

**FACULDADE CAICOENSE SANTA TERESINHA  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**IASMIM KELLEN DINIZ SANTOS**

**O SUJEITO NO CENTRO DO CUIDADO: A CLÍNICA AMPLIADA E O  
ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E  
PERSISTENTES NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE**

**CAICÓ/RN  
2025**

IASMIM KELLEN DINIZ SANTOS

O SUJEITO NO CENTRO DO CUIDADO: A CLÍNICA AMPLIADA E O  
ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES  
NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Monografia apresentada ao Colegiado do  
Curso de Bacharelado em Psicologia da  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha,  
como requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Psicologia.

Professor(a) Orientador(a): Me. William  
Araújo Santos.

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha  
Biblioteca Profª. Suzana Lago Nobre

S237s SANTOS, Iasmim Kellen Diniz.

O sujeito no centro do cuidado: a clínica ampliada e o acompanhamento de transtornos mentais graves e persistentes na atenção secundária à saúde. / Iasmim Kellen Diniz Santos. – Caicó, RN, 2025.

55 f.

Orientador(a): Prof. Me. William Araújo Santos.

Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Caicoense Santa Teresinha. Curso de Graduação em Psicologia.

1. Clínica Ampliada - Monografia. 2. Atenção Secundária - Monografia. 3. Transtornos Mentais Graves e Persistentes - Monografia. 4. Centro de Atenção Psicossocial - Monografia. 5. Saúde Mental – Monografia. I. Santos, Iasmim Kellen Diniz. II. Faculdade Caicoense Santa Teresinha. III. Título.

RN/BU/FCST

CDU 159.9

IASMIM KELLEN DINIZ SANTOS

O SUJEITO NO CENTRO DO CUIDADO: A CLÍNICA AMPLIADA E O  
ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES  
NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Monografia de graduação apresentada ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 11 / 12 / 2025.

---

Prof. Me. William Araújo Santos  
Orientador  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST)

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Caroline Medeiros Rodrigues e Silva  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST)

---

Prof. Dr. Aleff Silva Aleixo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram para a concretização desta etapa tão significativa da minha trajetória acadêmica e pessoal. À minha família, pelo apoio incondicional, pela confiança e por tornar possível a realização deste momento. Ao meu orientador, pelas trocas, compromisso, orientações e pela competência que foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. E a todos que, de forma direta ou indireta, tornaram este processo mais leve e enriqueceram minha caminhada até aqui.

## RESUMO

A Clínica Ampliada é uma abordagem de cuidado que considera o sujeito para além do diagnóstico, integrando aspectos biológicos, subjetivos e sociais para oferecer um acompanhamento integral e humanizado. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar como a produção científica brasileira discute a aplicação da clínica ampliada no cuidado a Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP), no âmbito dos serviços de atenção secundária do SUS, como CAPS e ambulatórios especializados. Para isso, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Google Scholar. Após a aplicação dos descritores, dos critérios de inclusão e exclusão, 19 estudos, publicados entre 2020 e 2025, compuseram o corpus da pesquisa e análise. Os resultados foram organizados por meio de análise temática, expondo três eixos centrais: a importância da centralidade do sujeito e do fortalecimento do protagonismo dos usuários; os dispositivos coletivos que sustentam um cuidado ampliado no cotidiano dos serviços; e os limites institucionais que ainda atravessam e fragilizam a consolidação de práticas ampliadas e humanizadas. Conclui-se que, embora a Clínica Ampliada represente um avanço significativo na consolidação de cuidados humanizados, integrais e compartilhados, sua plena materialização ainda encontra obstáculos estruturais e políticos. O estudo evidencia a necessidade de fortalecer políticas públicas, investimentos, processos formativos e práticas interdisciplinares que garantam cuidado contínuo, corresponsável e centrado no sujeito no contexto da atenção psicossocial.

**PALAVRAS-CHAVES:** Clínica Ampliada. Atenção Secundária. Transtornos Mentais Graves e Persistentes. Centro de Atenção Psicossocial. Saúde Mental.

## **LISTA DE SIGLAS**

ANS - Agência Nacional de Saúde

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CID - Classificação Internacional de Doenças

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF - Equipe de Saúde da Família

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

Inca - Instituto Nacional de Câncer

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TMGP - Transtornos Mentais Graves e Persistentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: ATENÇÃO SECUNDÁRIA, TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES E CLÍNICA AMPLIADA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde e seus níveis de organização.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.1</b>	<b>O que é a Atenção Secundária à Saúde?.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Transtornos Mentais Graves e Persistentes.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3</b>	<b>A Clínica Ampliada.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Clínica Ampliada é uma estratégia de cuidado em saúde que busca integrar diferentes saberes, práticas e profissionais na construção coletiva do cuidado, valorizando a escuta, o vínculo e a singularidade do sujeito. Sua inserção nos serviços públicos é de grande relevância, pois representa avanços em termos de humanização e resolubilidade, reafirmando valores e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o da integralidade. Este princípio reconhece o indivíduo em sua totalidade, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente cinco milhões de pessoas, no Brasil, convivem com psicoses, transtornos graves do humor, neuroses severas e deficiência intelectual acentuada, o que evidencia a urgência de práticas que contemplem cuidados ampliados, contínuos e centrados na individualidade (Ministério da Saúde, 2005, *apud* Drummond *et al.*, 2014). Nesse cenário, a Clínica Ampliada apresenta-se como proposta de reorganização das práticas em saúde, ao romper com modelos biomédicos tradicionais e hierarquizados, que frequentemente reduzem o sujeito ao diagnóstico, desconsiderando suas singularidades.

De acordo com Gastão Wagner de Souza Campos, um dos principais idealizadores da Clínica Ampliada, o adoecimento não elimina as múltiplas dimensões da existência humana. O sofrimento, ainda que impacte profundamente a vida de uma pessoa, não a reduz a sua condição patológica (Campos, 2002). Assim, é fundamental que os serviços públicos de saúde acolham o sujeito em sua integralidade, respeitando história de vida, cultura, experiências, afetos, vínculos e potencialidades. Para isso, torna-se necessário superar práticas verticalizadas e autoritárias, ainda presentes em muitos setores, adotando estratégias interprofissionais, dialógicas e de cuidado compartilhado.

No contexto da atenção secundária, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios especializados, a aplicação da Clínica Ampliada revela-se estratégica e urgente. Esses serviços concentram parte expressiva da população com sofrimento psíquico persistente, que demanda acompanhamento contínuo e intervenções que ultrapassem a lógica exclusivamente medicamentosa. A abordagem ampliada favorece a articulação entre diferentes saberes e práticas, o protagonismo dos usuários e familiares, o fortalecimento de vínculos e a promoção da autonomia. Consequentemente, contribui para a qualidade do cuidado em saúde mental e para a efetivação da integralidade no SUS.

Cientificamente, o tema dialoga com a Psicologia da Saúde, a Saúde Pública e a Saúde Coletiva, em consonância com os referenciais da Reforma Psiquiátrica, dos transtornos mentais graves e da construção de um modelo de atenção psicossocial. A Clínica Ampliada é compreendida como ferramenta conceitual e prática que rompe com modelos medicalizantes e centrados apenas na doença (Campos, 2012). Ela propõe uma atuação em rede, interdisciplinar e atenta aos determinantes sociais da saúde, ampliando a capacidade de escuta, análise, diálogo e ação, de maneira sistêmica e integrada (Campos, 2012).

A presente pesquisa tem como objeto analisar, por meio de revisão integrativa, como a produção científica brasileira discute a aplicação da clínica ampliada no cuidado a transtornos mentais graves e persistentes, sobretudo no âmbito dos serviços de atenção secundária do SUS, como CAPS e ambulatórios especializados. Busca-se compreender como os princípios dessa proposta têm sido operacionalizados, debatidos e tensionados nas práticas clínicas relatadas, evidenciando desafios e potencialidades observados no cotidiano desses serviços.

A Clínica Ampliada representa, nesse sentido, uma reformulação do objeto de trabalho da prática clínica, deslocando o foco da doença para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde, que leve em conta fatores de vulnerabilidade e risco social. Isso implica reconhecer que o sofrimento psíquico não existe de forma isolada, mas se insere em histórias, subjetividades e contextos sociais específicos (Campos; Amaral, 2007). Dessa forma, a proposta central é a construção de uma clínica do sujeito, capaz de transcender os limites do modelo biomédico tradicional.

Com base na leitura e análise de artigos científicos, também pretendeu-se mapear os principais desafios enfrentados por equipes multiprofissionais no cuidado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como identificar estratégias clínicas utilizadas em CAPS e ambulatórios especializados à luz dos princípios da clínica ampliada e avaliar a presença do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da interdisciplinaridade e do vínculo nas práticas relatadas, além de levantar lacunas e oportunidades de aprofundamento nas ações de atenção psicossocial.

A presente pesquisa está organizada em três capítulos, estruturados de forma a garantir clareza e coerência. O primeiro capítulo apresenta a revisão da literatura em torno do objeto de estudo. Essa seção encontra-se estruturada em três eixos principais: o primeiro aborda a Atenção Secundária e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase nos níveis de organização do Sistema Único de Saúde (SUS),

no papel da Atenção Secundária, na organização da RAPS, na função estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na integração da Atenção Secundária com os demais níveis de assistência, a Atenção Básica e a Atenção Terciária.

O segundo eixo discorre sobre os Transtornos Mentais Graves e Persistentes, apresentando sua classificação, além de discutir as principais abordagens desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva. Já o terceiro eixo dedica-se ao estudo da Clínica Ampliada, explorando o conceito a partir da perspectiva de Gastão Wagner de Sousa Campos, os princípios da Política de Humanização do SUS (PNH/HumanizaSUS) e as práticas ampliadas de cuidado aplicadas no contexto da saúde mental.

O segundo capítulo refere-se à Metodologia, no qual são descritos a natureza e os procedimentos adotados na pesquisa. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da consulta em bases de dados, considerando artigos publicados nos últimos cinco anos. São explicitados os descritores utilizados, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, bem como os filtros aplicados para a seleção do material.

O terceiro capítulo contempla os Resultados e Discussão, no qual são apresentados os principais achados da pesquisa, organizados conforme as categorias temáticas identificadas no processo de análise. A discussão é realizada à luz da literatura científica revisada, de modo a evidenciar as potencialidades e os desafios da utilização da Clínica Ampliada no cuidado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no âmbito da atenção secundária.

Por fim, as considerações finais, em que são apresentadas as conclusões do estudo, destacando-se as contribuições da pesquisa para o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, bem como suas limitações e possíveis desdobramentos para investigações futuras.

## **2. FUNDAMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: ATENÇÃO SECUNDÁRIA, TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES E CLÍNICA AMPLIADA**

### **2.1. O Sistema Único de Saúde e seus níveis de organização**

A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico na consolidação do direito à saúde no Brasil, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público, universal e gratuito de atenção à saúde. Desde então, o SUS se tornou a maior política social brasileira, garantindo acesso a serviços que vão desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade, fundamentado em princípios como universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2025).

Nas décadas de 1970 e 1980, o contexto de industrialização e redemocratização do país evidenciou contradições nos investimentos públicos voltados aos grandes complexos hospitalares, que reforçavam a ideia de saúde como um bem de consumo (Macedo; Martin, 2014). Ou seja, a saúde era tratada como um privilégio, na qual a população mais vulnerável enfrentava dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Em resposta a esse modelo, os movimentos sociais e sanitaristas passaram a defender a universalização do acesso, a equidade na oferta e a ampliação do conceito de necessidades em saúde, contrapondo-se a ideia de que a saúde se resume apenas ao aspecto biológico ou à presença de doenças (Macedo; Martin, 2014).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma transformação na forma de compreender a saúde no Brasil. Antes, prevalecia a lógica que entendia saúde como a simples ausência de doença, priorizando a cura e o alívio dos sintomas (Brasil, 2000). Com a Constituição de 1988, essa visão passou a ser substituída por uma noção mais ampla, que valoriza a prevenção dos agravos e a promoção da saúde (Brasil, 2000). Introduzindo assim uma compreensão multideterminada do processo saúde-doença, que envolve dimensões sociais, históricas, econômicas, culturais, inter-relacionais e subjetivas (Macedo; Martin, 2014).

A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada de forma tripartite, abrangendo o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, cada qual com responsabilidades específicas que se complementam na gestão e execução das ações em saúde (Brasil, 2025). Essa configuração encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, como citado anteriormente, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, exigindo um modelo descentralizado e cooperativo entre os entes federativos (Brasil, 2025).

O Ministério da Saúde ocupa a posição de gestor nacional do SUS, sendo responsável pela formulação de diretrizes, normatização, fiscalização e monitoramento das políticas públicas de saúde (Brasil, 2025). Além disso, articula-se com o Conselho Nacional de Saúde e participa da Comissão Intergestores Tripartite, espaço de pactuação das metas e estratégias que compõem o Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2025). Também integram sua estrutura importantes instituições, como a Fiocruz, Funasa, Anvisa, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Hemobrás, Instituto Nacional do Câncer (Inca), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into) e oito hospitais federais, reforçando sua atuação estratégica em pesquisa, vigilância, regulação e assistência (Brasil, 2025).

Já as Secretarias Estaduais de Saúde têm como função central apoiar os municípios, participando da formulação de políticas e ações em saúde, além de articular-se com os Conselhos Estaduais de Saúde para a deliberação sobre diretrizes regionais (Brasil, 2025). Esses órgãos também atuam na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), responsável por pactuar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, o que garante maior integração entre as estratégias nacionais e as realidades regionais (Brasil, 2025).

No âmbito local, as Secretarias Municipais de Saúde desempenham papel essencial, uma vez que estão diretamente ligadas ao planejamento, organização, controle, avaliação e execução dos serviços de saúde ofertados à população. A gestão municipal articula-se com os Conselhos Municipais de Saúde e com as esferas estadual e nacional, com o objetivo de aprovar e implementar o Plano Municipal de Saúde, alinhando as diretrizes gerais às necessidades específicas de cada território (Brasil, 2025).

Dessa forma, observa-se que a estrutura federativa do SUS promove a corresponsabilidade entre União, estados e municípios, assegurando que as políticas públicas de saúde sejam elaboradas e executadas de modo articulado. Essa descentralização não apenas amplia a autonomia local, como também favorece a adequação das ações às demandas reais da população, consolidando o SUS como um sistema democrático e participativo (Brasil, 2025).

Os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde constituem a base normativa e ética da política pública de saúde no Brasil. Entre eles, a universalidade estabelece que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado, de modo que todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde, independentemente de condições sociais, econômicas ou culturais (Brasil, 2025). Esse princípio rompe com o modelo excludente do período anterior à Constituição de 1988 e assegura que o cuidado em saúde seja garantido como direito social inviolável.

Outro princípio fundamental é o da equidade, que busca reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2025). Ainda que todos tenham o mesmo direito, reconhece-se que as necessidades de saúde não são homogêneas entre os grupos populacionais (Brasil, 2025). Assim, a equidade significa alocar mais recursos e esforços em territórios ou comunidades mais vulneráveis, de forma a reparar as desigualdades existentes e promover justiça social no campo da saúde (Brasil, 2025).

O princípio da integralidade amplia a visão sobre o cuidado, compreendendo o indivíduo em sua totalidade e não apenas em aspectos isolados de doenças (Brasil, 2025). Isso implica ofertar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de articular o setor saúde com outras políticas públicas, como educação, assistência social e saneamento (Brasil, 2025). Dessa forma, a integralidade busca responder às múltiplas necessidades dos cidadãos e garantir uma atenção mais abrangente e intersetorial (Brasil, 2025).

Além desses princípios, o SUS também assegura os direitos dos usuários, previstos na Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde (Brasil, 2017). Estabelecendo parâmetros para o atendimento acolhedor, digno, humanizado, e sem discriminação, assegurando o acesso organizado ao sistema, o direito a um tratamento adequado e efetivo, e o respeito aos valores e direitos individuais (Brasil, 2017). Também reforça o compromisso dos gestores na garantia desses direitos, destacando ainda as responsabilidades do usuário no processo de cuidado, como forma de fortalecer a corresponsabilidade no tratamento (Brasil, 2017).

Nesse sentido, os princípios do SUS constituem não apenas diretrizes operacionais, mas valores estruturantes que orientam a prática da saúde pública no Brasil. Eles representam a busca por um sistema que não se limite ao atendimento clínico, mas que se organize de modo a reduzir desigualdades, promover dignidade e assegurar cidadania a todos os cidadãos (Brasil, 2025).

No Brasil, a organização da assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada em três níveis principais: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária constitui a porta de entrada do sistema, sendo responsável por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo, realizada em unidades básicas de saúde (Brasil, 2025).

A atenção secundária ocupa posição estratégica na rede de serviços, pois funciona como ponto de transição entre a atenção primária e a terciária. Diferencia-se por concentrar recursos humanos e tecnológicos voltados à média complexidade, o que possibilita atender demandas que não podem ser resolvidas no primeiro nível, mas que ainda não exigem a

estrutura de alta complexidade hospitalar (Erdmann et al., 2013). Já a atenção terciária concentra procedimentos de alta tecnologia e internações complexas, constituindo-se como o nível mais especializado. Essa organização hierarquizada, ao integrar os diferentes pontos de cuidado, busca assegurar a integralidade da assistência e evitar descon continuidades no acompanhamento do usuário (Brasil, 2025).

### 2.1.1. O que é a Atenção Secundária à Saúde?

Mais do que um espaço para consultas médicas em especialidades diversas, a atenção secundária representa um nível estratégico de suporte à atenção primária, como citado anteriormente. Nesse âmbito, encontram-se recursos voltados a diagnósticos mais detalhados, procedimentos terapêuticos de média complexidade e serviços ambulatoriais que ampliam a resolutividade da rede (Erdmann et al., 2013). Além de oferecer exames como ultrassonografias, endoscopias e tomografias, sua principal função está na articulação dos fluxos de referência e contrarreferência, garantindo que o usuário circule de forma integrada entre os diferentes níveis do sistema (Erdmann et al., 2013).

A atenção secundária, ao organizar os serviços de média complexidade, também se relaciona diretamente com as demandas em saúde mental. Nesse campo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como uma estratégia fundamental para articular diferentes pontos de cuidado dentro do SUS, especialmente diante das situações de sofrimento psíquico e do uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2025). Assim como ocorre nos demais serviços de saúde, a lógica da integralidade e da continuidade do cuidado é preservada, garantindo que o usuário transite entre os diferentes níveis de atenção conforme suas necessidades clínicas e sociais (Brasil, 2025).

Ao tratar de sofrimento psíquico e saúde mental no Brasil, é essencial considerar o percurso histórico que foi marcado por graves violações de direitos humanos, que contribuíram para a formulação de uma política de saúde mental mais ética, inclusiva e comunitária. O Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, onde práticas como internações arbitrárias, superlotação, maus tratos, abandono e negligência resultaram em sofrimento e em elevado número de óbitos, estimativas apontam para cerca de 60 mil mortes durante sua existência (Arbex, 2013). Além disso, muitos dos internados não possuíam diagnóstico formal de transtorno mental, mas pertenciam a grupos marginalizados e estigmatizados pela sociedade (Arbex, 2013).

Tais circunstâncias históricas foram catalisadoras para o fortalecimento do movimento antimanicomial, que buscava superar o modelo asilar tradicional e instaurar práticas pautadas

no respeito à dignidade da pessoa, no cuidado territorializado e na garantia dos direitos civis, sociais e de saúde das pessoas em sofrimento psíquico. O movimento antimanicomial, aliado a políticas públicas, abriu caminho para a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial brasileiro, priorizando o cuidado comunitário em substituição ao modelo manicomial (Brasil, 2001).

Com a Lei nº 10.216 e a posterior criação da Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidou-se a estruturação de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento, serviços de reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários. Esses dispositivos visam reduzir as internações prolongadas e garantir um cuidado integral, contínuo e territorializado (Brasil, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com Onocko-Campos e Furtano (2006), assumem um caráter comunitário e territorial, oferecendo atendimentos médicos, psicoterapêuticos individuais e grupais, além de atividades coletivas, como oficinas terapêuticas e práticas lúdicas. Essa estrutura possibilita a construção de um cuidado contínuo e personalizado, voltado às necessidades de cada sujeito, promovendo a autonomia e a ampliação das capacidades de convivência social dos indivíduos em sofrimento psíquico, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico, ao propor uma atenção centrada na pessoa e em seu contexto de vida.

Além disso, o papel do CAPS vai além do tratamento clínico, abrangendo ações voltadas à família e à comunidade, reconhecendo que o processo de cuidado em saúde mental envolve dimensões sociais, afetivas e culturais. Conforme discutem Onocko-Campos e Furtano (2006), o trabalho desenvolvido nesses serviços deve articular intervenções terapêuticas com iniciativas que abordem as condições de vida e as relações sociais dos usuários. Dessa forma, o CAPS consolida-se como um espaço de acolhimento e construção de cidadania, no qual o cuidado se organiza em torno de projetos terapêuticos singulares, construídos de modo coletivo e interdisciplinar.

Com base na função dos CAPS enquanto dispositivos comunitários e substitutivos ao modelo manicomial, é importante compreender que esses serviços se organizam em diferentes modalidades, conforme o perfil da população atendida e a complexidade das demandas em saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS II tem como objetivo acolher pessoas que vivenciam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive aqueles associados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2025). Esse serviço busca oferecer um cuidado contínuo e integral, voltado à

reconstrução dos vínculos afetivos e comunitários, estimulando a autonomia e o protagonismo dos usuários (Brasil, 2025).

Da mesma forma, o CAPS i desempenha um papel fundamental na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, público que requer intervenções adequadas às suas especificidades emocionais e sociais (Brasil, 2025). Esse serviço oferece acompanhamento clínico e psicossocial permanente, voltado ao enfrentamento de condições que comprometem o desenvolvimento e dificultam a construção de vínculos sociais (Brasil, 2025). Dessa forma, o CAPS i constitui-se como um espaço de acolhimento e cuidado especializado, promovendo o fortalecimento da rede de apoio e contribuindo para a prevenção do agravamento de quadros mentais nessa faixa etária.

No que se refere ao cuidado relacionado ao uso de substâncias psicoativas, o CAPS ad (Álcool e Drogas) amplia a atenção a pessoas de todas as idades que enfrentam sofrimento decorrente do consumo abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2025). Segundo o Ministério da Saúde, esse serviço atua a partir de uma perspectiva interdisciplinar, fundamentada na redução de danos, na reabilitação psicossocial e no incentivo à autonomia dos usuários (Brasil, 2025). O serviço representa avanços significativos no campo das políticas públicas, ao compreender o uso de substâncias como uma questão de saúde e não como desvio moral, promovendo inclusão e acolhimento social.

O CAPS III, por sua vez, é voltado a pessoas que necessitam de cuidados intensivos e contínuos, funcionando sem interrupção, inclusive em finais de semana e feriados (Brasil, 2025). Esse serviço, é indicado para regiões com população superior a 150 mil habitantes, dispõe de até cinco leitos para acolhimento noturno e oferece retaguarda clínica a outros dispositivos da rede (Brasil, 2025). O CAPS III se apresenta como uma alternativa à internação hospitalar, assegurando cuidado em liberdade e fortalecendo o paradigma da atenção psicossocial territorial.

Já o CAPS ad III representa uma modalidade ampliada de atenção a pessoas que enfrentam sofrimento intenso em decorrência do uso de substâncias psicoativas, incluindo crianças e adolescentes (Brasil, 2025). De acordo com o Ministério da Saúde, o serviço possui até doze leitos de hospitalidade, destinados à observação e ao acompanhamento contínuo, com funcionamento de 24 horas (Brasil, 2025). Dessa forma, os serviços oferecem suporte clínico, psicossocial e comunitário, contribuindo com a reinserção social e na reconstrução de projetos de vida, pautando-se no respeito à dignidade humana e no cuidado em saúde.

A integração dos serviços em seus diferentes níveis, atenção primária, secundária e terciária, é um dos eixos em torno dos quais gira a Rede de Atenção à Saúde (RAS),

promovendo práticas e ações de saúde contínuas. A RAS é composta por diferentes pontos de cuidado conectados entre si para garantir que o usuário acesse o serviço de acordo com sua complexidade de demanda, visando um cuidado articulado e resolutivo (Brasil, 2025). Nesse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se a porta de entrada do sistema de saúde e assume uma função central como condutora do cuidado e articuladora dos fluxos de referência e contrarreferência para os outros níveis de atenção (Brasil, 2025).

Segundo Nakata et al. (2020) a estruturação das redes de atenção pressupõe a cooperação e a interdependência entre os serviços, de forma a evitar a fragmentação do cuidado e promover respostas mais eficazes às demandas da população. A integração dos diferentes níveis deve ocorrer por meio da articulação entre os serviços e da adoção de mecanismos que assegurem a continuidade do atendimento, como o compartilhamento de informações clínicas e o acompanhamento longitudinal dos usuários (Nakata et al, 2020). Ou seja, a rede se organiza como um conjunto de pontos interligados que operam de maneira complementar, respeitando as especificidades territoriais e as necessidades de saúde da população.

Conforme Tofani et al. (2021), a integração entre atenção básica, secundária e terciária depende da construção de redes regionalizadas e hierarquizadas, nas quais a APS coordena o cuidado, e os serviços especializados e hospitalares atuam de forma articulada, evitando duplicidade de ações e ampliando a resolutividade do sistema. A regionalização e a governança interfederativa são requisitos necessários para que a RAS funcione, uma vez que, de fato, permitem acordos conjuntos entre municípios, estados e união, garantindo coerência nas linhas de cuidado com a otimização dos recursos disponíveis (Tofani et al., 2021).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2025) destaca que a articulação entre os níveis de atenção é fortalecida por instrumentos como as linhas de cuidado, os protocolos clínicos e os sistemas de regulamentação, que asseguram a fluidez dos processos assistenciais. Esses sistemas permitem que o paciente seja transferido entre os níveis de atenção, dependendo de sua condição, com acompanhamento contínuo e comunicação entre todas as equipes dos serviços, reduzindo barreiras de acesso e estimulando um cuidado mais humanizado e centrado no usuário.

No campo da saúde mental, essa integração e cuidado se apresenta por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que articula serviços da atenção básica, CAPS e unidades hospitalares. Conforme o Ministério da Saúde (2025), essa organização permite um cuidado contínuo, voltado à reabilitação psicossocial e à redução das internações desnecessárias, ao mesmo tempo em que garante acolhimento em momentos de crise. Quando os diferentes

níveis de atenção se comunicam e atuam de forma cooperativa, há um fortalecimento dos vínculos comunitários e uma ampliação da autonomia dos usuários, consolidando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção integral em saúde mental (Tofani *et al.*, 2021).

## **2.2. Transtornos Mentais Graves e Persistentes**

Os transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento neurológico corresponde a condições que comprometem o funcionamento psicológico e social do indivíduo (CID-11, 2024). Ou seja, o modo como a pessoa pensa, sente e se comporta. Essas alterações podem envolver dificuldades cognitivas, emocionais ou comportamentais, decorrentes de disfunções em processos mentais e biológicos que sustentam a saúde mental, podendo gerar sofrimento significativo e dificuldades nas relações interpessoais e no desempenho em contextos como trabalho e educação (CID-11, 2024).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais e os fatores que influenciam a saúde mental são decorrentes da interação entre características individuais e condições externas (OMS, 2025). Entre os aspectos pessoais, sociais e ambientais, destacam-se a capacidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos, relações interpessoais, elementos como políticas públicas, proteção social, qualidade de vida e condições de trabalho. Além disso, fatores biológicos e de desenvolvimento, como genética, estresse, nutrição inadequada, infecções no período perinatal e exposição a riscos ambientais, também contribuem para o surgimento e agravamento dos transtornos mentais (OMS, 2025).

O termo Transtornos Mentais Graves e Persistentes é utilizado para se referir a um grupo variado de pessoas que apresentam condições distintas entre si, tanto em suas manifestações quanto em suas necessidades de cuidado. Essa definição leva em conta não apenas o tempo de duração dos sintomas, mas também o nível de sofrimento emocional, o grau de comprometimento nas relações interpessoais, as dificuldades nas habilidades sociais e o diagnóstico psiquiátrico (Ribeiro, 2003, apud UNICAMP, s.d.). Ou seja, o impacto na vida cotidiana dos indivíduos ultrapassa o aspecto clínico, alcançando dimensões sociais, emocionais e relacionais.

Fazem parte desse grupo de transtornos a esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo, o transtorno bipolar com sintomas psicóticos, o transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos e outras psicoses atípicas (OMS, 2025). Sendo condições que causam alterações significativas e duradouras no pensamento, nas emoções e no comportamento, afetando de forma significativa o funcionamento social e a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2025).

Diante disso, cabe ressaltar que cada indivíduo vivencia o transtorno de forma única e que os impactos provocados por essas condições variam conforme a história de vida, o contexto social e o acesso aos cuidados em saúde.

A esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários são condições que afetam profundamente a forma como a pessoa percebe e interpreta a realidade (CID-11, 2024). Esses transtornos costumam se manifestar por meio de sintomas como delírios, alucinações e pensamento desorganizado, dificuldades de atenção e memória, redução da expressão emocional e perda de motivação (CID-11, 2024). Em alguns casos, também podem ocorrer alterações psicomotoras, como a catatonia (CID-11, 2024).

Em geral, esses sintomas surgem de forma intensiva, persistente e prologada, frequentemente por um período superior a um mês, interferindo de maneira significativa na forma como o indivíduo percebe a realidade e se relaciona com o mundo ao seu redor (CID-11, 2024). É importante ressaltar que essas manifestações não estão relacionadas a outros transtornos mentais ou ao uso de substâncias, mas refletem diretamente o modo como o transtorno interfere no funcionamento mental e emocional do indivíduo (CID-11, 2024).

Nesse contexto, o transtorno esquizoafetivo se apresenta como uma condição que combina características da esquizofrenia e dos transtornos de humor, sendo marcado por episódios em que sintomas psicóticos, como delírios, alucinações e desorganização do pensamento, coincide com manifestações de alteração emocional intensa, como episódios depressivos, de mania ou mistos (CID-11, 2024). Esses episódios podem ocorrer simultaneamente ou com pequena diferença de dias (CID-11, 2024). Além disso, assim como a esquizofrenia, podem incluir alterações psicomotoras, e não devem ser atribuídos a outras condições médicas ou pelo uso de substâncias (CID-11, 2024).

O transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos é caracterizado como uma condição em que o indivíduo apresenta um episódio depressivo intenso, acompanhado por delírios ou alucinações (CID-11, 2024). Essa forma de depressão costuma se manifestar por humor persistentemente deprimido ou pela perda significativa de interesse em atividades cotidianas, por pelo menos duas semanas, na qual o quadro pode envolver sentimento de culpa ou inutilidade, desesperança, alterações de sono e apetite, fadiga, lentidão psicomotora e pensamentos recorrentes de morte (CID-11, 2024). Quando os sintomas se tornam de intensidade elevada, o indivíduo tende a apresentar grande prejuízo no convívio social, familiar e ocupacional, impactando diretamente sua funcionalidade e qualidade de vida (CID-11, 2024).

No que diz respeito ao transtorno bipolar tipo I, esse transtorno caracterizando-se por episódios de mania que podem, ou não, estar acompanhados de sintomas psicóticos, e

embora nem todos os pacientes apresentem episódios depressivos, a maioria vivencia períodos alternados de euforia e depressão ao longo da vida (DSM-5, 2014). Já o transtorno bipolar tipo II envolve, necessariamente, a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio hipomaníaco, sendo igualmente incapacitante (DSM-5, 2014). Apesar de muitas vezes ser visto como uma forma mais “leve”, o tipo II também causa prejuízos expressivos, especialmente devido à frequência e intensidade dos episódios depressivos e à instabilidade emocional que compromete as relações interpessoais e o desempenho profissional (DSM-5, 2014).

Além disso, é importante destacar que tanto no transtorno depressivo quanto nos transtornos bipolares podem surgir características psicóticas, como delírios e alucinações, que alteram de forma significativa a percepção da realidade. Esses sintomas podem se manifestar de duas formas. Quando estão condizentes com o humor, refletem o estado emocional vivido pelo indivíduo, como ideias de grandiosidade e sensação de invencibilidade durante uma fase maníaca (DSM-5, 2014). Já quando são incompatíveis com o humor, não têm relação direta com o sentimento predominante, apresentando conteúdos que fogem ao tema do episódio (DSM-5, 2014).

Diante dessas condições, os indivíduos que apresentam sintomas compatíveis com alguma psicopatologia necessitam de atenção imediata e integral em saúde, com foco não apenas no tratamento dos sintomas, mas também na promoção do cuidado contínuo e na inserção social. Nessa perspectiva, a efetividade do cuidado às pessoas com TMGP depende da construção de uma rede integrada, com profissionais de múltiplas formações, que promovam busca ativa, acompanhamento longitudinal e trabalho conjunto com a família (Thiesen; Souza, 2019).

Nos casos de psicose aguda, é indispensável que o atendimento ocorra de forma rápida e acolhedora, mesmo na ausência de um profissional especialista (Thiesen; Souza, 2019). A Equipe de Saúde da Família (ESF), como porta de entrada do sistema, deve iniciar o atendimento e garantir o fluxo de encaminhamentos dentro da rede (Thiesen; Souza, 2019). Essa ação imediata se faz necessária para reduzir riscos e contribuir para a estabilização do quadro clínico. Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é o ponto de partida do cuidado em saúde mental, cabendo a ela identificar precocemente os agravos e acionar os serviços especializados quando necessário (Brasil, 2013).

Além do atendimento clínico, é imprescindível que as equipes desenvolvam uma escuta qualificada, pautada na empatia e no acolhimento, compreendendo o indivíduo além da sua doença, em sua subjetividade e totalidade. Diante do sofrimento psíquico intenso, é

preciso também reconhecer e acolher o sofrimento da família, que muitas vezes vivencia sentimentos de medo, impotência e desamparo (Thiesen; Souza, 2019).

A continuidade do cuidado para pessoas com TMGP é uma necessidade constante. Nesse sentido, cabe à ESF exercer a função de coordenação do cuidado, acompanhando o usuário ao longo do tempo e garantindo a articulação entre os diferentes níveis da rede. Já os CAPS assumem o papel de referência para casos de maior complexidade, oferecendo atendimentos intensivo e especializados e suporte multiprofissional (Thiesen; Souza, 2019).

O diálogo constante entre os serviços, por meio de reuniões, consultas conjuntas e revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), permite uma reavaliação contínua dos casos e a adequação das estratégias terapêuticas (Thiesen; Souza, 2019). A integração entre os serviços de saúde representa uma conquista concreta da Reforma Psiquiátrica, pois consolidam o cuidado em liberdade, a valorização da escuta e o compromisso com a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

### **2.3. A Clínica Ampliada**

O conceito de clínica ampliada, desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, busca transcender os limites do modelo biomédico tradicional, propondo uma forma de cuidado integral, centrada no sujeito e em suas demandas singulares (Campos; Amaral, 2007). Em sua tese de doutorado, defendida em 1991, Campos já destacava a relevância dessa abordagem ao afirmar que a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo devem ser reconhecidas como elementos constitutivos do processo saúde-doença (Campos, 1991). Ignorar essas dimensões humanas, substituindo-as por critérios unicamente técnicos ou administrativos, compromete a capacidade dos serviços públicos em oferecer um cuidado realmente integral, acolhedor e que levam em conta às diferenças individuais (Campos, 1991).

Segundo Campos (1991), negar a subjetividade nas práticas de saúde significa comprometer a capacidade do SUS de produzir respostas singulares para problemas que, embora semelhantes em aparência, assumem sentidos distintos na história de cada pessoa. Isto é, dois indivíduos podem compartilhar o mesmo diagnóstico, mas não vivenciam a mesma experiência de adoecimento. Cada ser humano carrega sentimentos, sofrimentos e vivências próprias, que moldam sua forma de compreender e lidar com a doença. Assim, oferecer o mesmo tipo de atendimento a todos, desconsiderando essas particularidades, é limitar o cuidado em saúde.

A clínica ampliada propõe uma reconstrução do fazer clínico, ao romper com a lógica fragmentada e excessivamente técnica que marcou por muito tempo as práticas em saúde

(Campos; Amaral, 2007). Cuidar de forma ampliada é reconhecer que o adoecimento não está separado da história de vida, das relações, do contexto social e cultural de cada pessoa, ultrapassando assim a ideia de tratar somente a doença, passando a incluir a escuta, o fortalecimento da autonomia e a corresponsabilidade entre profissionais e usuários (Campos; Amaral, 2007).

Essa ampliação também implica compreender o cuidado como um processo de corresponsabilidade entre profissional e usuário, voltado à promoção da autonomia e da capacidade de autocuidado (Campos; Amaral, 2007). Ou seja, o cuidado em saúde é algo que se constrói de forma conjunta, envolvendo o serviço, os profissionais e o próprio sujeito. O usuário deixa de ser visto apenas como alguém que recebe orientações e passa a ser protagonista do seu próprio processo de cuidado. Além disso, essa corresponsabilidade reconhece que ambos têm papéis fundamentais na construção do cuidado em saúde, na qual o profissional contribui com seu conhecimento técnico e científico, enquanto o usuário traz a experiência concreta da vida cotidiana, suas dificuldades, percepções e possibilidades de mudança.

Ademais, Campos e Amaral (2007) ressaltam que a clínica ampliada não se opõe aos métodos técnicos e científicos, mas propõe articulá-los a uma postura reflexiva, ética e sensível, que valoriza o diálogo entre diferentes saberes e a gestão compartilhada dos casos clínicos. Dessa forma, o cuidado deixa de ser um ato isolado e passa a ser compreendido como um processo coletivo de produção de saúde, sustentado pela escuta atenta, pela empatia e pelo compromisso com a singularidade de cada sujeito (Campos; Amaral, 2007).

A metodologia Paideia sustenta a proposta da clínica ampliada ao compreender o cuidado como um processo de cogestão entre trabalhadores e usuários, em que as decisões são construídas de forma compartilhada e dialogada (Campos et al., 2014). Essa forma de pensar o cuidado propõe uma transformação na organização do trabalho em saúde, buscando relações mais democráticas, participativas e sensíveis. Nessa perspectiva, o cuidado deixa de ser uma prática verticalizada, na qual o profissional apenas orienta, e passa a se tornar um encontro de saberes e experiências, no qual o conhecimento técnico se une à vivência, à história e às necessidades singulares de cada usuário (Campos et al., 2014).

Complementando essa compreensão, o método Paidéia, desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, representa uma das mais significativas contribuições teórico-metodológicas no campo da saúde coletiva brasileira. Fundamentado na ideia de educação integral dos sujeitos, Campos propõe que o cuidado e a gestão em saúde sejam compreendidos como espaços de formação, reflexão e democratização das relações

institucionais (Campos, 2006). Essa concepção rompe com o modelo tecnicista tradicional, ao reconhecer que o ato de cuidar é também um processo de aprendizagem e transformação mútua entre profissional e usuário (Campos, 2006).

A partir dessas concepções, Campos e Amaral (2007) ampliam ainda mais o entendimento sobre o fazer clínico, propondo uma reorganização do cuidado que abrange o objeto, os objetivos e os meios de trabalho em saúde. Essa chamada tripla ampliação traduz, na prática, os fundamentos éticos e políticos da clínica ampliada, orientando o profissional para um cuidado mais integral, corresponsável e humanizado.

Nesse sentido, o objeto de trabalho na clínica ampliada deve incluir não apenas a doença, mas também as fragilidades subjetivas e as redes sociais que compõem a vida dos sujeitos (Campos; Amaral, 2007). O foco passa a ser a pessoa em sua totalidade, reconhecendo que as vulnerabilidades e os riscos não existem de forma abstrata, mas estão sempre interligadas em histórias, relações e contextos concretos (Campos; Amaral, 2007). Assim, o cuidado em saúde amplia sua potência ao reconhecer os fatores sociais, emocionais e culturais que atravessam o processo de adoecimento, sem desconsiderar a importância da técnica e do conhecimento científico.

Do mesmo modo, os objetivos da clínica ampliada não se limitam à cura ou à reabilitação, mas incluem a promoção da autonomia e do autocuidado, apoiando o sujeito em seu desenvolvimento e em sua capacidade de criar novos modos de se relacionar com saúde e doença (Campos; Amaral, 2007). Produzir saúde, portanto, é incentivar o protagonismo das pessoas sobre seus corpos e suas histórias, reconhecendo que o cuidado só é efetivo quando compartilhado e sentido como parte da própria experiência vivenciada.

Os meios de trabalho em saúde também são ampliados, envolvendo a diversificação das práticas clínicas, a valorização da interdisciplinaridade e o fortalecimento do trabalho em equipe (Campos; Amaral, 2007). A clínica ampliada e compartilhada defende uma prática menos prescritiva e mais negociada, que valoriza a escuta e o vínculo como instrumentos terapêuticos (Campos; et. 2014). Essa concepção também reforça a importância de espaços coletivos de reflexão, nos quais as equipes possam analisar suas práticas, aprender com as experiências cotidianas e construir novas formas de cuidado em conjunto com os usuários (Campos; Amaral, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de concretizar, no cotidiano dos serviços de saúde, os princípios do SUS e a prática do cuidado ampliado. Essa política busca promover transformações nos modos de gerir e cuidar, reconhecendo a subjetividade e as relações

humanas que permeiam o processo de trabalho em saúde. O HumanizaSUS propõe o fortalecimento do diálogo entre gestores, profissionais e usuários, possibilitando a construção de processos coletivos que confrontem as relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, dão origem a práticas desumanas (Brasil, 2013).

Desse modo, a humanização dos cuidados em saúde, conforme propõe a PNH, materializa-se pela inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, na medida em que reconhece que mudanças significativas não se produzem de modo isolado, mas por meio de um fazer coletivo e compartilhado (Brasil, 2013). Essa abordagem em saúde amplia o campo do cuidado ao valorizar não apenas o protocolo técnico, mas as singularidades e contextos de vida dos sujeitos, suas histórias, relações e vulnerabilidades. Nesse sentido, segundo Deslandes (2006) a humanização implica deixar de considerar as pessoas como “objetos” da técnica e passar a entendê-las como sujeitos integrados em redes de relações e cultura, o que fortalece processos de cuidado mais éticos, inclusivos e democráticos.

A fim de materializar esse fazer em saúde, a PNH tem como princípios a Transversalidade, a Indissociabilidade entre Atenção e Gestão e o Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos (Brasil, 2013). A Transversalidade consiste na presença da humanização em todas as políticas e programas do SUS, propondo a transformação das relações de trabalho a partir da ampliação do diálogo e da comunicação entre pessoas e grupos (Brasil, 2013).

A Indissociabilidade entre Atenção e Gestão refere-se à compreensão de que as decisões administrativas e organizacionais influenciam diretamente o cuidado prestado à população (Brasil, 2013). Por esse motivo, a PNH estimula a participação ativa de trabalhadores e usuários nos processos decisórios, em que o usuário e sua rede sociofamiliar são convidados a participar de forma ativa do processo terapêutico, assumindo um papel protagonista no cuidado de si e daqueles que lhe são próximos (Brasil, 2013). Com isso, há um fortalecimento na gestão democrática e compartilhada dos serviços de saúde.

Já o princípio do Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos considera o papel de cada indivíduo na construção do SUS, reconhecendo usuários, profissionais e gestores como sujeitos ativos na produção da saúde (Brasil, 2013). Assim, o HumanizaSUS defende que a mudança nas práticas só é possível quando há o reconhecimento da autonomia e da capacidade criativa de todos os envolvidos, promovendo um sistema que reconhece cada pessoa como cidadã de direitos e coprodutora do cuidado (Brasil, 2013).

As diretrizes que norteiam o trabalho da PNH fundamentam-se em princípios clínicos, éticos e políticos, buscando integrar o cuidado e a gestão sob uma perspectiva participativa e solidária (Brasil, 2013). Tais diretrizes orientam as práticas de saúde a partir de eixos como o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalho e a defesa dos direitos do usuário, os quais evidenciam o compromisso com a integralidade e os princípios do SUS (Brasil, 2013).

O acolhimento é compreendido como a escuta qualificada das demandas e necessidades dos usuários, promovendo vínculos e garantindo o acesso com responsabilidade e resolutividade. A gestão participativa e a cogestão, por sua vez, reconhecem o papel de todos os sujeitos no processo de decisão e na construção coletiva das ações de saúde, fortalecendo a democracia institucional. Já a ambiência diz respeito à construção de espaços físicos, sociais e afetivos que favoreçam relações mais acolhedoras e humanizadas entre trabalhadores e usuários. A clínica ampliada e compartilhada propõe uma prática que vai além do tratamento da doença, considerando o indivíduo em sua subjetividade e totalidade (Brasil, 2013).

A valorização do trabalhador constitui em dar visibilidade às suas experiências, reconhecer sua capacidade de análise e incluí-lo na tomada de decisões sobre os processos de trabalho (Brasil, 2013). Ou seja, essa diretriz sugere que haja corresponsabilidade entre gestores e equipes, buscando compreender os fatores que geram sofrimento e prazer nas práticas cotidianas e estimulando o desenvolvimento de espaços coletivos de reflexão e diálogo, como o Programa de Formação em Saúde e Trabalho e as Comunidades Ampliadas de Pesquisa (Brasil, 2013).

Essa concepção dialoga com o pensamento de Campos (2006), ao propor o método Paidéia como uma estratégia de cogestão e ampliação da democracia institucional, em que o trabalhador deixa de ser mero executor de ordens e passa a ser reconhecido como coprodutor de saúde e sujeito ético-político. Isso significa que, ao investir na valorização do trabalhador, promove-se também o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, fortalecendo a capacidade dos profissionais e dos coletivos de analisarem sua própria prática e o contexto no qual estão inseridos.

A defesa dos direitos dos usuários, reafirma o compromisso ético e político do SUS com a cidadania, a equidade e a dignidade humana. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os usuários têm direito a uma equipe de referência, à informação clara sobre sua condição de saúde e à participação ativa nas decisões relacionadas ao seu tratamento. A garantia desses direitos envolve não apenas o cumprimento de normas legais, mas também

o fortalecimento do diálogo e da escuta entre profissionais e usuários, de modo a promover um cuidado mais participativo, ético e respeitoso (Brasil, 2013).

Entre os dispositivos que concretizam as práticas ampliadas no cuidado destacam-se, o Apoio Matricial, a Equipe de Referência e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). De acordo com Campos e Domitti (2007), o apoio matricial tem como objetivo oferecer suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial às equipes de referência, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde. Ou seja, trata-se de uma estratégia que busca romper com o isolamento das equipes e promover o compartilhamento de saberes, ampliando a capacidade de resposta dos serviços diante das complexas demandas dos usuários.

A equipe de referência é formada por profissionais que assumem a responsabilidade pelo acompanhamento de um caso, seja ele individual, familiar ou comunitário (Campos; Domitti, 2007). Essa responsabilidade envolve a condução do cuidado de maneira contínua e longitudinal, o que garante maior vínculo entre equipe e usuário e possibilita intervenções mais coerentes com a realidade de cada pessoa (Campos; Domitti, 2007). Nesse sentido, a equipe de referência é formada por um conjunto de profissionais considerados essenciais à condução de problemas de saúde dentro de determinado campo de conhecimento, trabalhando de forma articulada em torno de objetivos comuns (Campos; Domitti, 2007).

Com isso, o apoio matricial e a equipe de referência se apresentam tanto como formas de organização do trabalho quanto como metodologias de gestão em saúde, tendo como finalidade ampliar as possibilidades de concretizar a clínica ampliada e fortalecer a integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões, promovendo um cuidado mais humanizado, compartilhado e ampliado (Campos; Domitti, 2007).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é compreendido como uma ferramenta essencial no campo da saúde coletiva e mental, construída de forma compartilhada e interdisciplinar, com o objetivo de ofertar um cuidado integral e centrado na singularidade de cada sujeito. O PTS consiste em um conjunto de condutas terapêuticas elaboradas coletivamente por uma equipe multiprofissional, em diálogo com o usuário e sua rede social, buscando atender às suas necessidades específicas (Rio Grande do Sul, 2022). Essa proposta parte do reconhecimento de que cada pessoa possui uma trajetória única, marcada por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais que influenciam diretamente sua saúde e seu processo de cuidado (Rio Grande do Sul, 2022).

Segundo Pinto et al. (2011), a construção do projeto terapêutico está fundamentada na participação ativa do usuário, da família e da equipe de saúde, constituindo-se em um processo

de corresponsabilidade e vínculo entre os sujeitos envolvidos. A elaboração do PTS não se limita a prescrições padronizadas, mas implica a escuta sensível e o reconhecimento das experiências e potencialidades de cada indivíduo. Nesse sentido, o projeto é entendido como um processo dinâmico e aberto, que se adapta às mudanças do sujeito ao longo do tempo e às transformações em seu contexto de vida (Pinto et al., 2011).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se estrutura em quatro movimentos principais, sendo eles a definição das hipóteses diagnósticas, a pactuação de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação contínua (Rio Grande do Sul, 2022). Inicialmente, realiza-se uma escuta ampliada que busca compreender o sujeito em sua totalidade, considerando aspectos clínicos, emocionais, sociais e culturais, de modo a formular hipóteses construídas de forma coletiva pela equipe multiprofissional (Rio Grande do Sul, 2022).

Na sequência, ocorre a definição de metas, que envolve o planejamento de objetivos de curto, médio e longo prazo, considerando as prioridades do usuário e as possibilidades identificadas pela equipe (Rio Grande do Sul, 2022). Esse momento é marcado pelo diálogo e pela negociação, sendo fundamental a participação do profissional que mantém maior vínculo com o sujeito, garantindo que o plano faça sentido e esteja dentro de suas condições reais. A divisão de responsabilidades entre os profissionais e o usuário visa fortalecer o vínculo com o trabalhador de referência e assegurar o acompanhamento contínuo do cuidado (Rio Grande do Sul, 2022).

Já a reavaliação representa a etapa de monitoramento e atualização do plano, permitindo ajustes conforme as mudanças e necessidades que emergem ao longo do processo terapêutico (Rio Grande do Sul, 2022). Nesse processo, a escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo afetivo são considerados primordiais, sustentando a efetividade do cuidado e promovendo maior adesão ao tratamento (Pinto et al., 2011). Tais dispositivos favorecem o protagonismo do usuário e o reconhecimento de seu papel na construção de soluções terapêuticas (Pinto et al., 2011).

A participação da família e das redes de apoio, que são vistas como corresponsáveis no processo terapêutico é de suma importância nesse processo (Pinto et al., 2011). A inclusão dos familiares amplia a potência do cuidado e contribui para a reinserção social do usuário. A corresponsabilização familiar, além de promover o fortalecimento dos vínculos, possibilita que o cuidado se estenda para além do espaço institucional, tornando-se parte da vida cotidiana e das relações comunitárias (Pinto et al., 2011). Essa integração reafirma o caráter intersetorial e interdisciplinar do PTS.

A efetividade do PTS só é possível se houver cooperação entre diferentes áreas profissionais e da criação de espaços regulares de discussão coletiva, nos quais a equipe possa refletir sobre os avanços, desafios e resultados do cuidado (Rio Grande do Sul, 2022). Além disso, a reavaliação periódica permite ajustar o projeto às mudanças na vida do sujeito e às novas demandas que emergem do território (Rio Grande do Sul, 2022). Nesse sentido, compreende-se que ao promover o diálogo contínuo entre os profissionais e valorizar o protagonismo do usuário, fortalece-se o cuidado integral e a construção de trajetórias terapêuticas que realmente façam sentido e eficácia para os usuários.

Dessa forma, o PTS configura-se como uma ferramenta que fortalece o cuidado humanizado na saúde, ao reconhecer que cada pessoa é composta por múltiplas dimensões e vivências que influenciam diretamente sua forma de adoecer e de buscar tratamento. A proposta rompe com a visão restrita da patologia como único foco do cuidado, compreendendo que o sofrimento, seja físico ou psíquico, está profundamente relacionado às experiências, aos vínculos e às condições de vida de cada sujeito. Segundo Ayres (2009) o cuidado em saúde deve ampliar seu olhar para além da doença, incorporando os sentidos e significados que o adoecimento assume na vida das pessoas, para que a intervenção seja verdadeiramente transformadora.

Para Merhy (2014), o cuidado ampliado é sustentado pelo trabalho vivo em ato, ou seja, por aquilo que os profissionais produzem no encontro com o outro. É nesse espaço que se manifesta a potência do cuidado, atravessado por afetos, saberes, vínculos e improvisos que não cabem em protocolos rígidos. Dessa forma, as práticas ampliadas valorizam a criatividade e a sensibilidade dos trabalhadores, entendendo que cada situação clínica é única e requer decisões éticas e compartilhadas. O cuidado, então, deixa de ser apenas a aplicação de técnicas e passa a ser uma ação dialógica e reflexiva, orientada pela corresponsabilidade e pela autonomia dos sujeitos envolvidos.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, modalidade metodológica, que, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), permite reunir, analisar e compreender, de maneira organizada e abrangente, o que diferentes estudos já produziram sobre um determinado tema. Esse tipo de revisão possibilita a identificação de convergências, divergências e lacunas presentes nas investigações existentes (Souza; Silva; Carvalho, 2010). Os autores destacam que a revisão integrativa se diferencia por integrar estudos com diversas abordagens metodológicas, contribuindo para uma compreensão aprofundada do fenômeno analisado.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) explicam que a revisão integrativa segue etapas rigorosas, incluindo a elaboração da questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca sistemática nas bases de dados, análise crítica dos estudos selecionados e a síntese dos achados. Conduzir cada etapa de forma transparente e cuidadosa é essencial para garantir a qualidade e a confiabilidade no processo da revisão, permitindo que o pesquisador elabore uma síntese sólida, coerente e bem embasada (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Além disso, Souza, Silva e Carvalho (2010) reforçam que a revisão integrativa é especialmente útil em áreas complexas do campo da saúde, onde diferentes perspectivas teóricas e práticas precisam ser articuladas para apoiar a tomada de decisão e orientar novas pesquisas. Assim, a revisão integrativa se torna uma ferramenta importante para organizar o que já se sabe sobre um tema, criando uma base firme para reflexões, discussões, novos estudos e avanços no campo científico.

Diante desse contexto, optou-se pela revisão integrativa por se tratar de um método capaz de reunir, de forma ampla, as evidências existentes sobre o tema, permitindo identificar avanços, limitações e potencialidades presentes nas abordagens realizadas na atenção secundária do SUS, especificamente no cuidado de pessoas que apresentam condições de saúde relacionadas a transtornos mentais graves e persistentes.

A pergunta norteadora, foi definida da seguinte maneira: Como a produção científica brasileira discute a aplicação da clínica ampliada no cuidado a transtornos mentais graves e persistentes na atenção secundária do SUS? A construção dessa pergunta orientou todas as etapas posteriores, que envolveram a definição dos descritores e operadores de busca, a identificação e seleção dos estudos, a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a leitura analítica e avaliação crítica dos estudos qualificados, a extração e organização dos dados e a síntese dos achados.

As buscas foram realizadas nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed e Google Scholar. Foram utilizados os descritores: “clínica ampliada”, “transtornos mentais graves”, “atenção secundária”, “CAPS”, “SUS” e “projeto terapêutico singular”. Para aprimorar a busca dos estudos relevantes, foram realizadas combinações como: “clínica ampliada” AND “transtornos mentais graves”; “CAPS” AND “atenção secundária”; “projeto terapêutico singular” AND “CAPS”; “SUS” AND “transtornos mentais graves”; “clínica ampliada” AND “transtornos mentais graves” AND “CAPS”.

Essas combinações foram especialmente importantes na base LILACS, onde se localizou a totalidade dos 19 estudos incluídos após aplicação dos filtros. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicados entre 2020 e 2025 (últimos 5 anos), escritos em português ou inglês, realizados no Brasil, que abordassem práticas clínicas, organizacionais ou assistenciais no âmbito da saúde mental do SUS, especificamente na atenção secundária (CAPS e ambulatórios especializados) e que dialoguem com os princípios da clínica ampliada. Foram definidos como critérios de exclusão: artigos duplicados, sem dados empíricos ou teórico, estudos centrados exclusivamente em contextos hospitalares, produções não relacionadas ao território brasileiro e artigos que não apresentassem interface com o cuidado psicossocial ou com princípios da clínica ampliada.

A busca total resultou em um conjunto inicial de publicações, do qual foram excluídos títulos duplicados e artigos que não atendiam aos critérios. Após leitura de títulos, resumos e, posteriormente, leitura integral, 19 artigos compuseram o corpus final da revisão. Os estudos selecionados foram organizados em um quadro de caracterização, contendo informações sobre autores, ano, título, objetivos, metodologia e principais resultados e contribuições.

A análise do material selecionado foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, seguindo a proposta metodológica de Laurence Bardin (2016). Esta técnica consiste em um conjunto de estratégias de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para a operacionalização desta etapa, o processo foi organizado em três fases fundamentais:

1. Pré-análise: Nesta fase, realizou-se a 'leitura flutuante' do *corpus* constituído pelos 19 artigos selecionados, permitindo o contato direto com o material e a organização das ideias iniciais. Foram verificados os critérios de validade, exaustividade e representatividade, garantindo que os textos selecionados

respondessem ao objetivo central de analisar a aplicação da clínica ampliada no cuidado aos Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP).

2. Exploração do material: Esta etapa consistiu na operação de codificação e decomposição dos textos. Foram identificadas as Unidades de Registro (UR) — como frases e parágrafos — que remetiam às práticas, desafios e potencialidades da clínica ampliada nos serviços de atenção secundária. A partir da recorrência desses temas, as unidades foram agrupadas em categorias iniciais.
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Os dados brutos foram condensados e submetidos a operações estatísticas simples (frequência) e, principalmente, a análises qualitativas interpretativas. Este processo permitiu a emergência das categorias temáticas finais que estruturam a discussão deste estudo: a centralidade do sujeito, os dispositivos coletivos de cuidado e os limites institucionais enfrentados no cotidiano dos serviços.

Dessa forma, a análise de conteúdo permitiu ultrapassar a mera descrição dos dados, possibilitando uma compreensão crítica sobre como os princípios da Clínica Ampliada e da Reforma Psiquiátrica têm sido operacionalizados na produção científica brasileira recente.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Estudos selecionados

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados e contribuições</b>
Rocha et al.	2021	Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014.	O estudo buscou descrever o perfil dos pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais no SUS, no Brasil, entre 2000 e 2014, e analisar de que forma as mudanças na política de saúde mental influenciaram as taxas de internação nesse período.	O estudo utilizou uma coorte prospectiva não concorrente com dados secundários de pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais entre 2000 e 2014.	Foram analisados 1.549.298 pacientes, sendo que os diagnósticos mais comuns na primeira internação foram transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, seguidos de esquizofrenia e transtornos de humor. O estudo identificou que, apesar das adversidades, a Política Nacional de Saúde Mental conseguiu avançar na redução de leitos hospitalares e na expansão de serviços substitutivos, o que se associou à diminuição das taxas de internação. Contudo, esses avanços perderam intensidade nos anos atuais.
Corrêa; Lima.	2025	A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica: uma análise sobre o percurso de usuários de CAPS.	Analisar o que leva à neoinstitucionalização nos CAPS.	Foi feita uma etnografia sobre nove casos de quatro CAPS das três RAPS do município do Rio de Janeiro.	A pesquisa concluiu que a neoinstitucionalização decorre de múltiplos fatores, crise, imaginário manicomial, desarticulação e precarização das redes intra e intersetorial, equipes reduzidas, número insuficiente de serviços territoriais, etc.
Bossato et al.	2021	A enfermagem e o protagonismo do usuário no CAPS: um estudo na perspectiva construcionista.	Analisar as ações da equipe de Enfermagem que promovem o protagonismo do usuário no Centro de Reabilitação Psicossocial.	Estudo qualitativo, baseado no referencial do Construcionismo.	O estudo analisou que o cuidado protagonista é construído através da comunicação criativa, do trabalho em rede e na percepção de que a equipe de Enfermagem funciona como uma antena.
Barros et al.	2021	A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental.	Conhecer a percepção dos usuários de um CAPS sobre a assistência em saúde mental.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com oito usuários de um CAPS.	O estudo identificou duas categorias principais: a visão dos usuários sobre o CAPS e os desafios e possibilidades de melhoria. Concluindo que esses serviços são fundamentais para a saúde mental, reforçando a necessidade de maior investimento em políticas públicas para qualificar a assistência.

Sousa et al.	2025	Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: o que pensam, sentem e fazem os profissionais?	Compreender as percepções e vivências de profissionais sobre o cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial.	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa, realizada com 30 profissionais de dois CAPS da região central do Brasil.	Os resultados mostram ambivalência entre o pensar e o agir dos profissionais, divididos entre uma lógica manicomial e o modelo psicossocial. O artigo contribuiu para compreender que ouvir, respeitar os usuários, fortalecer seu protagonismo, individualizar o tratamento, construir o PTS, promover ressocialização e oferecer educação em saúde são ações que favorecem o cuidado ampliado e centrado no sujeito.
Cassola et al.	2021	Oficina musical participativa para o Bem-Estar Subjetivo e Psicológico de usuários em internação psiquiátrica.	Identificar como uma intervenção musical participativa contribui para o bem-estar psicológico e subjetivo de usuários com transtornos mentais graves e persistentes.	O estudo, quase-experimental do tipo antes e depois, foi realizado em um hospital de São Paulo com dez usuários em internação psiquiátrica que participaram de quatro oficinas musicais	Os resultados não mostraram diferenças estatísticas antes e depois das oficinas quanto ao bem-estar psicológico e aos afetos. Contudo, observou-se aumento de afetos positivos e redução de negativos no bem-estar subjetivo. Concluindo que a oficina musical participativa favorece o bem-estar subjetivo de usuários com transtornos mentais graves e persistentes.
Sousa; Oliveira.	2021	Grupo Autoestima: Experiência de Grupo Operativo em CAPS.	Compartilhar a experiência de um grupo realizado em um CAPS. Avaliar os avanços e ganhos obtidos ao longo do desenvolvimento do grupo. Discutir as particularidades do processo grupal com usuários com quadro graves e vulnerabilidade social e refletir sobre os desafios de manter um coletivo em uma instituição pública de saúde.	Trata-se de uma abordagem descritiva de experiência e análise reflexiva do processo grupal de um grupo operativo desenvolvido em um CAPS, envolvendo usuários com transtornos mentais graves.	O grupo operativo mostrou potência para resgatar a singularidades dos usuários, elevar a autoestima, reconstruir a voz e o lugar do sujeito. Promoveu aprendizagens, identificações, mudanças e transformações nos participantes. Também possibilitou demonstrar aos participantes que, mesmo diante de sintomas graves, há possibilidades concretas de melhora.

Souza et al.	2025	Perspectivas de usuários sobre a ambiência em unidade de saúde mental no contexto hospitalar.	Compreender a percepção dos usuários em relação à ambiência em Unidade de Saúde Mental no contexto hospitalar.	Estudo qualitativo.	Os usuários reconhecem a ambiência em sua totalidade, mas identificam desafios que prejudicam a reabilitação psicossocial e o cuidado humanizado. Conclui-se que suas percepções devem orientar melhorias na ambiência para assegurar direitos garantidos pelas políticas públicas.
Méllo.	2020	Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes.	Potencializar o Guia de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) para ações de saúde.	A pesquisa é apresentada pelos autores como um estudo participativo, de abordagem qualitativa e caráter descritivo.	Produção do material experimental GAMA, estruturado a partir dos estudos preliminares. A definição dos pressupostos teóricos que fundamentaram a adaptação do guia e organização dos conteúdos principais que compõem a nova versão do Guia GAM para uso em CAPS-AD.
Gama et al.	2020	A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR.	Analisar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais.	Foi realizado estudo exploratório a partir de revisão de literatura, pesquisa documental, questionário aplicado a gestores e entrevistas com informantes-chave.	A RAPS do estado conta com 27 CAPS, 12 ambulatorios de saúde mental e 2 residências terapêuticas, além de ampla cobertura da Estratégia de Saúde da Família (86,62%) e do NASF (62,96%). O índice de 1,71 CAPS por 100 mil habitantes supera a média nacional, mas 14,49% da população ainda não tem acesso ao serviço. Conclui-se com o estudo que há dificuldades de pactuação da rede em municípios pequenos, além de baixa oferta de CAPS i, CAPS ad, CAPS III e escassez de leitos em hospitais gerais.
Coutinho; O'Dwyer; Nunes.	2024	Territórios hostis e o atendimento à crise nos CAPS III na cidade do Rio de Janeiro.	O estudo teve como objetivo investigar como ocorre o acolhimento à crise nos Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do município do Rio de Janeiro, analisando a forma como esses serviços organizam suas práticas diante da demanda de cuidado em momentos de crise.	Análise documental, entrevistas com gestores e análise dos dados foi orientada pela Teoria da Estruturação de Anthony Giddens.	Os resultados do estudo indicaram que houve avanços no processo de implantação dos CAPS III no município do Rio de Janeiro, embora ainda de forma insuficiente e com distribuição desigual no território, o que gera áreas completamente desassistidas. Identificou-se também que a violência territorial exerce forte impacto tanto na saúde mental da população quanto na organização e execução das ações de cuidado, influenciando diretamente o funcionamento dos serviços. Diante desse cenário, o estudo aponta a necessidade de ampliar o número de CAPS III, sobretudo em regiões onde inexistem

Passos et al.	2020 A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio.	Discutir uma inovação dentro da pesquisa-intervenção participativa na abordagem da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que consistiu na criação de uma nova etapa denominada "Pesquisa-apoio". Essa etapa buscou aprofundar a participação dos usuários e familiares nos processos de cuidado e cogestão dentro de um CAPS, ampliando o debate sobre práticas de apoio no campo da saúde coletiva e sobre os dispositivos GAM.	O estudo foi desenvolvido no contexto de uma pesquisa-intervenção participativa.  A inovação metodológica foi a criação da etapa "Pesquisa-apoio".	dispositivos capazes de acolher pessoas em situação de crise.  Os resultados apontam que a introdução da etapa denominada "Pesquisa-apoio" ampliou a participação dos usuários e seus familiares nos processos de cogestão do serviço, fortalecendo sua parceria com os trabalhadores e promovendo maior autonomia. Além disso, a Pesquisa-apoio enriqueceu a discussão sobre os dispositivos da Gestão Autônoma da Medicação, aprofundando seus princípios e demonstrando potencial para democratizar ainda mais os processos de trabalho no CAPS.
Renault; Passos.	2022 Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares.	O artigo teve como objetivo apresentar e analisar a experiência da pesquisa-intervenção participativa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) realizada com familiares de usuários de serviços de saúde mental.	Pesquisa-intervenção participativa, característica central da abordagem GAM. Indicações teórico-práticas da abordagem enativa, orientando a compreensão do processo e metodologia da cartografia, com destaque para a entrevista cartográfica como técnica principal.	O desenvolvimento desse grupo possibilitou que familiares revisassem e ressignificassem suas percepções sobre o uso da medicação e sobre o cuidado em saúde mental e favoreceu a corresponsabilização, estimulando maior compartilhamento de responsabilidades entre familiares, usuários e trabalhadores. Esses efeitos ampliam as perspectivas da GAM e do trabalho em saúde mental, reforçando caminhos de inclusão, diálogo e composição entre diferentes saberes e posições no processo de cuidado.

Pini et al.	2024	Além da consulta e do medicamento: atividades coletivas e de ressocialização em um CAPS I.	Avaliar as atividades coletivas e de ressocialização desenvolvidas em um CAPS I, na ótica dos usuários, familiares e profissionais do serviço.	Pesquisa avaliativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. Ocorrendo de setembro/2021 a agosto/2022, utilizando etnografia prévia, entrevista e negociação, com análise de dados pelo Método Comparativo Constante.	Os resultados mostraram que os participantes reconhecem a realização de oficinas terapêuticas, grupos de apoio e encontros coletivos no espaço do CAPS, com boa frequência e organização, favorecidos pela atuação da equipe e pela oferta de transporte e alimentação. Essas ações foram avaliadas como importantes para o cuidado psicossocial, contribuindo para maior adesão ao tratamento, melhora dos relacionamentos, surgimento de sentimentos positivos, inclusão social e apoio diante de dificuldades.
Lopes; Paulon; Pasche.	2022	Entre aderir e resistir: uma reflexão sobre os usos do conceito de não adesão nos serviços substitutivos de saúde mental.	O artigo teve como objetivo analisar o fenômeno da não adesão ao CAPS, utilizando esse conceito como analisador para compreender como os usuários se relacionam com o serviço e de que forma constroem seus próprios itinerários de cuidado.	Análise documental, busca ativa de usuários e entrevistas semiestruturadas. Essa abordagem se insere em uma proposta cartográfica.	Os resultados mostraram que o serviço costuma definir os usuários como “não aderentes” de forma unilateral, sem considerar os diferentes fatores que influenciam suas trajetórias de cuidado. A análise revelou que esse conceito precisa ser revisto, pois os usuários desenvolvem modos próprios de organizar seu tratamento e constroem caminhos singulares na busca por cuidado. Isso evidencia a necessidade de um modelo de atenção mais compartilhado, flexível e capaz de reconhecer e acolher as particularidades de cada usuário.
Silva et al.	2021	O cuidado à pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares.	Analisar a percepção do cuidado a pessoa com sofrimento mental sob a ótica dos familiares.	A pesquisa é exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Foi realizada a técnica de coleta de dados usando o grupo focal. Os dados qualitativos foram analisados, tendo-se como referência o método de análise de conteúdo, do tipo categorial temática.	Foi identificado com a pesquisa que ainda existem lacunas a serem preenchidas para se efetivar uma oferta qualificada aos usuários, cuidadores e familiares, que, de fato, possam empoderar estes sujeitos a minimizar seus sofrimentos.

Sá Oliveira.	2025	O entrelaçamento da liberdade e do cuidado: a antipsiquiatria em busca de uma justiça social.	O texto teve como objetivo analisar criticamente a psiquiatria tradicional a partir da perspectiva da antipsiquiatria, discutindo como práticas psiquiátricas historicamente contribuíram para processos de exclusão, normalização e injustiça social.	Estudo teórico, construído a partir de uma visão conceitual e crítica. Havendo uma interlocução teórica com autores como Michel Foucault, Ronald D. Laing, David Cooper e Jean-Paul Sartre. Com análise filosófico-política	Os resultados apontam que a psiquiatria tradicional, longe de atuar apenas como tratamento de doenças mentais, historicamente desempenhou um papel de controle social, reforçando normas econômicas e culturais e contribuindo para a marginalização dos sujeitos considerados “anormais”. A análise mostra que essa prática frequentemente desumaniza os pacientes ao reduzir suas experiências à condição de sintomas, apagando sua subjetividade. Em contraste, o estudo evidencia que a antipsiquiatria propõe um reposicionamento ético e político da loucura, enfatizando justiça social, empatia e reconhecimento da singularidade humana.
Barbosa et al.	2020	Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.	Analisar as características clínicas e sociodemográficas dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do município de Paulo Afonso – Bahia.	Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado a partir do levantamento de dados dos pacientes.	Os resultados mostraram que o diagnóstico mais frequente pertenceu ao grupo dos transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes. Esses achados contribuíram para reforçar a necessidade de ajustar e aprimorar as estratégias de cuidado e a organização do Centro de Atenção Psicossocial de Paulo Afonso, considerando o perfil clínico e sociodemográfico específico da população atendida.
Saidel; Campos.	2020	A percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental.	Compreender as percepções da equipe de um CAPS sobre o cuidado ofertado ao idoso com transtorno mental, investigando como os profissionais interpretam seu papel, suas dificuldades e os desafios envolvidos nessa assistência.	Estudo qualitativo com referencial teórico metodológico: Teoria das Representações Sociais.	O estudo indica a necessidade de intervenções voltadas à reorganização do cuidado, ao fortalecimento das estratégias de atendimento e à formação contínua da equipe, contribuindo para transformar e qualificar o cuidado ao idoso com transtorno mental.

---

Os estudos analisados se assemelham ao afirmar que o cuidado em saúde mental só é efetivo quando o usuário ocupa um lugar ativo e participativo no processo terapêutico. A literatura evidencia que, apesar dos avanços institucionais desde a Reforma Psiquiátrica, muitos serviços ainda reproduzem práticas que limitam a autonomia e mantêm mecanismos de controle, dificultando o protagonismo do sujeito no seu próprio cuidado.

A centralidade da pessoa, segundo Sousa et al (2025), surge como fundamento ético e clínico indispensável para qualificar o cuidado psicossocial, orientando práticas que considerem o usuário para além dos sintomas, diagnósticos ou comportamentos. No estudo realizado por Sousa et al (2025), com profissionais de CAPS, o cuidado centrado na pessoa é compreendido como um processo que exige atenção às necessidades reais, respeito à integralidade e individualização das ações, envolvendo compreensão ampliada da experiência da doença e construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Reconhecer a singularidade do usuário implica compreender suas necessidades reais, respeitar seus modos de expressar o sofrimento e individualizar o cuidado, evitando práticas padronizadas que não consideram sua experiência e contexto (Sousa et al., 2025). Segundo os autores, os profissionais reconhecem que o cuidado em saúde se torna efetivo quando parte das necessidades que motivam a busca pelo CAPS, ou seja, quando aproxima o cuidado da realidade vivida pelo usuário, incorporando uma escuta ativa e compreensão ampliada do sujeito, o que demanda superar práticas automatizadas e autoritárias (Sousa et al., 2025).

A percepção dos próprios usuários reforça esse entendimento. No estudo com usuários de um CAPS, observou-se que a qualidade da assistência não se restringe à oferta de atividades, mas envolve acolhimento, respeito e reconhecimento de suas necessidades concretas, elementos que influenciam diretamente o vínculo e a continuidade do tratamento (Barros et al., 2021). Assim, singularidade, centralidade da pessoa e autonomia configuram um conjunto integrado de valores que sustentam a clínica ampliada e orientam práticas mais dialógicas, participativas e corresponsáveis.

Barros et al. (2021) destacam que, para os participantes da pesquisa realizada, o CAPS é reconhecido como um serviço capaz de transformar suas vidas, sobretudo pela forma como são acolhidos. Nesse sentido, o acolhimento não se limita a um procedimento de triagem, mas refere-se ao modo como os usuários são recebidos e tratados pelos profissionais e pelos demais usuários, aspecto que estrutura sua experiência no serviço. Contudo, os autores também evidenciam que as falas dos participantes revelam a importância de ampliar a RAPS, com a expansão dos serviços CAPS e a formação de profissionais qualificados, de modo a favorecer oportunidades de atividade laboral e geração de renda (Barros et al., 2021).

Segundo Sousa et al (2025) observa-se que, em muitos contextos, os usuários não têm suas necessidades reais de saúde devidamente escutadas ou acolhidas, tampouco são estimulados a exercer protagonismo no autocuidado. Essa ausência de incentivo compromete seu lugar no processo de cuidado, reduzindo as oportunidades de participação ativa nas decisões relacionadas ao próprio bem-estar e no engajamento com o tratamento (Sousa et al, 2025).

Tal cenário contraria os princípios do cuidado centrado na pessoa e a ampliação desse cuidado, que prevê a atuação ativa do usuário em todo o percurso de reabilitação, inclusive na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). O cuidado em saúde, centrado no sujeito, se fortalece quando a relação entre equipe e usuário é colaborativa, não hierárquica e orientada pela participação ativa, permitindo que o sujeito seja envolvido nas discussões sobre seu tratamento e em escolhas que influenciam seu cuidado (Sousa et al. 2025).

As práticas grupais, como oficinas expressivas, favorecem a ampliação da autonomia e o fortalecimento do protagonismo. No estudo sobre oficina musical participativa, observa-se que a música possibilita a circulação da fala, a elaboração emocional e o fortalecimento do bem-estar subjetivo, permitindo que os usuários ressignifiquem vivências e expressem afetos de forma criativa e compartilhada (Cassola et al., 2021). A atividade musical, ao mobilizar memória, sensibilidade e socialização, favorece processos de autoexpressão e pertencimento, ampliando o cuidado para além da dimensão sintomatológica (Cassola et al., 2021).

No mesmo sentido, o estudo sobre grupo operativo desenvolvido em um CAPS comprova também que a experiência grupal possibilita a emergência de singularidades, a construção de vínculos e o resgate do direito à voz de sujeitos historicamente silenciados pelo diagnóstico psiquiátrico (Sousa; Oliveira, 2021). Os autores destacam que os grupos operativos promovem trocas afetivas, aprendizagem coletiva e fortalecimento da autoestima, constituindo um espaço no qual os participantes podem elaborar histórias de vida, desenvolver autonomia e produzir novos sentidos sobre si e sobre a realidade (Sousa; Oliveira, 2021). Quando os dispositivos favorecerem interação e construção conjunta, funcionam como estratégias de cuidado ampliado, articulando dimensão clínica, social e subjetiva.

Entretanto, mesmo diante dessas potencialidades, ainda é recorrente que pessoas com transtornos mentais graves e persistentes enfrentem processos de silenciamento e perda de autonomia, sustentados por práticas que as posicionam como sujeitos incapazes de compreender sua própria realidade ou de participar ativamente das decisões sobre seu cuidado. Muitas vezes rotuladas socialmente como “loucas”, essas pessoas são submetidas a estigmas que reforçam sua exclusão, dificultam a circulação nos espaços coletivos e fragilizam

seus laços sociais. Esse olhar reducionista, centrado na doença e não na complexidade da experiência humana, aprofunda o sofrimento psíquico e restringe oportunidades de convivência, participação comunitária e reconstrução do próprio modo de existir no mundo.

A análise dos estudos evidencia que, apesar dos avanços no modelo psicossocial, persistem barreiras institucionais que limitam a efetivação da clínica ampliada, sobretudo em contextos marcados por fragilidades estruturais, práticas rígidas e insuficiência da rede substitutiva. No estudo sobre neoinstitucionalização, observa-se que a permanência de rotinas rígidas, atendimentos padronizados e práticas centradas na contenção reproduz lógicas manicomialis mesmo em serviços substitutivos (Corrêa; Lima, 2025).

Os autores apontam que, quando o cuidado se organiza prioritariamente a partir de regras rígidas, protocolos burocráticos e controle de riscos do que na relação com o sujeito, isso acaba abrindo espaço para uma forma “disfarçada” de controle sobre o usuário, restringindo a sua participação e enfraquecendo sua autonomia (Corrêa; Lima, 2025). Tais mecanismos reforçam passividade e dificultam processos de corresponsabilização, indicando que apenas fechar o manicômio ou mudar o local de atendimento não garante, por si só, uma mudança real no modo de fazer clínica e cuidado em saúde (Corrêa; Lima, 2025).

A literatura também mostra que as altas taxas de internações psiquiátricas em hospitais especializados, identificadas no estudo por Rocha et al. (2021), evidenciam fragilidades importantes na rede comunitária. O estudo indica que a redução de leitos psiquiátricos e a expansão dos CAPS ajudaram a diminuir o número de internações. No entanto, esