b>
4.1. DIAGNÓSTICO E TERRITORIALIZAÇÃO	23
4.2. IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS	26
4.3. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS	27
4.4. ATENDIMENTO DE POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS	32
4.5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PTI	33
<b>5. SEÇÃO III – INTERSETORIALIDADE E COGESTÃO DO CUIDADO EM REDE.....</b>	<b>35</b>
5.1. AÇÕES DE CUIDADO CONJUNTA ENTRE CAPS E SRT'S	36
5.2. AÇÕES DE CUIDADO ENTRE CAPS AD E UNIDADE DE ACOLHIMENTO – UA	36
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>55</b>

# APRESENTAÇÃO

O *Caderno para Construção do Projeto Terapêutico Institucional – PTI*, produzido pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, por meio da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental – COPOM, vinculada à Secretaria Executiva da Atenção Primária à Saúde, tem como objetivo subsidiar o processo coletivo envolvendo gestores, trabalhadores, profissionais e usuários da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado do Ceará, na construção dos PTI's dos serviços de saúde mental.

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ceará- PESMAD tem como principal objetivo, fortalecer a gestão do cuidado e a governança em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no âmbito das Regiões de Saúde do Estado do Ceará.

Este caderno apresenta orientações, diretrizes, referências conceituais, normativas nacionais e estaduais e proposições para a gestão do cuidado nos serviços da RAPS através de documentos legais e científicos, que devem contribuir para a construção e/ou atualizações dos PTI's.

Desta forma, na seção I são explicitados os princípios e diretrizes que orientam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como os conceitos fundamentais na organização dos serviços e na oferta de cuidados. Na seção II são apresentadas as etapas de construção do Projeto Terapêutico Institucional, bem como descritos os elementos constitutivos desse documento em correlação ao marco ético-legal da RAPS e às características e responsabilidades definidas aos serviços de saúde mental pelas portarias reguladoras. A seção III traz a discussão acerca da intersetorialidade e a natureza de cogestão do cuidado entre os serviços da RAPS. Por fim, nos apêndices, são apresentados instrumentos úteis para consulta ou utilização nas etapas de construção do PTI.

# INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), têm desempenhado um papel crucial, à medida que trazem como proposta a criação de um ambiente acolhedor e terapêutico que respeita a diversidade cultural, as particularidades de cada grupo e as singularidades dos indivíduos. Neste contexto, o Projeto Terapêutico Institucional (PTI) emerge como uma ferramenta essencial para a consolidação desses princípios, na medida em que promovam práticas terapêuticas inclusivas e eficazes que transcendam o mero procedimento mecanicista de produtivismo quantitativo.

A prática do trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ir além da simples execução de tarefas. É fundamental que essa atuação esteja sustentada por uma visão crítica da realidade, ou seja, que os profissionais reflitam sobre o contexto em que estão inseridos. Essa práxis deve considerar, de forma integrada, os aspectos políticos, éticos, estéticos, sociais e econômicos da sociedade, entendendo que o cuidado em saúde mental está profundamente relacionado às condições de vida das pessoas. Isso inclui as estruturas de poder, as relações familiares e comunitárias, bem como os marcadores sociais como classe, raça e gênero, que influenciam diretamente as experiências de sofrimento psíquico e as formas de cuidado.

Isso implica em incorporar uma clínica ampliada que efetive a integralidade do cuidado, através da qual as atividades individuais, coletivas e comunitárias desempenham um papel fundamental. Essas atividades não apenas fortalecem os laços comunitários e sociais dos(as) usuários(as) do serviço, mas também proporcionam um espaço seguro para a expressão individual e coletiva das necessidades e aspirações de cada pessoa.

Os CAPS caracterizam-se pelo trabalho interprofissional compartilhado, que combina saberes de diferentes áreas da saúde e das políticas intersetoriais. Essa abordagem colaborativa não só enriquece o planejamento, o acompanhamento e a avaliação contínua do cuidado terapêutico, mas também promove a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais, resultando em intervenções integrais e eficazes.

A base que fundamenta os CAPS e suas modalidades, inclui os seguintes marcos legais: a Lei nº 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a Lei nº 10.216/2001 (Redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental), a portaria nº 336 de 19/02/92 que regulamenta o funcionamento dos CAPS, a Portaria nº 757/2023 (Vigente), Portaria nº 3088 de 23/12/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH) que reforça a importância da escuta qualificada, da autonomia dos usuários e da humanização do cuidado, orientando práticas que respeitem a singularidade de cada sujeito e promovam o acolhimento e a integralidade.

Além das bases legais, a participação ativa dos usuários e seus familiares, juntamente com os mecanismos de controle social, como os conselhos locais de saúde, conferências e assembleias no serviço, são fundamentais para a construção compartilhada das políticas públicas de saúde mental. Esses espaços democráticos garantem que as necessidades e expectativas dos usuários sejam adequadamente representadas e atendidas, reforçando a base de garantias de direitos humanos e a inclusão social.

## 2.1. O Projeto Terapêutico Institucional (PTI)

O *Projeto Terapêutico Institucional – PTI* é um documento produzido pela equipe dos CAPS que explicita o “modo de fazer” do serviço. Nele estão contidos, para conhecimento e orientação de todos, o resultado de um amplo processo de discussão e idealização pela equipe de suas ações, objetivos, metodologias e propostas que são voltados ao cuidado integral da pessoa em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com as características, necessidades e o contexto de vida dos usuários do serviço.

É uma produção viva e em contínua transformação, embasada na experiência do território e nas singularidades dos sujeitos. Por isso, tem natureza flexível, podendo ser reestruturado e repensado a qualquer tempo. É voltado para a gestão do cuidado, que pode ser revista pela equipe sempre que se fizer necessário, com a incorporação de elementos do contexto territorial, temporal e espacial. No processo dessa construção, deve ser considerada a autonomia das pessoas envolvidas no cuidado, diante da responsabilização de acompanhamentos e referências protagonizadas pelas equipes.

O PTI direciona as definições da política para a implementação da oferta de atenção psicosocial nos municípios, configurando-se como “importante referência de planejamento e gestão da política de saúde mental nos municípios” (JARDIM, 2009, p. 242). Isso quer dizer que além de se apresentar enquanto metodologia de análise da realidade de saúde de uma população, e de orientar a ação das equipes de saúde mental, o PTI pode subsidiar a análise da política de saúde mental.

Importante ressaltar que a construção do PTI deve mobilizar todos os atores da saúde mental: gestores municipais que pactuam planos e metas para a saúde, orientam, gerenciam e organizam a rede de saúde, gestores dos CAPS, bem como profissionais, usuários e familiares.

Como instrumento de articulação entre os aportes teórico e prático, o PTI se concretiza como ferramenta da práxis, buscando no concreto, a implementação do ideário da Reforma Psiquiátrica, a reorientação do modelo em saúde mental e a inclusão social da diferença.

Assim, o PTI é ao mesmo tempo técnico e terapêutico, e deve estar em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas, assim como com a PESMAD<sup>1</sup> e a Política Nacional de Humanização. É compreendido como um instrumento estratégico e norteador para a equipe interdisciplinar, de grande relevância para o desenvolvimento do serviço no âmbito da atenção psicossocial.

**Na estrutura de um PTI devem conter todas práticas ofertadas pela equipe multiprofissional**

1 A formulação da PESMAD foi antecedida por um diagnóstico situacional, realizado por um grupo condutor intersetorial, que contou com representantes das diversas secretarias governamentais que, por meio de oficinas regionais, validou o diagnóstico e construiu a proposta da PESMAD. Esta foi discutida na Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da Comissão Intergestores Bipartite- CIB e a seguir, pactuada na CIB. Da mesma forma, a PESMAD foi submetida à Câmara Técnica de Acompanhamento de Regionalização da Assistência do SUS (CANOAS) e posteriormente apreciada e aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CESAU). Como etapa da primeira atualização da PESMAD, visando aprová-la como lei estadual, foi elaborada em 2023 a segunda versão do Diagnóstico Situacional da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS nas cinco Regiões de Saúde do Ceará.

para o funcionamento do serviço. Nele também são detalhados os princípios e diretrizes dos serviços, o acesso, a metodologia e os instrumentos de trabalho, a forma de gestão e de organização do serviço, o público alvo da unidade, os fluxos de atendimento e as articulações intersetoriais.

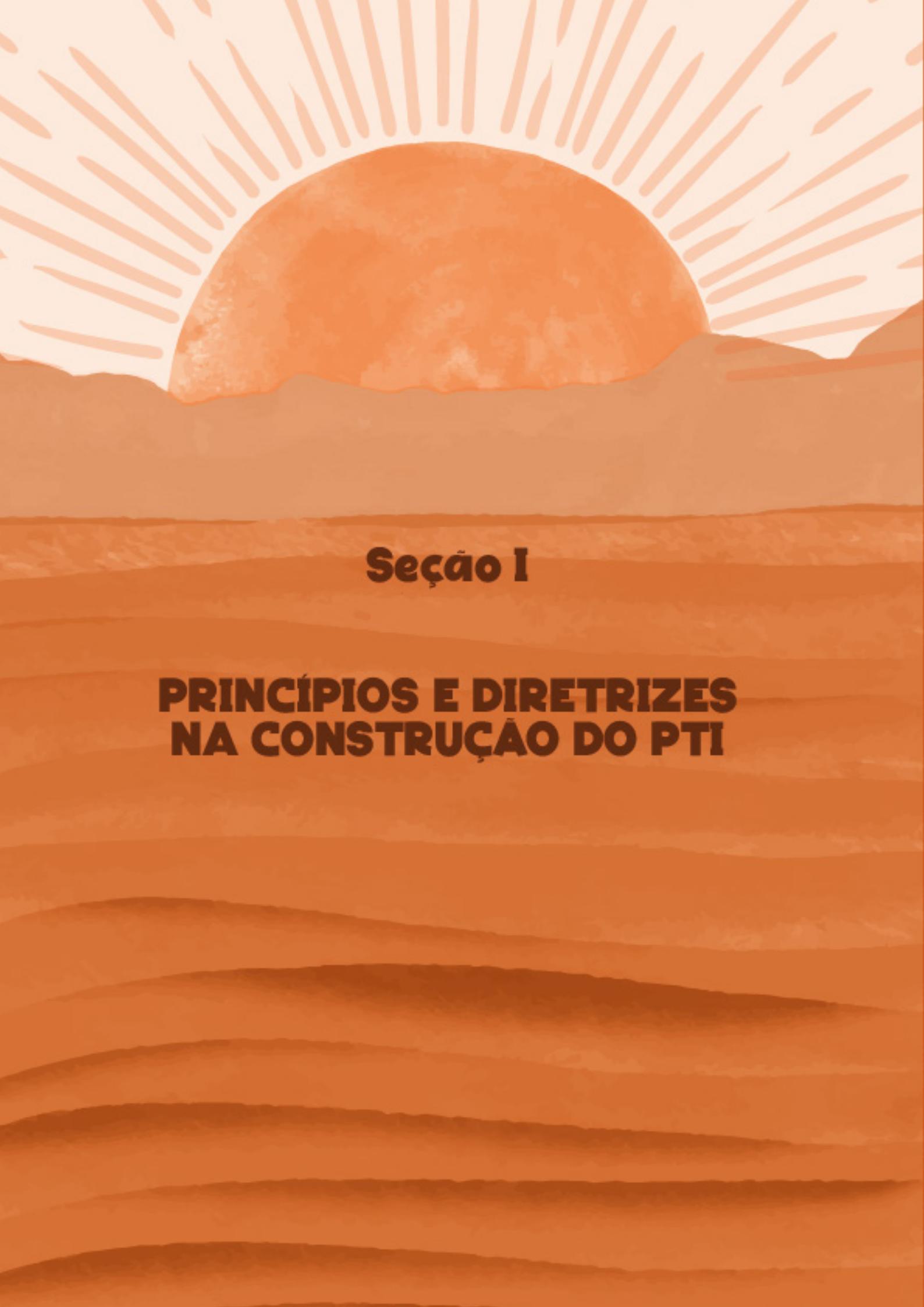
É importante destacar que a construção do PTI atravessa produções de vidas em situações de sofrimento psicossocial, incluindo condições relacionadas aos usos abusivos e prejudiciais de álcool e outras drogas, frente a um modelo de prática não asilar que ainda está em processo de efetivação pelas práticas vigentes.

Nesse feito, evoca a incorporação dos sujeitos que sofrem, diante das demandas apresentadas por eles, incluindo ações psicossociais como práticas contínuas da equipe, articulando-se com a rede para garantir a gestão do cuidado, num encontro de diálogos e fazeres multiprofissionais.

Para além de protocolos fixos e determinados, o PTI oferece elementos compositivos para o reencontro e o acontecimento do usuário e de suas famílias, do trabalhador com as práticas atraídas pelo território, com a participação direta na comunidade, visando a potencialização real de condições existenciais humanas na produção de saúde mental.

Apostamos na consolidação de um documento técnico, terapêutico e político, favorecendo o processo vivo e ativo do trabalho realizado pela RAPS, reafirmando seu compromisso com a lógica de um cuidado integral, humanizado, antimanicomial, na perspectiva da atenção psicossocial e da inserção social dos usuários.

Este documento se apresenta não apenas como um escrito, mas como um conjunto de pactuações a serem feitas pela equipe no sentido da incorporação dos princípios e práticas nele definidas ao cotidiano de trabalho. O PTI efetivado no cotidiano do serviço é aquele resultante da discussão da proposta do CAPS que compatibiliza as particularidades do território, o ideário da reforma com as características e necessidades de seus usuários e seus familiares e a compreensão e apropriação dos profissionais do trabalho com a clínica psicossocial.



## **Seção I**

# **PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NA CONSTRUÇÃO DO PTI**

A construção do PTI deve ser realizada com a equipe do serviço, contemplando ações de cuidado desde a admissão até a alta, sendo baseada na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará (PESMAD), nas legislações, normativas específicas dos serviços e relatórios das conferências de Saúde Mental.

### **3.1. PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### **3.1.1. Desinstitucionalização**

É um processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo e político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata (AMARANTE, 1995, p. 494). Assim, a desinstitucionalização é uma mudança de paradigma que vai além da saída do hospital, propondo uma transformação nas lógicas e práticas de cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007, p. 50-59) que envolve a desconstrução da lógica manicomial e do isolamento, a valorização da singularidade e dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, bem como a construção de uma rede substitutiva e comunitária, dentre os serviços destacamos os CAPS, residências terapêuticas, entre outros. A RAPS deve apoiar a autonomia das pessoas, a inclusão social, o acesso à cidadania, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Promover ações de desinstitucionaliza-

ção na rede significa não somente incrementar a saída de pacientes do contexto asilar através da implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), assegurar a inclusão de renda dessas pessoas através do Programa de Volta para Casa ou promover a diminuição dos leitos psiquiátricos através da transferência de recursos para os serviços substitutos ou abertura de novos leitos psiquiátricos em hospital geral, mas diz respeito ao adequado funcionamento dos serviços substitutivos numa lógica não asilar.

Além disso, os CAPS devem promover discussões comunitárias e na rede intersetorial que socializem as experiências de cuidado, com foco na produção de vida e não na doença, ampliando a compreensão social das práticas desinstitucionalizantes. Dessa forma, é desafio na produção dos PTI, delinear práticas comunitárias inclusivas da diversidade, proporcionando a convivência em liberdade e a inserção social não estigmatizante.

#### **3.1.2. Desestigmatização da loucura**

O estigma é uma categoria social produzida através das relações sociais e influenciada por aspectos históricos, culturais, econômicos e políticos. O estigma é construído através da relação entre um atributo (característica) de uma pessoa e um estereótipo (ideia preconcebida), produzindo uma identidade virtual que não corresponde à realidade (GOFFMAN, 1988).

O estigma provoca a redução da pessoa à uma ideia preconceituosa, formulada em torno de um atributo que ela possui, sendo esta limitada ou tolhida em suas relações sociais por meio da discriminação, da segregação, da invalidação, produzindo desigualdade social, perda de direitos e de cidadania.

Nesse contexto, o conceito de "tipo de

pessoa”, formulado por Ian Hacking (1995), contribui para compreender como certas classificações sociais acabam por moldar a identidade das pessoas. Segundo o autor, ao se nomear e classificar certos sujeitos — como “loucos”, “doentes mentais” ou “usuários de drogas” — não apenas se descreve uma condição, mas se cria um tipo de pessoa, com comportamentos esperados, formas de tratamento e espaços específicos na sociedade. Essa interação entre a nomeação e a identidade resulta no que ele chama de “efeito de retroalimentação”, onde as pessoas passam a se identificar, resistir ou ser moldadas por essas classificações, perpetuando o estigma ou tentando rompê-lo.

Ao longo da história, a loucura esteve (e ainda está) associada a vários estigmas que formaram uma representação desta como incompatível com a vida social. Tal fato justificou a exclusão social do louco e a sua institucionalização em hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica traz em seu cerne, um outro olhar que almeja a desestigmatização da loucura, realizando o cuidado das pessoas em liberdade na sociedade.

É importante que as equipes apresentem no PTI, ações de discussão sobre os estigmas e como eles atravessam a vida das pessoas, de forma a superar a estigmatização da loucura e promover a desinstitucionalização e a inclusão social da pessoa com sofrimento mental.

### **3.1.3. Inclusão social**

Historicamente, o tratamento da loucura foi marcado pela exclusão social. Durante muito tempo, pessoas com transtornos mentais foram isoladas da sociedade, tanto por não se encaixarem nos padrões de comportamento considerados “normais”, quanto por serem reduzidas à sua doença, ignorando-se sua individualidade e seus direitos.

Dessa forma, pessoas com transtornos mentais foram excluídas, retiradas dos seus lugares sociais e das suas comunidades. Essa exclusão social pode ser entendida como negação

de cidadania, tal como exposto em AMARANTE (1996, p.14): “ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos”.

Os CAPS devem incluir em seus PTI, estratégias de promoção do cuidado a partir do contexto comunitário, evitando a internação em hospitais psiquiátricos, adotando estratégias de singularização que considerem as necessidades específicas de pessoas em sofrimento psíquico e incentivando ações que favoreçam a inclusão social e a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, como o acesso ao trabalho, à educação, aos benefícios sociais, à saúde, à cultura, ao lazer e ao esporte.

### **3.1.4. Promoção da autonomia e estímulo ao protagonismo do portador de transtorno mental**

A valorização da autonomia no campo da saúde mental não deve ser compreendida como sinônimo de independência individual ou autossuficiência, mas sim como a capacidade de exercer escolhas dentro de redes de apoio e relações de cuidado mútua. (TYKANORI, 2010). Nesse sentido, a autonomia em saúde mental está ligada à ampliação das possibilidades de vida, à criação de novos modos de existência e à reinvenção dos laços sociais.

O PTI deve estimular a formação de grupos de usuários e familiares, a participação em assembleias e nos Conselhos de Saúde, promovendo o apoio mútuo, a defesa de direitos, o exercício da autonomia e a participação social, assim como a garantia de participação do usuário na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

### **3.1.5. Territorialidade e Redes de Apoio**

A organização do cuidado em saúde mental deve partir do território como espaço vivo, relacional e simbólico, onde se constroem identidades, vínculos e projetos de vida. Nesse contexto, é fundamental reconhecer e utilizar

os recursos e saberes locais, integrando-os aos serviços e políticas públicas para garantir um cuidado integral e contextualizado.

É necessário uma articulação com outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde e políticas setoriais (assistência social, educação, justiça, trabalho, cultura, meio ambiente, entre outros). Nesse sentido, o cuidado psicossocial deve valorizar e ativar as redes locais — como escolas, coletivos culturais, associações comunitárias, espaços religiosos, projetos de geração de renda, entre outros — promovendo a circulação dos sujeitos e sua inserção cidadã.

### **3.1.6. Interdisciplinaridade**

A atuação em saúde mental demanda a construção de práticas interdisciplinares, que integrem os saberes e experiências das diferentes categorias profissionais envolvidas no cuidado. Mais do que a justaposição de especialidades, a interdisciplinaridade implica um processo de troca, negociação e co-construção entre os profissionais, favorecendo a elaboração de intervenções mais integradas e coerentes com a complexidade do sofrimento psíquico. Essa abordagem rompe com modelos fragmentados de atenção, valorizando a escuta mútua, o diálogo entre os diferentes campos do conhecimento e a corresponsabilidade no processo de cuidado. Ao promover o compartilhamento de saberes e práticas, a interdisciplinaridade potencializa a criação de projetos terapêuticos mais potentes, singulares e efetivamente comprometidos com a integralidade do cuidado.

### **3.1.7. Intersetorialidade**

Articulação e planejamento de ações intersetoriais como prática central na análise das causas dos problemas de saúde e dos determinantes sociais da saúde, direcionando o trabalho conjunto com outras políticas públicas para implementar intervenções que transformem o contexto de vida das populações em situa-

ção de vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Essa abordagem reconhece que os problemas de saúde mental não podem ser abordados isoladamente, mas precisam de uma resposta integrada que envolve áreas como assistência social, educação, habitação, trabalho, cultura e justiça.

O trabalho intersetorial busca transformar o contexto de vida das populações em situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico, promovendo intervenções que considerem as múltiplas dimensões da vida das pessoas. Ao integrar esforços, os diversos setores podem implementar ações mais eficazes, que não só tratem as questões de saúde, mas também modifiquem as condições estruturais que perpetuam a exclusão e o sofrimento.

### **3.1.8. Participação Social e Controle Social**

A Reforma Psiquiátrica brasileira está alicerçada em uma perspectiva democrática de cuidado em saúde mental, que valoriza a escuta dos usuários, familiares e da sociedade civil na formulação, gestão e avaliação das políticas públicas. Nesse sentido, a participação social é um dos eixos fundamentais para garantir a efetivação dos direitos e a construção de práticas emancipatórias no campo da saúde mental.

O controle social se materializa principalmente por meio dos Conselhos de Saúde e das conferências de saúde mental, espaços institucionais nos quais os usuários, familiares, trabalhadores e gestores podem debater as políticas de saúde e deliberar sobre seus rumos.

É fundamental que os CAPS e demais dispositivos da RAPS fomentem e garantam a participação ativa dos usuários e seus familiares nesses espaços, reconhecendo-os como sujeitos de direito, capazes de interferir nas decisões que impactam diretamente suas vidas. Além disso, é importante promover assembleias de usuários, rodas de conversa, fóruns e outros espaços coletivos que estimulem a escuta, o diálogo e a construção compartilhada

das estratégias de cuidado.

Ao incentivar a participação social, fortalece-se a democracia no SUS e amplia-se a potência da Reforma Psiquiátrica como projeto ético-político comprometido com a liberdade, a dignidade e os direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico.

## **3.2. DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

A portaria nº 3088/2011, em seu artigo 2º, apresenta as seguintes diretrizes de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

**I** - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

**II** - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

**III** - Combate a estigmas e preconceitos;

**IV** - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

**V** - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

**VI** - Diversificação das estratégias de cuidado;

**VII** - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

**VIII** - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

**IX** - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

**X** - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

**XI** - Promoção de estratégias de educação permanente; e

**XII** - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Essas diretrizes precisam ser conhecidas e utilizadas nos serviços da RAPS por todos os profissionais da equipe. O Projeto Terapêutico Institucional descreve as diretrizes para a prática do serviço.

## **3.3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS**

No construto do PTI, torna-se relevante reconhecer conceitos basilares à história da reforma psiquiátrica brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização, delineando o conjunto de práticas a serem consideradas no PTI:

### **1. Desinstitucionalização**

Não se trata apenas de mudar o lugar onde os pacientes são atendidos, mas de questionar toda a forma de tratamento que existe nesses espaços, incluindo o modelo científico, a forma de assistência, as relações entre profissionais e pacientes, e até as leis e normas que regem essas instituições. O movimento de desinstitucionalização surgiu como uma crítica à forma autoritária e violenta dos manicômios e buscou alternativas mais humanas e integradas à comunidade. Esse movimento também se opôs ao modelo que só tratava as doenças mentais de maneira técnica e impessoal, propondo que os cuidados fossem mais respeitosos e ligados à realidade de cada pessoa, buscando sua reintegração social e a promoção de sua cidadania (BRAGA, 2019).

### **2. Acolhimento**

O acolhimento é uma prática essencial na saúde que contribui para tornar o cuidado mais eficaz e resolutivo. Está diretamente ligado ao princípio da integralidade, que envolve reconhecer o usuário em todas as suas dimensões — física, emocional, social e cultural — e atender suas diversas necessidades de forma articulada. Dessa forma, o acolhimento facilita o percurso do usuário na rede de saúde e con-

tribui para a resolução de suas demandas de saúde e de outras questões importantes para sua vida. Na definição oficial, "é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos" (Cartilha da PNH – acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2004, p. 5). Inclui também a recepção do usuário no serviço através de uma ambiência – lugar arejado, limpo, bonito, iluminado, bem estruturado – e postura caracterizada pela empatia, cordialidade, ética, responsabilização e boa comunicação. Deve ser relatado através de uma descrição qualitativa, detalhando que características do acolhimento estão sendo desenvolvidas e em que etapa(s) (acolhida, ambiência, avaliação, encaminhamentos).

### **3. Escuta Qualificada**

Significa a escuta da experiência do usuário, buscando esclarecer a demanda trazida, a complexidade de sua situação de saúde, identificando riscos e vulnerabilidades relacionadas. O processo de escuta se inicia com o estabelecimento do vínculo, um dos elementos compostivos do acolhimento. É também através da escuta qualificada que se inicia o amplo processo de compreensão da história e sofrimento psíquico da pessoa que levará à construção do Projeto Terapêutico Singular do usuário.

### **4. Redução de Danos**

A Redução de Danos é uma abordagem pragmática e de baixa exigência utilizada em saúde para prevenção de agravamentos e diminuição dos danos associados a comportamentos de risco. Baixa exigência quer dizer

que não são exigidos ao usuário, comportamentos prévios para que haja o cuidado em saúde. Pragmática porque preconiza a oferta do cuidado em saúde às pessoas, mesmo que não correspondam a um determinado modelo de comportamento, aceitando os múltiplos modos de vida e as escolhas individuais de cada um. Neste sentido, atua na aplicação de métodos e técnicas para reduzir os danos associados a determinados comportamentos de risco, sem a exigência de cessação desse comportamento. (NIEL E SILVEIRA, 2008, p.11). Nos serviços da RAPS, nos CAPSad, a Redução de Danos possibilita a construção de projetos terapêuticos singulares pactuados com os usuários em função de objetivos intermediários que não objetivem, necessariamente, a abstinência. Os danos abordados podem ser individuais e sociais. Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Desta forma, os CAPSad devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicosocial e a reinserção social de seus usuários.

### **5. Clínica Ampliada**

É uma concepção de clínica que envolve a consideração de diferentes enfoques e disciplinas. Parte da construção do Projeto Terapêutico Singular a partir da análise de determinantes biológicos, sociais, culturais e psicológicos envolvidos na constituição do processo saúde-doença, compreendendo não somente a dimensão objetiva, mas também as nuances subjetivas. A Clínica Ampliada engloba a compreensão ampliada do processo saúde-doença (considerando determinantes outros que não apenas os biológicos); a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas (utilização das concepções e práticas de várias disciplinas para a compreensão integral do sujeito); a ampliação do objeto de trabalho, com responsabilização por "pessoas" que supere a

fragmentação do trabalho em saúde; a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho que corresponda à nova lógica ampliada de comunicação transversal e responsabilidade compartilhada e o suporte para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2010).

## 6. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

É um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de co-responsabilização (BRASIL, 2011).

## 7. Intersetorialidade

A intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (INOJOSA E JUNQUEIRA, 1997).

## 8. Interseccionalidade

Conceito formulado por Kimberli Crenshaw (2019), no final da década de 1980, refere-se à maneira como diferentes formas de discriminação e opressão interagem e sobrepõem, afetando as experiências e identidades das pessoas. A ideia central é que identidades múltiplas, como raça, gênero, classe social e sexualidade, não devem ser analisadas isoladamente, mas sim em outras interações complexas, pois essas interações podem criar formas únicas de desvantagem e privilégio. (HIRATA, 2016, p.61).

## 9. Promoção da Saúde

Definindo os sete princípios da promoção de saúde a OMS caracteriza como iniciativas

de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: **concepção holística**, que vê a saúde de forma integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais; **intersetorialidade**, que envolve a colaboração entre diferentes áreas, como educação, assistência social e meio ambiente; **empoderamento**, que fortalece as pessoas e comunidades para que tomem decisões informadas sobre sua saúde; **participação social**, que garante a inclusão da população na formulação e execução das políticas de saúde; **equidade**, que busca reduzir desigualdades no acesso à saúde; **ações multi-estratégicas**, que utilizam diversas abordagens para alcançar os resultados desejados; e **sustentabilidade**, que assegura que as ações tenham continuidade ao longo do tempo.(WHO, 1998). (BRASIL, 2014). Esses princípios visam transformar a saúde em um direito universal, assegurando que todos os indivíduos, independentemente de sua condição social ou econômica, possam viver em um ambiente saudável e exercer sua cidadania plenamente.

## 10. Atenção Psicossocial

A atenção psicossocial é um modelo de cuidado que visa superar o paradigma manicomial, rompendo com a lógica asilar e com o isolamento das pessoas com sofrimento psíquico. Ao contrário do modelo tradicional, que focava na hospitalização e segregação dos indivíduos em instituições psiquiátricas, a atenção psicossocial propõe um cuidado integrado, comunitário e centrado na pessoa. Ela reconhece o sofrimento psíquico como uma experiência humana que envolve múltiplas dimensões (biológicas, sociais, culturais e psicológicas), e busca a reintegração do indivíduo à sociedade por meio de ações que respeitem sua autonomia, seus direitos e sua singularidade.

Esse modelo é fundamentado no **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, que se constrói de forma personalizada, levando em consideração as necessidades específicas do usuário e

seu contexto de vida. A atenção psicossocial promove a inclusão social, o acesso a direitos, como educação, trabalho, saúde e cultura, e a construção de redes de apoio dentro da comunidade. Ela propõe um cuidado que visa à cidadania plena, buscando transformar as práticas de cuidado e o entendimento social sobre a loucura, em contraposição ao estatuto da loucura que historicamente esteve vinculado ao estigma, exclusão e invisibilidade das pessoas com transtornos mentais.

A Atenção Psicossocial pode ser entendida não apenas como um modelo de serviços, mas como uma estratégia clínica e política voltada à criação ativa de condições para a produção de subjetividades autônomas e singularizadas. O uso do termo “estratégia” indica a necessidade de romper com a visão passiva que a reduz a um conjunto de serviços substitutivos, reforçando que a simples substituição de práticas manicomiais por dispositivos comunitários não é suficiente para transformar a lógica do cuidado. Trata-se de um projeto em constante construção, que exige mais do que a implementação de serviços, demandando a invenção contínua de novas práticas e modos de viver, a partir do acolhimento do sofrimento psíquico como expressão legítima das condições de existência do sujeito. Essa perspectiva também compreende a prática terapêutica não como eliminação de sintoma ou restituição de uma condição originária de saúde, mas como a retomada da capacidade do sujeito de se organizar e se reinventar como existência singular diante do sofrimento. Em oposição às práticas tradicionais que reduzem o sofrimento a um distúrbio orgânico passível de correção técnica e medicamentosa, essa proposta reconhece sua relação com os modos de vida e com os contextos sociais, propondo intervenções que considerem a complexidade da experiência subjetiva. A proposta sustenta-se em uma abordagem transdisciplinar, que atravessa fronteiras entre disciplinas, instituições e saberes, incluindo o conhecimento dos próprios usuários. Essa transdisciplinaridade implica

uma postura ético-política contrária às hierarquias rígidas e apostila na construção compartilhada, criativa e viva dos processos de cuidado, favorecendo a invenção de novas possibilidades de existência. (COSTA-ROSA, 2013)

## **11. Longitudinalidade do cuidado**

Se refere à continuidade do cuidado em saúde mental ao longo do tempo, fundamentada no estabelecimento de vínculos duradouros entre usuários, equipes e territórios. É um princípio essencial para assegurar a responsabilização contínua dos serviços e profissionais, especialmente diante de trajetórias complexas e crônicas de sofrimento psíquico.

Na RAPS, isso implica que os dispositivos mantenham o acompanhamento mesmo fora de episódios agudos, promovendo o cuidado em diferentes momentos da vida e articulando-se com os demais pontos da rede para garantir acolhimento, escuta e intervenções sempre que necessário. A longitudinalidade fortalece a autonomia e a confiança dos usuários, reduzindo a fragmentação do cuidado.

## **12. Cogestão nos serviços de saúde mental**

A cogestão é uma prática que propõe a construção coletiva da gestão dos serviços de saúde mental entre trabalhadores, usuários, familiares e gestores, reconhecendo a legitimidade dos diferentes saberes e experiências que compõem o cotidiano do cuidado.

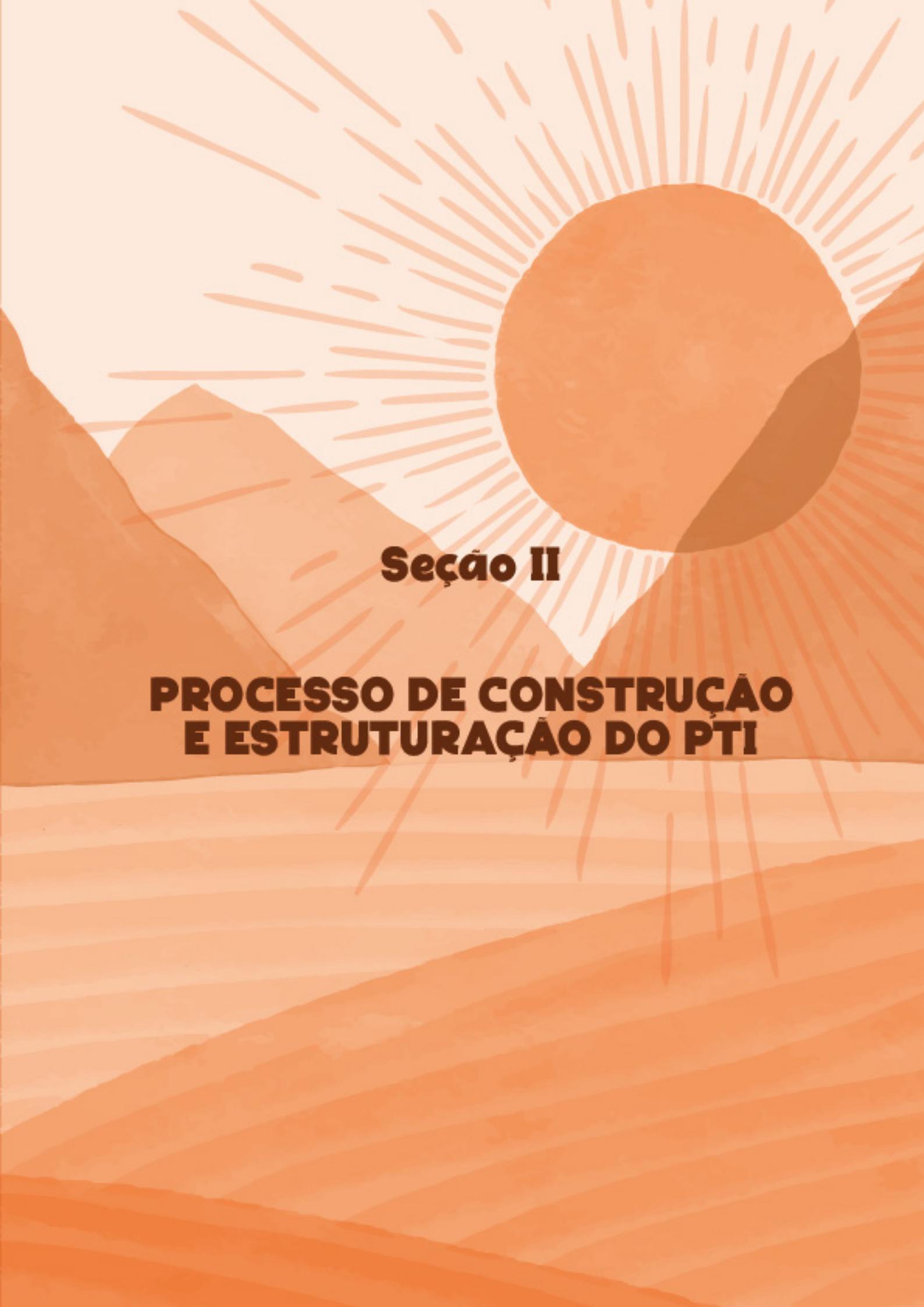
Mais do que a participação institucional prevista nos conselhos de saúde, a cogestão atua no plano micropolítico, por meio de espaços como assembleias, reuniões de equipe ampliadas, grupos de discussão e rodas de conversa, favorecendo o diálogo, o compartilhamento de decisões e a corresponsabilidade pelo cuidado.

Essa abordagem promove o fortalecimento do vínculo, a inclusão dos sujeitos nos processos institucionais e a efetivação de práticas mais democráticas, sensíveis às singularidades dos territórios e das pessoas em sofrimento.

### **13. Apoio Matricial**

O apoio matricial é uma estratégia de articulação entre equipes de saúde, que visa à ampliação da clínica e à construção de projetos terapêuticos compartilhados. No campo da saúde mental, o matriciamento fortalece a integração entre os CAPS e a Atenção Primária à Saúde (APS), bem como com outros pontos da RAPS e setores intersetoriais.

A partir de encontros regulares entre equipes (como reuniões de caso, supervisões e atividades educativas), o apoio matricial promove a circulação de saberes, a corresponsabilidade e o suporte técnico-pedagógico para lidar com situações complexas. Ele permite construir estratégias mais integradas, evitando encaminhamentos desnecessários e fortalecendo o cuidado no território.



## **Seção II**

# **PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO PTI**

O Projeto Terapêutico Institucional (PTI) é uma ferramenta que ajuda a transformar a forma como o cuidado em saúde mental é feito no dia a dia dos serviços. Ele representa uma mudança na maneira de pensar e agir da equipe, propondo um novo jeito de cuidar, mais acolhedor, participativo e centrado nas necessidades reais das pessoas. O Projeto Terapêutico Institucional (PTI) pode ser pensado enquanto dispositivo, enquanto instrumento de planejamento do trabalho, que opera a mudança de um paradigma de cuidado em saúde mental, traduzindo uma práxis no cotidiano do serviço (CAMPOS, 2001).

O PTI é construído através de um processo coletivo que acontece através de etapas. Este processo traduz, ao seu final, a atenção em saúde mental como clínica psicossocial, que não somente apresenta objetivos para o tratamento específico de uma doença mental, ou seja, dos sintomas, mas busca o ideário da inclusão social das pessoas, numa perspectiva de acesso à direitos e à cidadania.

É impossível pensar na construção do PTI sem considerar a subjetividade da própria equipe envolvida. A equipe que elabora o PTI se lança num percurso investigativo da história do serviço e de desvelamento do território, em um processo reflexivo sobre seu contexto e as características do modelo clínico desenvolvido no CAPS. O próprio fazer do PTI se constitui num “momento mais complexo do ponto de vista da constituição da grupalidade, momento no qual consensos e representações diversas virão à tona, assim como conflitos e desencontros” (CAMPOS, 2001). Entretanto, o PTI também se configura como oportunidade de construção, reflexão da prática e quebra de repetições, instrumentalizando a clínica pelo próprio fazer-pensar em ato por meio de colaborações interdisciplinares.

A flexibilidade dos PTI diz respeito aos arranjos que a equipe faz diante de certas situações que surgem no CAPS relacionadas aos usuários, à natureza dos seus sintomas e contextos de vida, que requerem adaptações na perspectiva da clínica psicossocial.

O PTI é processo e produto da sinergia da equipe como um todo, sendo necessária a efetivação deste no dia a dia do serviço, através da incorporação dessa construção na prática. Embora a construção do PTI represente um momento específico de sistematização das informações coletadas nas etapas anteriores (diagnóstico, territorialização, análise integrada), ele também deve ser compreendido dentro de um ciclo contínuo de acompanhamento. A produção do PTI é um ponto de culminância, mas também um ponto de partida para o monitoramento constante das ações propostas, sendo revisto e ajustado conforme as necessidades dos usuários e as condições do território. O PTI deve ser monitorado de forma contínua ao longo do ano. A equipe deve estabelecer mecanismos sistemáticos de acompanhamento das ações previstas no PTI, permitindo ajustes conforme as necessidades emergentes. Esse monitoramento não se limita a uma avaliação pontual, mas envolve um processo integrado no cotidiano do serviço, com revisões periódicas das estratégias e a identificação de desafios. Essa dinâmica permite que o PTI se mantenha flexível, adaptando-se a novas demandas e circunstâncias.

**Periodicidade de Produção do PTI:** Recomendamos que o PTI seja realizado de maneira formalizada uma vez ao ano. Porém, o processo de planejamento é contínuo e progressivo. Anualmente, a equipe revisita o PTI, ajustando as metas, ampliando ou reorientando as estratégias, e garantindo que as ações sejam sempre pertinentes às necessidades reais dos usuários

e à realidade do território. Essa revisão anual é essencial para avaliar os avanços alcançados, refletir sobre os desafios e recalibrar o cuidado ofertado.

A seguir, são apresentadas orientações a serem contempladas na construção do PTI, não esquecendo das especificidades de cada contexto em que está inserido o serviço.

## **4.1. DIAGNÓSTICO E TERRITORIALIZAÇÃO**

Em primeiro lugar, apontamos a necessidade de um diagnóstico mais próximo da realidade do serviço considerando o seu contexto por parte da equipe do serviço. Na etapa do diagnóstico, indicamos quatro momentos para sua realização, quais sejam:

### **1º Momento – Levantamento de informações sobre o histórico do serviço**

Nessa primeira etapa, a equipe completa (profissionais/trabalhadores/gestores) deve pesquisar sobre a origem do serviço, sua importância para o território, como se deu o processo de criação e funcionamento. Esse momento é dedicado a compreender o percurso histórico da unidade, o trajeto que o serviço trilhou e quem participou desse momento histórico, seu papel na rede e os marcos legais que a instituem.

### **2º Momento – Observação da dinâmica serviço**

Esta etapa visa uma análise implicada e sistemática da rotina da unidade, com o objetivo de compreender o funcionamento interno de cada setor, a divisão de responsabilidades, a comunicação entre as equipes e o itinerário dos usuários dentro do serviço e da RAPS. Deve-se examinar desde o acolhimento e a escuta inicial dos usuários até a construção dos projetos terapêuticos singulares, além de analisar o vínculo estabelecido entre os usuários, os profissionais e o serviço como um todo.

Inicialmente, é fundamental avaliar a disponibilidade e organização dos instrumentos e ferramentas de trabalho, como o prontuário eletrônico, os recursos de saúde digital (incluindo sistemas de teleatendimento) e as ferramentas de regulação e controle de fluxos. Outro aspecto relevante é o diagnóstico da estrutura da unidade, considerando tanto os aspectos arquitetônicos e materiais, os recursos humanos disponíveis quanto a oferta efetiva dos serviços.

É importante analisar como a rede interna do serviço se organiza, atentando para a articulação entre os diferentes setores e a atuação da equipe multiprofissional. Isso envolve compreender as relações profissionais, que dizem respeito aos vínculos, formas de comunicação, cooperação e negociação entre os diferentes atores que compõem o cotidiano do CAPS. Também é essencial examinar os processos de trabalho, entendidos como o conjunto de atividades, saberes e instrumentos utilizados na produção do cuidado, bem como a maneira como as tarefas são distribuídas, executadas e avaliadas dentro da equipe. Além disso, é essencial compreender como a organização do trabalho entre os trabalhadores, profissionais de saúde e gestores no CAPS ocorre, avaliando como a colaboração entre essas funções é estruturada no cotidiano da unidade.

No que se refere ao itinerário dos usuários, é necessário mapear seus percursos dentro do serviço e na rede, observando os setores por onde circulam, os tempos de permanência, as demandas apresentadas e as respostas oferecidas. Essa observação pode ser feita por meio de registros em diário de campo, entrevistas com os próprios usuários e profissionais, e análise dos prontuários, permitindo identificar possíveis barreiras de acesso, fluxos fragmentados ou lacunas na continuidade do cuidado.

Quanto à construção e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), deve-se observar como se dá a escuta qualificada das demandas, quais profissionais participam da elaboração do plano, com que frequência

ele é revisado, e em que medida o usuário e sua rede de apoio são envolvidos ativamente nesse processo. A análise de reuniões de equipe e momentos de discussão clínica pode fornecer subsídios importantes para compreender o grau de corresponsabilização, interdisciplinaridade e horizontalidade na condução dos PTS.

Esse processo de análise fornecerá um diagnóstico detalhado da dinâmica do serviço, que servirá de base para ajustes e melhorias nos processos internos, promovendo uma atuação mais integrada e eficaz no cuidado aos usuários.

Nessa segunda etapa, é imprescindível que a equipe faça uma observação implicada do dia a dia da unidade, do modo de funcionamento de cada setor, da divisão de responsabilidades e da comunicação entre os setores, do percurso dos usuários quando chegam ao serviço, do vínculo que os usuários demonstram para com a unidade, do movimento e cronograma diário da unidade, de como os usuários têm acesso às informações, do tipo de serviços que são oferecidos, da disponibilidade e organização dos instrumentos e ferramentas de trabalho, da articulação da Rede de Atenção Psicossocial, da organização do trabalho entre os trabalhadores, profissionais de saúde e gestores, da atuação interprofissional existente ou não, do papel da coordenação local na dinâmica de trabalho, da identificação de tecnologias de cuidado de atenção psicossocial, do fluxo de atenção à crise etc.

Para qualificar a atuação da equipe nessa etapa, disponibilizamos uma ferramenta de reconhecimento do CAPS a partir do território, elaborada e adaptada pela tutoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP CE) e pelo os autores.

**Para acessar o roteiro do instrumento “Reconhecimento do CAPS a partir do território” utilizado pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará, consultar o apêndice 1.**

### 3º Momento – Territorialização

O modelo de atenção psicossocial territorial (SAMPAIO ET AL., 2011), constituído e implementado a partir da reforma psiquiátrica brasileira e cearense, envolve um movimento constante de diálogo com o território, entendendo-o como “vivo” e em constante construção e reconstrução, pois abrange além do espaço geográfico, vivências, identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, de ação deliberada das pessoas, como também as relações sociais e redes de poder (OLIVEIRA E FURLAN, 2010).

O território é um lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e de inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2015). O modelo de atenção psicossocial considera, segundo AMARANTE (2015), às dimensões teórico-assistencial, que se relacionam à construção do conceito de existência-sofrimento em contraposição ao binômio doença-cura; jurídico-político, que envolve controle social e aparatos legais que normatizam os serviços substitutivos e reorientam a assistência em saúde mental no país; técnico-assistencial, que é evidenciada pela construção de uma rede de serviços articulados como espaços de cuidado, diálogo e interlocução e dispõem de equipe multiprofissional, cuja prática deve ser pautada no conceito de integralidade e considera a necessidade de elaboração de propostas terapêuticas singulares; no campo sociocultural, as atividades estão relacionadas a transformar o imaginário coletivo acerca da loucura.

Ressalta-se que a ação de territorializar não se resume a listar as entidades existentes no território de abrangência, é uma ação que exige visitações e diálogos no território com grupos, famílias, pessoas chaves ou lideranças das instituições e/ou da comunidade.

Nessa terceira etapa, o convite é para que a equipe realize uma territorialização, procurando compreender esse território, para desenhar futuramente ações que possam convergir com as necessidades locais de saúde.

É fundamental definir e reconhecer o território de atuação do serviço, estabelecendo uma distinção clara entre a lógica da porta aberta do CAPS e a lógica da população adscrita na APS. É preciso identificar as áreas de sobreposição entre essas duas abordagens, promovendo a corresponsabilidade e integração entre os serviços, de modo que as redes de apoio se fortaleçam mutuamente. Além disso, recomenda-se realizar o mapeamento das subpopulações no território, com um enfoque populacional que permita identificar grupos prioritários como crianças, adolescentes, população em situação de rua, pessoas com deficiência, usuários de substâncias psicoativas, população LGBT-QIAPN+, população negra, povos originários, e outros coletivos que possam demandar atenção especial.

A coleta de dados epidemiológicos é uma etapa crucial, envolvendo a análise de indicadores como agravos prevalentes em saúde mental, causas de internação psiquiátrica, violência, mortalidade e o uso problemático de substâncias, entre outros. Esses dados devem fornecer uma visão abrangente do contexto de saúde do território e apoiar a tomada de decisões. Em paralelo, é necessário realizar um levantamento da população em situação de rua, com o apoio de outras políticas públicas, como as de Assistência Social e Direitos Humanos, construindo estratégias intersetoriais de cuidado que envolvam a integração de múltiplos serviços e ações.

Deve-se realizar um diagnóstico sistemático da disponibilidade de leitos de retaguarda e avaliar o fluxo de regulação, compreendendo como se dá a solicitação dos leitos, quem são os responsáveis pela autorização e regulação das vagas, quais critérios são utilizados para priorizar os casos e quanto tempo decorre entre a solicitação e a efetivação do acesso. Essa avaliação deve considerar também a efetividade da distribuição dos recursos de atendimento, levando em conta a quantidade de leitos disponíveis para diferentes perfis de pacientes, a localização dessas vagas — seja em

hospitais gerais, unidades de acolhimento ou CAPS III com funcionamento 24 horas —, a capacidade de atendimento dos serviços em termos de número de profissionais, estrutura física e equipamentos, bem como o grau de acesso da população a esses recursos, considerando possíveis barreiras geográficas, burocráticas ou discriminatórias. Por fim, é fundamental realizar a identificação da população cadastrada e acompanhada pelo CAPS, analisando o perfil dos usuários, a demanda do serviço, as características dos atendimentos realizados e a continuidade do cuidado, assegurando que a intervenção seja sempre direcionada às necessidades dos usuários.

Além disso, o fortalecimento da articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), os agentes comunitários de saúde e lideranças comunitárias é essencial para o compartilhamento de informações, o cuidado compartilhado, o apoio matricial e o fortalecimento da rede territorial, criando uma abordagem mais integrada e eficaz.

Abaixo disponibilizamos acesso a um roteiro de imersão comunitária que é desenvolvido nos Programas de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

**Para acessar o roteiro adaptado da “Imersão Comunitária para a realização da territorialização” utilizado pelos Programas de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará, consultar o apêndice 2.**

#### **4º Momento – Análise integrada e planejamento: desafios e potencialidades do serviço**

Após a coleta das informações e observações realizadas nas etapas anteriores, é essencial que a equipe sistematize os dados levantados e realize uma análise crítica e integrada, considerando todas as dimensões do processo de cuidado. O objetivo desta etapa é produzir um diagnóstico ampliado, que contemple não

apenas o serviço e os profissionais envolvidos, mas também a população atendida, o território em que o serviço está inserido e a rede de apoio existente. Com base nesse diagnóstico, a equipe deve ser capaz de identificar lacunas na oferta de serviços, apontando áreas que necessitam de ampliação ou reorientação das práticas, a fim de melhorar a resposta às necessidades da comunidade.

Recomendamos que a equipe do serviço possa realizar uma análise das potencialidades e desafios identificadas no cotidiano do trabalho no serviço e território. Tendo como base a territorialização, importante destacar na discussão as seguintes características do território: equipamentos de saúde, da assistência social, cultura, lazer, educação, justiça, direitos humanos, aspectos socioculturais, infraestrutura, tipo de população, tipo de moradias, aspectos geográficos e presença de áreas de vulnerabilidade; pontos onde as pessoas encontram bem-estar, lazer, prazer, diversão, espaços de cuidados, instituições e serviços que podem ser alvos de articulação intersetorial e os principais problemas de saúde encontrados, assim como os relacionados ao território.

Além disso, é preciso planejar ações e estratégias que estejam alinhadas às necessidades identificadas, com um foco claro na integralidade do cuidado, na corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos e na promoção da equidade no acesso aos serviços. No planejamento, devem ser estabelecidas metas claras, fluxos de atendimento bem definidos, além de parcerias estratégicas que possam fortalecer a rede de cuidado. Por fim, é fundamental que a equipe desenvolva mecanismos de monitoramento e avaliação das ações planejadas, garantindo que o acompanhamento seja contínuo e que os ajustes necessários sejam feitos ao longo do processo, assegurando a efetividade e a qualidade das intervenções propostas.

É a partir dessa análise ampliada — que contempla os modos de funcionamento do serviço, as condições do território e os desafios

da rede de cuidado — que se torna possível dar um passo adiante no processo de construção do PTI: a identificação das demandas concretas dos usuários. A territorialização permite antever algumas necessidades do território, mapeando vulnerabilidades e recursos locais, mas essas percepções iniciais podem ser reestruturadas ao longo do tempo, à medida que o processo vivo e institucional do atendimento cotidiano revela novas dimensões do sofrimento e da busca por cuidado. Por isso, esse mapeamento territorial precisa estar necessariamente conectado à escuta sensível e qualificada das experiências, sofrimentos e necessidades trazidas pelas pessoas que buscam cuidado. Assim, o planejamento realizado precisa estar diretamente articulado às demandas subjetivas, sociais e clínicas que emergem do território e da convivência cotidiana com os usuários, de modo a garantir que o cuidado ofertado esteja realmente ancorado na realidade vivida. Nesse sentido, o planejamento no CAPS não deve ser concebido como um momento pontual, mas como um processo contínuo e institucionalizado, incorporado ao funcionamento regular do serviço e sustentado por práticas sistemáticas de monitoramento e avaliação.

## 4.2. IDENTIFICAÇÃO DE DEMANDAS

Após a fase de diagnóstico, na qual a equipe conheceu e compreendeu as características do território, da clientela adscrita e do próprio serviço, faz-se necessária a identificação das demandas. Para esta etapa o acolhimento é fundamental, haja vista que é através dele que o profissional estabelece vínculo com os usuários do serviço, compreendendo mais de perto suas necessidades e demandas de saúde. Outro aspecto relevante é o desenvolvimento de uma avaliação da vulnerabilidade biopsicossocial dos indivíduos e grupos, considerando as múltiplas dimensões sociais, econômicas, culturais e subjetivas que impactam a saúde mental e o bem-estar da população.

Nesse contexto, é importante também reconhecer e valorizar a diversidade étnico-racial, de gênero, sexual e religiosa, entendendo essas dimensões como estruturantes dos modos de viver e sofrer no território, o que pode orientar melhor as intervenções e o cuidado.

A identificação de demandas é importante para definir que estratégias terapêuticas serão propostas pela equipe. Lembrando que as estratégias terapêuticas devem fazer sentido para os usuários e serem coerentes com os PTS traçados com eles, considerando as singularidades de cada pessoa. Desta forma, de acordo com cada população, os CAPS constroem estratégias terapêuticas singulares considerando as necessidades predominantes da sua clientela. Alguns podem necessitar de alfabetização, para isso o CAPS poderá pactuar com escolas do entorno ou encaminhar ao EJA ou mesmo contar com uma pedagoga na equipe, por exemplo. Outros podem precisar de construção de estratégias intersetoriais para o manejo da crise, por apresentar mais índices desta; outros poderão ser propostas oficinas de artesanato seguindo a tradição cultural do local.

### **4.3. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto, comunitário e substitutivos ao modelo asilar, representam o componente especializado e estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sendo, portanto, os articuladores do cuidado integral àqueles pessoas e seus familiares.

São constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento psíquico ou trans-

torno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de "portas abertas", acolhedor e inserido nos territórios das cidades e dos bairros. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

Como dispositivo de integração e organização de equipes profissionais de saúde, vem sendo utilizado desde o início dos anos noventa, modificando-se junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica, o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), para OLIVEIRA (2010), "O Projeto Terapêutico Singular é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade".

Portanto a construção de PTS é indicada para discussão em equipe, visando a resolução de casos mais complexos. De acordo com OLIVEIRA (2010), para a construção do PTS nos serviços deve-se considerar as singularidades dos sujeitos, suas relações sociais, propondo mecanismos que contribuam para aumentar a capacidade de autonomia, cidadania e participação social.

Portanto, a construção do PTS é indicada também para as situações mais complexas que envolvem o sofrimento psíquico associado às vulnerabilidades sociais, tais como:

- Estar em situação de rua ou moradia temporária ou precária
- Vítimas de violências: violência doméstica, gênero, LGBTQIAPN+ Fobia, violência sexual, violência urbana, trabalho análogo à escravidão, exploração sexual, risco iminente de morte no território;

- Egressos de múltiplas internações CAPS tipo III, hospital geral, em instituições asilares, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, asilos, abrigos em função do uso dos problemas de saúde mental e uso ou abuso de substâncias psicoativas;
- Em conflito com a Lei: liberdade assistida, privação de liberdade, foragido da justiça, envolvimento no tráfico;
- Gestante ou puérpera;
- Tentativa/ideação estruturada de suicídio ou automutilação.

Importante destacar que conforme CARVALHO E CUNHA (2006) o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é feito para grupos ou famílias e não só indivíduos, busca a singularidade (a diferença) como elemento central de estruturação.

O PTS não deve ser entendido como um cardápio, conjunto de procedimentos, grade ou cronograma exposto ao usuário, apontando os dias e horário da semana nos quais ele deve ir ao CAPS para fazer atividades e sim como um instrumento que possa auxiliar o usuário a pensar outras possibilidades de vida (RODervalho e Pegoraro, 2016).

Sua potência está em operacionalizar práticas que façam mediações nos territórios de vida pautadas nas necessidades reais e cotidianas dos usuários dos serviços (KINKER E IMBRIZI, 2015)

Apresentamos, a seguir, alguns “passos” que podem compor a construção de um PTS:

- Delimitação da situação com os principais problemas e dificuldades apontados pelo usuário. Quando isso não for possível, a equipe deve ouvir a família e/ou outros membros da rede social (amigos, vizinhos, pares, etc.) para compreender a dinâmica de vida da pessoa e as dificuldades enfrentadas, e criar condições para ouvir a narrativa do paciente tão logo seja possível;
- Identificação das vulnerabilidades e das potencialidades do usuário no en-

- frentamento à problemática;
- Criação de condições e possibilidades para que o usuário produza conhecimento sobre seu sofrimento, sua condição e suas opções;
- Orientação e operacionalização do PTS a partir do saber do usuário e não de um saber sobre o usuário, invertendo a lógica dos saberes;
- Pactuação da corresponsabilidade entre técnico e usuário sobre as metas, prazos e ações descritos no PTS;
- • Delimitação dos recursos da rede e do território;
- Identificação das escolhas e possibilidades do caso;
- Pactuação de ações e prazos com os responsáveis;
- Realização de reuniões periódicas de acompanhamento;
- Revisão do PTS sempre que necessário;
- Definição de um técnico de referência para acompanhamento do PTS.

No sentido do fortalecimento de vínculos e promoção do cuidado integral do sujeito com sofrimento psíquico, e de forma complementar ao PTS, inclui-se o dispositivo **técnico de referência**, que constitui profissional ou equipe que assume a gestão da clínica, não sendo o único responsável pelo caso, mas aquele que articula e acompanha o processo e que procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. Em geral, é quem aciona a equipe caso aconteça um evento importante e também é o que a família procura, o que articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais, podendo ser qualquer componente da equipe, independente de formação. Geralmente se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão (OLIVEIRA, 2010).

O processo de cuidado nos CAPS, de acordo com a Portaria nº 854/12 é feito a partir das necessidades dos usuários e familiares e deve abranger as seguintes ações em todas as modalidades de CAPS (BRASIL, 2012a), quais sejam:

atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2022, Portaria 336).

As atividades a serem desenvolvidas nos CAPS correspondem a uma ampla gama de opções planejadas e definidas de acordo com o perfil da população, sua cultura e hábitos, os objetivos terapêuticos a serem alcançados, as necessidades de saúde mental mais frequentes. Dessa forma, um CAPS pode oferecer uma oficina de literatura de cordel, outro de teatro, outro ainda de marcenaria, etc. de acordo com o perfil do seu público. Entretanto, existem atividades essenciais e necessárias que os CAPS devem oferecer para estruturar o serviço de acordo com seus objetivos. Essas atividades são:

## **1. Acolhimento inicial**

Primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que valida a busca da pessoa e/ou familiares pelo serviço e visa interpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário;

Nesse espaço, realiza-se uma avaliação integral, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no sofrimento apresentado, juntamente com a classificação de risco, que orienta a priorização dos atendimentos e a definição da melhor estratégia de cuidado. Além disso, é nesse momento que se estabelece a referência técnica, ou seja, o profissional ou equipe que acompanhará o caso de forma mais próxima, garantindo continuidade, vínculo e corresponsabilização.

Os momentos de recepção nos serviços de saúde mental desempenham um papel estratégico no cuidado, pois são espaços privilegiados para o acolhimento e a escuta qualificada das demandas que chegam. Mais do que um procedimento inicial, a recepção deve ser pensada como uma prática com capacidade de resolução, capaz de reorganizar o fluxo de atendimento e dar respostas concretas às ne-

cessidades dos usuários já no primeiro contato.

Nesse espaço, é possível identificar e compreender o sofrimento apresentado, evitando encaminhamentos automáticos e excessivos, e promovendo intervenções imediatas sempre que possível. A recepção, quando bem estruturada, funciona como um momento potente de intervenção, onde se pode iniciar o cuidado, orientar o usuário e articular com outros pontos da rede, sem a necessidade de uma espera prolongada por atendimentos especializados. (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 2000).

## **2. Acolhimento diurno e/ou noturno**

Ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, já em acompanhamento no serviço que oferece um espaço para afastamento de situações conflituosas que vise o manejo de crises motivadas por sofrimento decorrentes de transtornos mentais, incluindo por uso de álcool e outras drogas, envolvendo ainda conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidade de convivência, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário, com duração máxima de 14 dias;

## **3. Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial**

Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas;

## **4. Atendimento individual**

Atenção direcionada aos usuários visando à construção do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa;

## **5. Atenção às situações de crise**

Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos;

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia, sala de espera e exercício de cidadania.

## **6. Práticas corporais**

Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde;

## **7. Práticas expressivas e comunicativas**

Estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura, como oficinas terapêuticas, temáticas e/ou criativas;

## **8. Atendimento para a família**

Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações;

## **9. Atendimento domiciliar**

atenção desenvolvida por um ou mais profissionais no local de morada da pessoa e/ ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, em casos de conflitos familiares, crises, para realização de busca ativa ou em atendimento à uma determinação judicial, acompanhamento do caso e/ ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento;

## **10. Ações de reabilitação psicossocial/ promoção à saúde mental**

Ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/ economia solidária, artes, habitação, esporte, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida e que possam ampliar a experiência de pertencimento social;

## **11. Promoção de contratualidade**

Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia;

## **12. Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares**

Atividades que fomentem a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias nas diversas modalidades (assembleias com os usuários, assembleias com familiares, assembleias com usuários e familiares e assembleia ampliada reunindo técnicos, familiares, usuários e membros da comunidade), partici-

pação em conselhos, conferências e congressos, movimentos sociais de saúde mental ou da luta antimanicomial; criação de espaços para a apropriação e a defesa de direitos, de formas associativas de organização, como associações de usuários e/ou familiares;

### **13. Ações de articulação de redes intra e intersetoriais**

Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território, as ações no território possibilitam um rico (re) conhecimento dos mesmos, identificando seus equipamentos sociais, aspectos culturais e hábitos da comunidade, além de potencializar a atuação dos profissionais dessas equipes e ampliar as possibilidades de cuidado e promoção da saúde (BRASIL, 2010a).

### **14. Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência**

Apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular;

### **15. Ações de redução de danos**

Conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorial, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde;

### **16. Acompanhamento de serviço residencial terapêutico**

Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social;

### **17. Apoio a serviço residencial de caráter transitório**

Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

Além dessas atividades, também é importante citar:

### **18. Busca ativa**

Prática sistemática de identificação de usuários que interromperam o cuidado ou que, por diferentes motivos, estão em situação de risco ou vulnerabilidade. Envolve contato telefônico, visitas domiciliares ou articulação com a rede para garantir o retorno e a continuidade do cuidado.

### **19. Acompanhamento nas situações de violência e violação de direitos**

Notificação, monitoramento e acompanhamento de casos de violência física, sexual, institucional, doméstica, entre outras formas de violação de direitos, em ações articuladas com a rede de proteção social e órgãos de justiça, sempre respeitando a escuta sensível e o protagonismo dos usuários.

## **4.4. ATENDIMENTO DE POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS**

### **4.4.1. Orientações para Acolhimento de Populações Específicas**

#### **Pessoas em Situação e Superação de Rua – PSR**

O acolhimento deve garantir o acesso à PSR no serviço, baseando-se na universalidade da atenção à saúde do SUS.

O atendimento nos serviços de saúde mental não deve ser condicionado à comprovação de endereço conforme preconizado pela portaria do Ministério da Saúde n.º 940, de 28 de abril de 2011, art.23, inciso 1.

Sobre PSR recomenda-se que:

**1.** Seja garantido o acesso à população de rua aos serviços de saúde, baseando-se na universalidade da atenção à saúde do SUS;

**2.** O atendimento nos serviços à saúde não esteja condicionado à comprovação de endereço conforme preconizado pela portaria do Ministério da Saúde n.º 940, de 28 de abril de 2011, art.23, inciso 1.

**3.** Os profissionais devem utilizar uma linguagem mais acessível às pessoas em situação de rua acerca das medidas preventivas, tais como: ao tossir ou espirrar, colocar o antebraço na frente do nariz e da boca; lavar as mãos com água e sabão sempre que possível; evitar tocar olhos, nariz e boca.

**4.** Avaliar, ainda, com a pessoa em situação de rua o seu local de permanência com o intuito de orientar que evite temporariamente alta exposição a grandes movimentações de pessoas;

#### **População LGBTQIAPN+**

Os profissionais devem oferecer um atendimento humanizado e respeitar o nome social e a forma na qual a pessoa se auto refere e se auto identifica. (Ministério da Saúde; Nota Técnica nº 18/2014).

Para que se ofereça um atendimento de

qualidade para as pessoas LGBTQIAPN+ na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é necessário que os trabalhadores e profissionais da saúde estejam devidamente preparados para lidar com a temática. Assim, algumas recomendações devem ser seguidas por esses profissionais:

Sobre População LGBTQIAPN+ recomenda-se:

**1.** Procure informações para se manter atualizado sobre temas de saúde LGBTQIAPN+;

**2.** Não pressuponha heterossexualidade da pessoa;

**3.** Não assuma que o sexo seja equivalente ao gênero, ou seja, que a cisgeneridade seja uma regra;

**4.** Use uma linguagem neutra e inclusiva;

**5.** Pergunte a pessoa como ela quer ser chamada;

**6.** Tenha em consideração que esta auto identificação é um processo individual;

**7.** Não faça julgamentos ou comentários morais;

**8.** Dirija-se a ela pelo nome escolhido (independente da aparência);

**9.** Ofereça o cartão SUS com o nome social;

**10.** Entenda que a pessoa tem direito ao uso do nome social, mesmo que não tenha realizado a retificação do nome de registro;

**11.** Tenha clareza de que os pedidos de exames podem ser feitos com nomes sociais;

**12.** Supere visões estigmatizantes, (como por exemplo “toda mulher trans é profissional do sexo, ou tem HIV”);

**13.** Construa na relação com a pessoa atendida um itinerário de cuidado integral;

**14.** Faça do acolhimento uma estratégia de promoção do acesso.

#### **Populações Étnico-Raciais**

O acolhimento na RAPS das Populações Étnicas Raciais deve respeitar a auto identificação étnica, cultural, linguística e territorial, dialogando com seus valores, costumes e práticas sociais, culturais, religiosas e espirituais.

Sobre Populações Étnico-Raciais reco-

menda-se:

**1. Respeitar a autoidentificação:** Aceitar como a pessoa se identifica em termos étnicos, culturais, linguísticos e territoriais, sem questionar ou invalidar suas escolhas.

**2. Valorizar o diálogo:** Escutar ativamente, sem preconceitos, promovendo uma comunicação aberta e respeitosa que considere as especificidades culturais, religiosas e espirituais dessas populações.

**3. Buscar formação contínua:** Estar informado sobre a história, valores, práticas e direitos dessas comunidades para evitar reproduzir estereótipos ou discriminações.

**4. Reconhecer e respeitar práticas tradicionais:** Integrar práticas de saúde tradicionais, sempre que possível, no cuidado, desde que sejam seguras e éticas, promovendo um modelo de atenção complementar.

**5. Adotar uma postura acolhedora e empática:** Demonstrar cuidado, paciência e sensibilidade, especialmente ao abordar questões relacionadas a práticas culturais ou espirituais que possam diferir das suas.

**6. Trabalhar de forma intersetorial:** Colaborar com organizações e lideranças comunitárias dessas populações para compreender suas demandas específicas e construir ações de cuidado mais eficazes e humanizadas.

**7. Denunciar e combater preconceitos:** Identificar e intervir em situações de discriminação ou racismo no ambiente de trabalho, promovendo uma cultura de equidade no atendimento.

Essas atitudes contribuem para a construção de um SUS mais inclusivo e alinhado aos princípios da equidade e da humanização no cuidado.

## 4.5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PTI

O monitoramento e a avaliação do Projeto Terapêutico Institucional (PTI) são essenciais para garantir sua eficácia e adequação contí-

nua às necessidades dos usuários e às condições do território.

### 4.5.1. Monitoramento Contínuo

O monitoramento do PTI envolve a observação contínua das ações e estratégias implementadas, permitindo identificar rapidamente necessidades emergentes ou desafios no processo de cuidado. A equipe deve estabelecer mecanismos claros para acompanhar a evolução das metas estabelecidas, utilizando registros diários, reuniões periódicas e feedback direto dos usuários e da equipe. Esse acompanhamento constante deve ser integrado ao cotidiano do serviço, sendo realizado em todos os momentos de atenção ao paciente.

Revisões periódicas do progresso das ações, por meio de reuniões regulares, análise de indicadores e relatos dos profissionais de saúde.

Avaliação das estratégias adotadas – identificando pontos fortes, dificuldades e lacunas no cumprimento dos objetivos traçados, ajustando as metas e estratégias de forma mais realista e alinhadas às necessidades e possibilidades do usuário e ao seu contexto de vida.

Ajustes nas ações, sempre que necessário, para garantir que as respostas estejam adequadas às necessidades dos usuários, às condições do território e às mudanças nas dinâmicas locais.

### 4.5.2. Avaliação Periódica

A avaliação deve ocorrer de forma regular e estruturada, com uma revisão formal anual do PTI, na qual a equipe analisa os resultados alcançados, as dificuldades enfrentadas e a pertinência das estratégias implementadas. Além disso, é importante realizar avaliações mais frequentes (semestrais ou trimestrais) para ajustes mais imediatos, com base nas observações do monitoramento. A avaliação deve considerar indicadores de saúde, feedback dos usuários, mudanças nos contextos de vida dos atendidos e no impacto das ações terapêuticas.

#### Estruturação de Indicadores de Acompanhamento:

- Taxas de adesão ao tratamento e envolvimento nos Projetos Terapêuticos Singulares.
- Feedback dos usuários a partir de questionários ou entrevistas sobre o atendimento recebido.
- Efetividade das ações intersetoriais observando a articulação com outros serviços e a cobertura das necessidades sociais, educacionais e de saúde da população.
- Qualidade da integração entre os profissionais da equipe, avaliando a comunicação e a colaboração interdisciplinar.

### 4.5.3. Avaliação do Impacto e Efetividade

Entrevistas com usuários, familiares e profissionais para colher percepções sobre a efetividade das ações e a qualidade do atendimento.

Análise dos indicadores de saúde, como taxas de internação, adesão ao tratamento, evolução dos sintomas e integração comunitária do paciente, para avaliar os impactos concretos das intervenções terapêuticas.

Reflexões coletivas na equipe, em espaços de supervisão e discussão clínica, para identificar o que está funcionando bem e o que precisa ser ajustado.

### 4.5.4. Ajustes e Reorientação das Ações

A avaliação não se limita a um momento pontual, mas deve gerar acompanhamento contínuo para reorientar o PTI conforme necessário. Os ajustes podem envolver mudanças nas estratégias terapêuticas, a introdução de novas abordagens ou a alteração de metas, sempre com foco na resposta às necessidades reais dos usuários e no contexto de saúde do território.

Reavaliar os objetivos do PTI à luz das novas demandas identificadas, das condições do território e dos avanços no cuidado prestado.

Refletir sobre os desafios enfrentados no período, como dificuldades na implementação de ações ou resistência por parte de usuários ou da equipe.

Ajustar as metas e as estratégias, reorientando os recursos e as ações para melhor atender as necessidades emergentes dos usuários e da comunidade.

### 4.5.5. Ferramentas e Instrumentos de Acompanhamento

Para viabilizar um monitoramento eficaz, a equipe deve utilizar ferramentas apropriadas, como prontuários eletrônicos, relatórios de atendimento e questionários de percepção dos usuários. Essas ferramentas ajudam a coletar dados e insights que embasam a revisão contínua do PTI, garantindo que os ajustes sejam baseados em evidências concretas.

### 4.5.6. Flexibilidade do PTI

O PTI deve ser entendido como um processo dinâmico. Assim, a equipe precisa manter a capacidade de adaptar o plano às mudanças nas necessidades dos usuários e do território, respeitando a flexibilidade do cuidado psicossocial. O monitoramento contínuo permite que essa flexibilidade seja garantida, pois assegura que as estratégias não se tornem obsoletas, mas se ajustem ao contexto emergente.



## **Seção III**

# **INTERSETORIALIDADE E COGESTÃO DO CUIDADO EM REDE**

## **5.1. AÇÕES DE CUIDADO CONJUNTA ENTRE CAPS E SRT'S**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT's estão previstos como um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, constituídos como pontos de atenção da RAPS nas Estratégias de desinstitucionalização, caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros, em situações em que há o rompimento de vínculo sócio familiar, quando não é possível viver em outros locais como pensões e mesmo em um imóvel alugado ou próprio. O SRT deve favorecer o convívio social, a reabilitação psicossocial e a cidadania, é um espaço de promoção de laços afetivos e de retomada da vida na cidade. (PT consolidação N° 3/2017).

Para fins de habilitação junto ao MS, o SRT deve estar vinculado a um CAPS, seja para a operacionalização dos registros de procedimentos, seja as ações de cuidado em saúde, que pode acontecer quando necessário nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto de Atendimento, Hospitais Gerais e na Rede de Atenção Psicossocial, prioritariamente nos Centros de Atenção Psicossocial, em que todos os moradores deverão ser referenciados ao CAPS dos respectivos territórios. A responsabilidade em acompanhar os moradores nesses atendimentos é da equipe de cuidadores da SRT.

Compete aos CAPS apoiar e supervisionar o trabalho das residências, preservando sua autonomia, considerando as características de moradia, lar e casa diferente de um serviço ou espaço terapêutico, nesse sentido é necessário que se estabeleça um técnico de referência

pertencente a equipe do CAPS, com a função de realizar o suporte técnico- assistencial.

O técnico de referência e o cuidador são figuras centrais no cuidado dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Juntos, assumem o papel de principais articuladores do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada residente. O técnico de referência conduz as reuniões, facilita a comunicação entre os envolvidos e, em conjunto com a equipe, define as diretrizes do cuidado. Já o cuidador atua no cotidiano da casa, orientando seu funcionamento a partir das discussões com o técnico de referência, e mediando o processo de habitar — ou seja, auxiliando os moradores a se apropriarem do espaço como um lugar de moradia e convivência.

A relação de cuidado com os moradores deve se voltar à existência dos sujeitos em sua complexidade, procurando se contrapor à perspectiva segregadora do modelo tutelar/manicomial, com práticas de cuidado humanizadoras (BRASIL, 2006).

## **5.2. AÇÕES DE CUIDADO ENTRE CAPS AD E A UNIDADE DE ACOLHIMENTO - UA**

A Unidade de Acolhimento - UA tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Esse espaço se aproxima de um espaço residencial, apresentando características de espaço institucional, e onde se deve garantir moradia, educação e convivência familiar e social (BRASIL, 2012b).

O espaço de habitação é onde se encontra o sentimento de identidade e também é um lugar de socialização. Isso se traduz, por exemplo, no esforço de manter acomodações que garantam a privacidade dos acolhidos e, ao mesmo tempo, possibilitem práticas coletivas e uma rede de serviços e de relações, fundamentais ao processo de cuidado em liberdade (ALMEIDA E CUNHA, 2021).

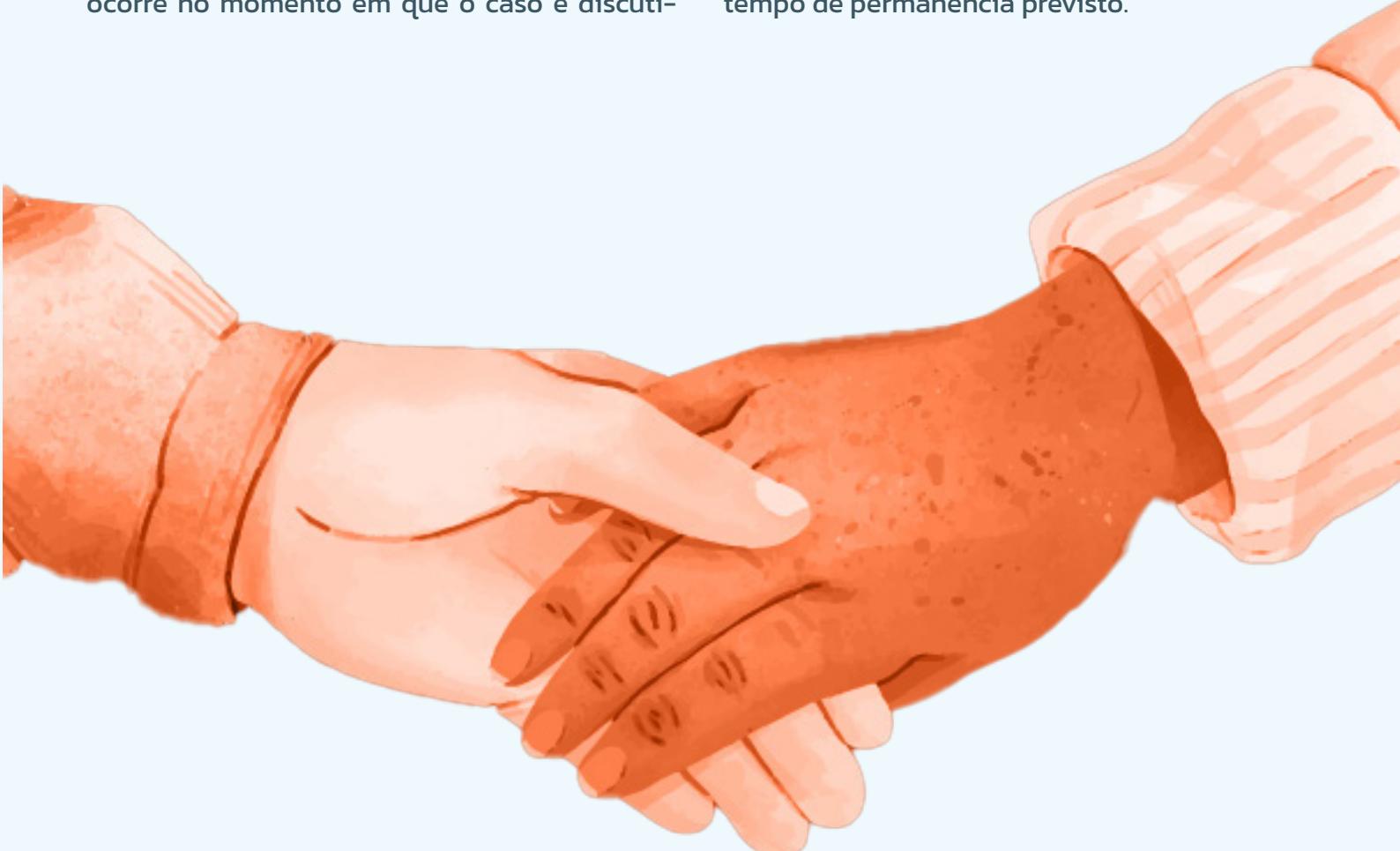
A indicação para o acolhimento dos usuários da Unidade de Acolhimento deve ser definida pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, a qual também será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde, durante o período de acolhimento, o cuidado é compartilhado entre CAPS e UA. Na hipótese de não haver consenso quanto à indicação para o acolhimento, novas reuniões para discussão do caso são realizadas (BRASIL 2012; ALMEIDA E CUNHA, 2021).

A entrada no acolhimento nem sempre ocorre no momento em que o caso é discuti-

do. No entanto, durante a discussão, é possível definir as estratégias de aproximação entre o usuário e a Unidade de Acolhimento (UA), bem como determinar a forma e o momento adequado para a entrada do usuário. As principais razões para o ingresso na UA incluem: laços familiares enfraquecidos, necessidade de um período de recuperação após o uso intensivo de substâncias e dificuldades relacionadas ao território de origem do usuário (ALMEIDA E CUNHA, 2021).

Conforme as autoras acima, na dinâmica da UA, destacam-se as atividades internas e externas desenvolvidas, que em sua maioria, estão relacionadas à organização da casa, à articulação da rede de suporte do usuário no território e à reinserção social dos acolhidos.

Sobre o encerramento do acolhimento, deve-se respeitar o processo de cada usuário, porém o período indicado nas portarias ministeriais (PT 121/2012) e Nota Técnica 41/2013 são de no máximo de 6 meses, os referidos documentos apontam que o PTS de cada usuário possa incluir ações a serem desenvolvidas e o tempo de permanência previsto.



## APÊNDICE 1

### INSTRUMENTO PARA RECONHECIMENTO DO CAPS A PARTIR DO TERRITÓRIO

Baseado em: CAMPOS, R.O. FURTADO, J.P.F.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Uma análise complementar do perfil dos CAPS III do município de Campinas. Em: Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade - São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008 e nas contribuições dos autores.

#### I-IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

**1. Tipo do serviço:**

Caps I  Caps II  Caps III  Caps Ad  Caps ad III  Capsi  Outros

**2. Nome do serviço:** \_\_\_\_\_

**3. Coordenador(a):** \_\_\_\_\_

**4. Endereço completo:** \_\_\_\_\_

**5. Município:** \_\_\_\_\_

**6. Telefone e e-mail do serviço/coordenador(a):**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

**7. Data de início do funcionamento do CAPS:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**8. Fonte(s) de Financiamento:** \_\_\_\_\_

**9. Serviço Cadastrado**  **Serviço não Cadastrado**

#### II-INDICADORES FÍSICO-ESTRUTURAIS DO SERVIÇO

**1. O serviço está instalado em prédio/imóvel independente de outros serviços?**

Sim  Não

**2. Qual a área física do imóvel?**

**3. Área construída:**

**4. Área externa:**

**5.Especificação dos espaços disponíveis no serviço:**

ESPAÇOS	SIM OU NÃO	QUANTIDADE
Sala para Oficina		
Sala para ações administrativas		
Sala para Atendimento Grupal		
Sala para Atendimento Individual		
Banheiro		
Copa/Refeitório		
Cozinha		
Espaço de convivência externa e interna		
Sala com leitos para repouso		
Sala com leitos para pernoite		
Sala com leitos para Desintoxicação		
Outros (especificar)		

**6.Sobre transporte para visita/atendimento domiciliar, informe sob que condições o CAPS realiza (assinale com X):**

Veículo próprio do Caps	
Veículo próprio do programa de Saúde Mental	
Veículo da Secretaria de Saúde do Município	
Não utiliza veículo institucional	
Outros(citar)	

**III-ROTEIRO PARA RECONHECIMENTO DE ÁREA****1.Área(s)de referência:**\_\_\_\_\_**2.População:**\_\_\_\_\_**3. Número de Unidades de Atenção Básica:**\_\_\_\_\_ Quais:\_\_\_\_\_**4. Número de unidades com Equipes E-Multi:**\_\_\_\_\_ Quais:\_\_\_\_\_**5. Identificar informantes-chaves:**\_\_\_\_\_

**IV-DADOS SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

CATEGORIA	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA TOTAL
Assistente social		
Auxiliar administrativo		
Enfermeiro		
Fonoaudiólogo		
Médico clínico		
Médico neurologista		
Médico psiquiatra		
Musicoterapeuta/Músico		
Oficineiro/artesão		
Pedagogo/psicopedagogo		
Psicólogo		
Técnico/auxiliar de enfermagem		
Terapeuta ocupacional		
Segurança patrimonial		
Especializandos, Extensionistas (PET saúde mental), Internos de Medicina e residentes		
Massoterapeuta		
Arte-terapeuta		
Artista		
Educador físico		
Outros:		

**V- DADOS PSICOSSOCIAIS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL****1. Dados cadastrais:**

- Nº de pessoas que buscaram ou foram encaminhadas pela primeira vez no CAPS no ano:
- Nº de pessoas cadastradas no serviço:
- Nº total de pessoas com cadastro ativo no serviço:
- Nº total de pessoas com permanência diária (2 turnos) no serviço por trimestre nos últimos dois anos:
- Nº de pessoas que fizeram uso dos leitos para pernoite no serviço por trimestre nos últimos dois anos:

f. N° de pessoas que fizeram uso dos leitos para desintoxicação no serviço por trimestre nos últimos dois anos:

g. N° de pessoas cadastradas que são moradoras dos territórios de abrangência:

h. N° de pessoas cadastradas que não são moradoras dos territórios de abrangência:

**2. Em relação à faixa etária da clientela cadastrada, indique qual faixa a clientela possui considerando os últimos dois anos.**

CLIENTELA	MASCULINO	FEMININO
Criança/Adolescente (0-18 anos)		
Adulto (19-59 anos)		
Idoso (60 anos em diante)		

**3. Quanto ao procedimento de internação, indique os recursos utilizados durante o período dos últimos dois anos.**

RECURSO LOCAL DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE INTERNAÇÕES (PERÍODO DE DOIS ANOS)
Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto	
Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	
Instituição Espírita Nosso Lar	
Hospital Geral da Região ou Município	
Outros (Especificar)	

**4. Descrição das estratégias de inclusão educativas (oficinas de alfabetização no próprio Caps, parcerias com instituições escolares) que são estabelecidas pelo Caps:**

---



---



---

**5. Indique o número de usuários cadastrados nos programas ou iniciativas de geração de renda organizados pelo serviço e especifique qual modalidade (cooperativa, oficina de produção no CAPS, trabalho externo assistido) considerando o ano vigente, 2024:**

---



---



---

**6. Indique o número de usuários cadastrados nos programas de proteção social/benefícios considerando o último ano.**

PROGRAMAS	QUANTITATIVO
Loas	
Programa de Volta para Casa(PVC)	
INSS	
Outros (cite)	

**7. Em relação à inserção escolar da clientela cadastrada, indique o quantitativo e situação tomando como referência o total de usuários cadastrados, considerando o último ano.**

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO ATUAL (ÚLTIMO ANO)
Ensino fundamental ou primeiro grau completo	
Ensino fundamental ou primeiro grau incompleto	
Ensino médio ou segundo grau completo	
Ensino médio ou segundo grau incompleto	
Ensino superior ou terceiro grau completo	
Ensino superior ou terceiro grau incompleto	
Inserção em escolas e/ou classes especiais	
Sem inserção escolar	

**8. Em relação à inserção laborativa, tomando por base a clientela cadastrada no último ano. (Caps tipo I, II, III e ad), indique o quantitativo:**

TIPO DE INSERÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL (ÚLTIMO ANO)
Inserção no mercado formal	
Inserção no mercado informal	
Não inserido no mercado de trabalho formal/informal)	
Aposentado	
Licenciado	
Total	

**9. A dispensação de medicamentos com base no primeiro trimestre do último ano:**

- No próprio CAPS     Na farmácia central da SMS     Postos de saúde     Outros
- especificar: \_\_\_\_\_

**10. Em relação ao uso abusivo de substâncias psicoativas pela clientela cadastrada no primeiro último ano:**

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	QUANTITATIVO
Álcool	
Tabaco	
Drogas ilícitas	
Benzodiazepínicos	

**VI- DESCRIÇÃO GERAL (PANORÂMICA) DA ÁREA****1. Descrição dos limites da área de abrangência da equipe:**


---



---



---

**2. As microáreas são:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Homogêneas       | <input type="radio"/> Heterogêneas                       | <input type="radio"/> Mangues            |
| <input type="radio"/> Dunas            | <input type="radio"/> Fábricas                           | <input type="radio"/> Ocupações/invasões |
| <input type="radio"/> Áreas comerciais | <input type="radio"/> Áreas residenciais de classe média | <input type="radio"/> Casas de papelão   |
| <input type="radio"/> Casas de taipas  | <input type="radio"/> Outros                             |  |

**VII - INDICADORES DE PROCESSO****DESCRÍÇÃO DAS AÇÕES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO****1. Há acompanhamento regular de seus municípios há longo tempo internados em hospitais psiquiátricos /abrigados visando a reinserção psicossocial:**

- sim     não

**2. Em caso afirmativo, com que frequência são feitas visitas pelos profissionais do CAPS ao hospital.**

- semanal     quinzenal     mensal

**3. Como se dá a relação institucional com as equipes dos hospitais psiquiátricos e/ou abrigos:**

- existe     não existe - Em caso afirmativo, responda se há discussão em conjunto sobre:  
 projeto terapêutico     alta hospitalar  
 licença domiciliar     projeto de (re)inserção social

**4. Acompanhamento de moradores de Residências Terapêutica:**

sim  não - Em caso afirmativo, qual o número de moradores acompanhados: \_\_\_\_\_.

**5. Há acompanhamento aos familiares de usuários internados em hospitais psiquiátricos:**

sim  não - Em caso afirmativo, a modalidade de acompanhamento é:  
 visita domiciliar  atendimento no CAPS

**6. Há acompanhamento de outros projetos de reinserção familiar/social:**

sim  não - Em caso afirmativo, especifique o projeto acompanhado e a quantidade de usuários inseridos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Como são construídos os projetos terapêuticos/clínicos:**

reunião semanal de equipe  por cada profissional de referência (individual)  
 parceria com outros profissionais  outras possibilidades, descreva:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Informe se o CAPS trabalha com prontuário único (aquele que contém todos os registros feitos sobre o usuário, incluindo a folha de evolução única, onde todos os profissionais anotam, datam e assinam):**  
\_\_\_\_\_

**9. O CAPS tem supervisão clínico-institucional?**

Sim  Não - Em caso afirmativo, qual a regularidade (frequência) e referencial teórico do supervisor?  
\_\_\_\_\_

**10. A supervisão está vinculada ao programa de Qualificação dos CAPS (Ministério da Saúde):**

Sim  Não qual órgão responsável pela contratação\_\_\_\_\_

**11. Quanto às ações intersetoriais, informe quais, quantas e qual modalidade o CAPS realiza de forma regular:**

<b>SETOR/ DISPOSITIVO</b>	<b>SIM OU NÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b> M-MENSAL Q-QUINZENAL S-SEMANAL O-OUTRAS	<b>MODALIDADE</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO DO SETOR/ DISPOSITIVO</b>
Secretaria de Justiça, Promotoria e dispositivos afins				
Secretaria de Educação, esporte, lazer e dispositivos afins				
Conselhos Tutelares				
Secretaria de Assistência Social e dispositivos afins				
Secretaria de Cultura e dispositivos afins				
Secretaria de Trabalho dispositivos afins				
Conselho Municipal de Saúde				
Conselho Estadual de Saúde				
Atenção Primária em Saúde(ESF/EACS ,DST/Aids e outros)				
Outros Dispositivos do campo da saúde				

**12. Descreva as atividades em funcionamento no Caps:**

- a. Oficinas terapêuticas realizadas no Caps  realizadas fora do Caps   
 ações relativas ao programa de geração de renda realizadas no CAPS:

---



---

b. Espaços de convivência:

- Assembleias de usuários, familiares e técnicos  Atendimentos individualizados  
 Quais: \_\_\_\_\_.

c. Grupos terapêuticos  - Quais: \_\_\_\_\_.

d. Grupos de familiares:

- Atendimentos aos responsáveis (família ou não)  Acompanhamento Terapêutico  
 Acompanhamento regular das internações (hospital/abrigos)  Visitas domiciliares  
 Atendimento domiciliar  Ações de Educação Permanente

Quais: \_\_\_\_\_.

e. Ações de Participação Social/Controle Social  - Quais:

\_\_\_\_\_.

f. Grupos Educativos  - Quais:

\_\_\_\_\_.

g. Grupos Educativos na Comunidade  - Quais:

\_\_\_\_\_.

h. Outras práticas de cuidado psicossociais, descreva:

\_\_\_\_\_.

### IX-AVALIAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

**1. Transporte disponível para acesso ao serviço de saúde mental?**

- sim  não

**2. Tempo que tem que ser percorrido a pé para chegar ao serviço de saúde mental?**

- Menor que 15 minutos  Entre 15-30 minutos  Maior que 30 minutos

**3. Problemas sociais como violência, tráfico de drogas, prostituição, desemprego, etc.?**

\_\_\_\_\_.

### X- BARREIRAS GEOGRÁFICAS

- Rios/córregos  Alagados  Atoleiros  
 Grandes avenidas sem passarelas  Subidas íngremes  
 Grandes distâncias a serem percorridas a pé  Outros

## XI-BARREIRAS FUNCIONAIS

- Recepção/SAME despreparado
- Ausência de acolhimento no CAPS
- Horário de funcionamento do CAPS
- Áreas de conflito na comunidade
- Falta de transporte adequado
- Outros

## XII-BARREIRAS SOCIAIS E CULTURAIS

- Desconhecimento por parte da comunidade sobre a estratégia de saúde da família e do trabalho em equipe multiprofissional.
- Preferência por parte da população por especialidades como pediatria, ginecologia, clínica médica.
- Despreparo dos integrantes da equipe de saúde da família.
- Equipe de saúde incompleta
- Cultura de automedicação
- Estigma em relação à loucura
- Outros

## XIII-ATORES SOCIAIS DE DESTAQUE

Lideranças comunitárias: \_\_\_\_\_

Rezadeiras: \_\_\_\_\_

Professores: \_\_\_\_\_

Moradores antigos: \_\_\_\_\_

Donos de estabelecimentos comerciais: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

## XIV- RECURSOS SOCIAIS

Igrejas: \_\_\_\_\_

Escolas: \_\_\_\_\_

Terreiros: \_\_\_\_\_

Quadras de esportes: \_\_\_\_\_

Creches: \_\_\_\_\_

Centros comunitários: \_\_\_\_\_.

Postos policiais: \_\_\_\_\_.

ONGs: \_\_\_\_\_.

Outros: \_\_\_\_\_.

## XV-CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DA ÁREA

### 1. Rede de água tratada?

sim  não

### 2. Rede de esgotos?

sim  não

### 3. Luz elétrica?

sim  não

### 4. Destino do lixo?

Coletado vezes por semana  Queimado  Enterrado  Céu aberto

### 5. Qualidade da água consumida pelas famílias?

### 6. Qual a proporção de famílias que possuem vaso sanitário no domicílio?

## XVI-CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

### 1. Qual a origem das famílias da área?

- Migrantes do interior do estado
- Professores
- Moradores antigos
- Donos de estabelecimentos comerciais
- Outros

**XVII- Descreva os aspectos considerados relevantes e não abordados no questionário:**

---

---

---

---

---

---

**XVIII-Principais problemas detectados e plano para abordagem:**

---

---

---

---

---

---

Nome(s) do(s) responsáveis pelo preenchimento deste questionário:

Nome(s) e função(s) dos profissionais que forneceram informações:

Data:

/ /

## APÊNDICE 2

### IMERSÃO COMUNITÁRIA:

Esta etapa caracteriza-se pela busca no aprofundar-se no reconhecimento do território e das relações aí estabelecidas, portanto são sugeridas visitas para observação e coleta de informações relevantes junto aos atores chaves, moradores antigos, lideranças comunitárias, equipamentos sociais do território, espaços de lazer da comunidade, etc.

Algumas perguntas-chave podem nortear essa etapa do processo de territorialização, tais como:

- Qual a história dessa comunidade/bairro/localidade? Como essa história dialoga com as atuais condições de vida nesse lugar?
- Quais os atores-chave identificados para falar sobre a história da comunidade? Que sentimentos as pessoas demonstram em relação à história da comunidade?
- A implantação do CAPS na comunidade faz parte da história do lugar? Foi um desejo/luta da comunidade? Como a comunidade se apropria desse equipamento de saúde?
- Como tem sido a construção histórica e implantação dos processos de Reforma Psiquiátrica nesse território? Como a comunidade tem participado desse processo? E a participação dos usuários nesse processo?
- Existem traços marcantes da cultura ou dos costumes locais? Quais? Como eles podem ser percebidos?
- Existem conflitos nessa comunidade? E no próprio (unidade de saúde) /CAPS? E na rede assistencial mapeada? E na SMS?
- Quais as características ambientais desse lugar? Como os moradores e profissionais de saúde lidam e são afetados com isso? Existem ações voltadas para esse aspecto?
- Quais os equipamentos sociais existentes nos territórios? Qual o foco de atuação desses equipamentos? Quais têm articulação com o caps?
- Como tem sido a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no território?
- Como a RAPS se organiza?
- Qual a participação da Gestão nesse processo? Qual a participação da comunidade e dos sujeitos envolvidos nesse processo?
- Qual o perfil social, demográfico e epidemiológico da população adscrita?

- Quais indicadores de saúde foram identificados? O que eles apontam sobre a situação de saúde da população?
- Quais os indicadores de saúde mental foram identificados? O que eles apontam sobre a situação de saúde da população?
- Quais os indicadores relacionados à internação psiquiátrica no território?
- Como identificar os cuidados na atenção aos usuários de álcool e outras drogas no território (Rede Hospitalar, Atenção Básica, CAPS I, CAPS AD, Rede Intersetorial)?
- Quais os profissionais, quais os vínculos desses trabalhadores, há quanto tempo atuam naquele serviço?
- Como se organiza o processo de trabalho das equipes dos serviços assistências (CAPS e ESF)?
- Como se organiza o processo de trabalho das equipes dos serviços de gestão (CRES e município)?
- Que ações assistenciais são desenvolvidas pelas equipes? E no que tange às ações educativas, quais foram identificadas?
- Qual o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade?
- Como é estruturado e dividido o espaço físico da unidade de saúde?
- Como acontece a divisão de responsabilidades na unidade? Existem setores? Como eles se organizam? Como eles dialogam?
- Como a unidade de saúde é vista pelos seus usuários e trabalhadores?
- Como se organiza a gestão municipal e local na saúde? Quais as interfaces da ESF ou CAPS com as demais pastas e secretarias?
- Quais as metas do plano local de saúde? Como essas metas dialogam com as ações em saúde desenvolvidas?
- Que redes informais de cuidado existem no território? Que práticas de cuidado informais são realizadas? Rezadeiras, movimentos religiosos, etc.
- Como os usuários da saúde mental são vistos nas unidades de saúde e pela comunidade? Como é a relação entre eles e a comunidade, que espaços utilizam e circulam?
- As atividades realizadas nos serviços que ofertam ações de cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico, funcionam como catalisadoras de novos territórios existenciais, onde os usuários possam conquistar espaços perdidos e conquistar novos?

## ANEXOS

### FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A fundamentação legal respalda as ações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois garante que as práticas realizadas estejam alinhadas com os princípios e diretrizes estabelecidos pelas políticas públicas de saúde mental e, ainda possibilita que as práticas de cuidado sejam organizadas conforme os preceitos das normativas.

Abaixo estão as principais normativas que devem ser consideradas na elaboração e/ou atualização do PTI:

### LEIS

- Lei nº 8.080 de 19/09/1990 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei Federal N° 8.069 de 13/07/1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 4º, define o Princípio da Prioridade Absoluta para a atenção à criança e adolescente no âmbito das políticas e redes de serviços do Estado;
- Lei Estadual nº 12.151, de 29/07/1993 que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências;
- Lei nº 10.216, de 6/4/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Lei 10.708 de 31/07/2003 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações;
- Lei nº 11.343 de 23/08/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e que orienta atenção ao usuário de drogas pela inclusão social e redução de danos;
- Lei Federal nº 13.146/15 de 06/07/2015 que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência;
- Lei N° 13.257 de 08/03/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e dá outras providências;
- Lei nº 13.840 de 05/06/2019 – Nova Lei de Drogas que altera as Leis nº 11.343, de 23/08/2006, 7.560, de 19/12/1986, 9.250, de 26/12/1995, 9.532, de 10/12/1997, 8.981, de 20/01/1995, 8.315, de 23/12/1991, 8.706, de 14/07/1993, 8.069, de 13/06/1990, 9.394, de 20/12/1996, e 9.503, de 23/09/1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22/01/1942, 8.621, de 10/01/1946, e 5.452, de 01/05/1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
- Lei nº 14.819, de 16/01/ 2024 que Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares;

## PORTARIAS

- Portaria MS/GM 1.608/2004 (Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil)
- Portaria nº 1.028 de 01/07/2005 que determina que as ações que visem à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas;
- Portaria MS/GM nº 1.028/2005, que regulamenta a estratégia de redução de danos;
- Portaria nº 992 de 13/05/2009 que Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 que 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 (SUS);
- Portaria do Ministério da Saúde n.940, de 28/04/2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. (REFERÊNCIAS)
- Portaria nº 3.088 de 23/12/ 2011 que 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 (SUS);
- Portaria nº 854, de 22/08/2012, define que o acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial é uma ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de usuários já em acompanhamento no serviço.
- Portarias de Consolidação do SUS MS/GM nº 3 e nº 6, de 28/09/2017;
- Portaria nº 2.663, de 11/10/2017 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; (REFERÊNCIA)
- Portaria GM/MS nº 2.198, de 06/12 2023 que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde; (REFERÊNCIA)
- Portaria GM/MS nº 874 de 14 de julho de 2023 instituiu um grupo de trabalho para formular o Programa Nacional para os Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial (PNCeC);
- Portaria GM/MS nº 4.139, de 17/06/2024 de que reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa "De Volta para Casa", instituído pela Lei nº 10.708, de 31/07/2003;
- Portaria GM/MS nº 4.876, de 18/07/2024 que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28/09/2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP – Desinstitucionalização no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Sistema Único de Saúde – SUS;

## RESOLUÇÕES

- Resolução nº 487, de 15/02/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança;
- Resolução nº 249, de 10/07/2024 que dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas;

## PLANOS E POLÍTICAS

- Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004);
- Política do Ministério da Saúde HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004a.
- Política Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas
- Política Estadual de Promoção da Saúde
- Política Estadual de Educação Permanente em Saúde
- Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará (Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, 2022)
- Plano Nacional Ruas Visíveis – Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Governo Federal/Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania/2023);
- Plano de Ação Integral para a Saúde Mental 2013–2030 (OMS)

## RELATÓRIOS

- Relatórios da I, II, III, IV e V Conferências Nacionais de Saúde Mental, que aconteceram nos anos de 1987, 1992, 2001, 2010 e 2023;
- População Negra. Nota técnica n. 10 – SET/2017 (SESA/CE);
- Relatório Mundial sobre a Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos (OMS, 2022)

## DECLARAÇÕES

- Declaração de Caracas que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e convoca as organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (1990);

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Amanda Lima Macedo de; CUNHA, Marize Bastos da. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 105-117, 2021.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

BORGES, Claudia Daiana e SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **O processo do cuidado em um CAPS AD na perspectiva de usuários e familiares**. Bol. Acad. Paul. Psicol. [online]. 2020, vol. 40, n.99, p. 227-240. ISSN 1415-711x.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as diretrizes de funcionamento dos CAPS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos** / Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids; Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Álcool e Redução de Danos**, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool\\_reducao\\_danos2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, 26 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v. 2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Textos. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): MS; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União – Seção 1, p. 2 (Publicação Original). Brasília, DF: 07 jul. 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 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 no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – **Portaria GM 2446 de 11 de novembro de 2014**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1608, de 03 de agosto de 2004**. Constitui Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/SAS nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil**: recomendações: de 2005 a 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantajuvenil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantajuvenil.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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** ([saude.gov.br](http://saude.gov.br)) – Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília, 2014.

BRAGA, Cláudia Pellegrini. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 198-213, out./dez. 2019. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n4/198-213/pt/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n4/198-213/pt/?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 12 abr. 2025.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.F.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Uma análise complementar do perfil dos CAPS III do município de Campinas**. In: Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade – São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAMPOS, R.O. **Clínica: a palavra negada** – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Rev. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago, 2001.

CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elisabeth e FERIGATO, Sabrina. – **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2009.

CARVALHO, S.; CUNHA, G. 2006. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: G. CAMPOS; M. MINAYO; M. AKERMAN; M. DRUMOND; U. CARVALHO (orgs.), Tratado de

Saúde Coletiva. São Paulo, Hucitec/Fiocruz.

COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições**. In: Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2013, p. 91-117. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/2ndtk/pdf/costa-9786557144817-05.pdf>

CRENSHAW, Kimberlé. **Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres de cor**. In: MARTINS, Ana Claudia Aymoré; VERAS, Elias Ferreira (Orgs.). Corpos em aliança: diálogos interdisciplinares sobre gênero, raça e sexualidade. Curitiba: Appris, 2020. p. 123-145. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/7069/1/Corpos%20em%20alian%C3%A7a%20di%C3%A1logos%20interdisciplinares%20sobre%20g%C3%A3nero%20ra%C3%A7a%20e%20sexualidade.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2025.

FREIRE, Érika Vanessa Soares; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. **Saúde mental no território: reflexões sobre agenciamentos possíveis na relação com a residência terapêutica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. I.], v. 8, n. 19, p. 17–41, 2016.

**Glossário de termos sobre drogas/ elaboração** Bárbara Diniz Caldeira ... [et al.] ; Gabriela de Luca, coordenadora. -- Brasília : Centro de Estudos sobre Drogas e Desenvolvimento Social Comunitário (Cdesc), Sistema Integrado de Monitoramento de Cultivos Ilícitos da Colômbia (Simci), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. 48 p.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HACKING, Ian. **The looping effects of human kinds**. In: SPERBER, Dan; PREMACK, David; PREMACK, Ann James (Org.). Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate. Oxford: Clarendon Press, 1995. p. 351-394

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações**. Rev. de Sociologia Tempo Social USP. 2014. Acesso em 23/10/24. 1(26): 61-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/?format=pdf&lang=pt>.

JARDIM, V.M.R.; CARTANA, M.H.F.; KANTORSKY, L.P.; QUEVEDO, A.L.A. **Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial**. Rev. Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, v.18, n.2, p.241-248, abr/jun, 2009.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, v.3. 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Cuidando em Liberdade: invenções antimanicomiais**. Belo Horizonte, MG: Fábrica de Ideias Odisséia, 2024.

MAIA, Maria Schargel (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

MÂNGIA, E.F.; CASTILHO, J.P.L.; DUARTE, V.R.E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais de dois centros de atenção psicossocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.17, n.2, p.87-98, maio/ago, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i2p87-98> Acessado em 25/03/2025.

MELO, Walter e FERREIRA, Ademir Pacelli. (orgs.). A sabedoria que a gente não sabe. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2011.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. – Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

NIEL, M. e SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: MS, PROAD, UNIFESP, 2008

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde** - 2a. ed. - São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/ RedePq - SMCA. Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes. Documento técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. 2023.

RODOVALHO, Ana Laura Pires; PEGORARO, Renata Fabiana. Revisão integrativa de literatura sobre a construção de Projetos Terapêuticos Singulares no campo da saúde mental. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português), v. 12, n. 4, p. 240-248, 2016.

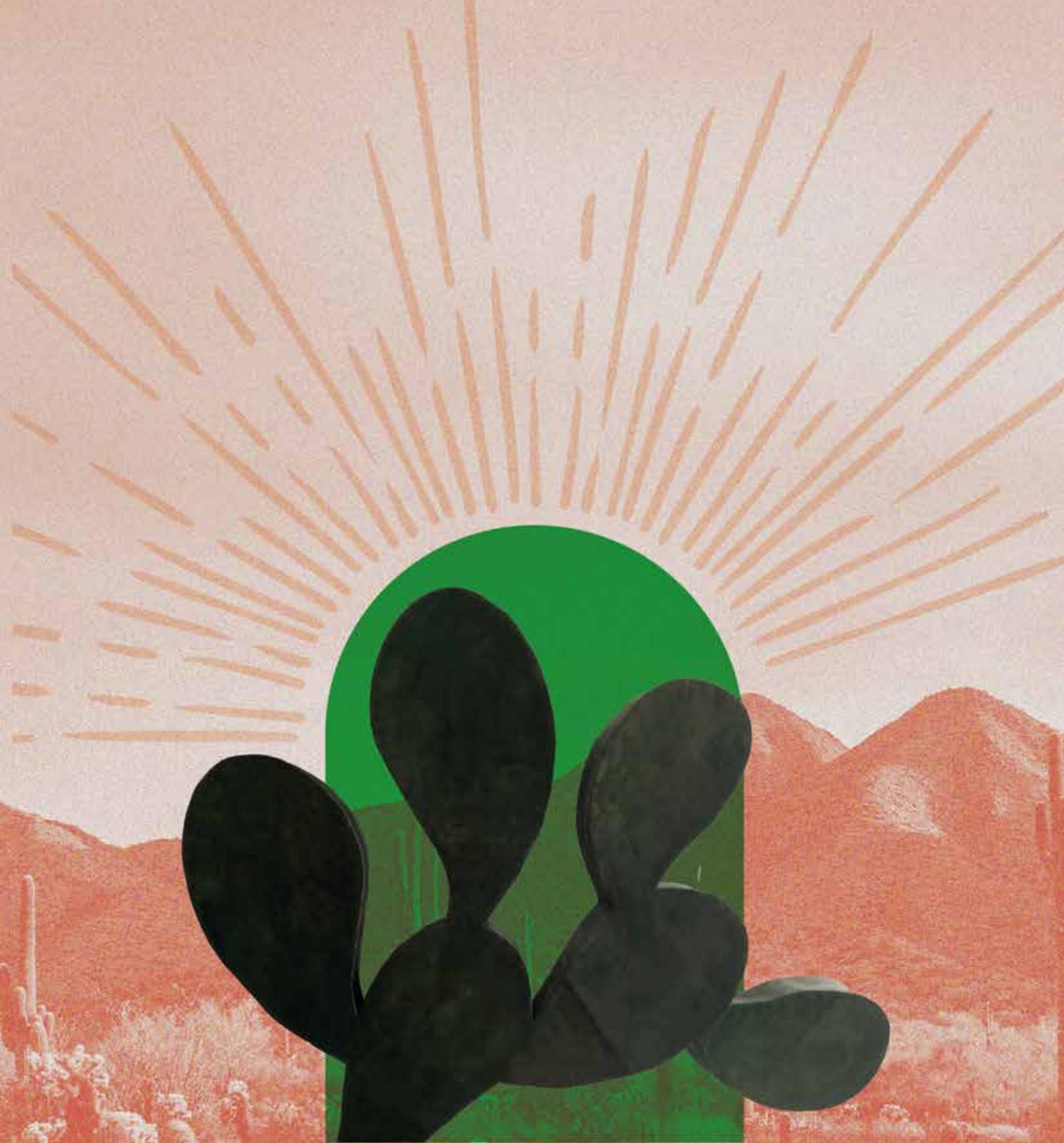
SCHOLZ, Danielle Celi Santos et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no sul do Brasil. Revista Contexto & Saúde, v. 14, n. 27, p. 65-69, 2014.

SENA, Rosangela de Rosa e ORNELAS, Pablo. Juventude, Ativismo e Redução de Danos. Fortaleza: Centro de Assessoria e Adolescência, 2010.

SIQUEIRA, Domiciano J. R. Mal(dito) cidadão: numa sociedade com drogas. 1º Ed. São Paulo: 2006.  
TEDESCO, Silvia e NASCIMENTO, Maria Lívia do (orgs.). Ética e Subjetividade: novos impasses do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2009.

TENÓRIO, Fernando R.; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 7-14, 2000.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* São Paulo: Hucitec. 2010. p. 55-59



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE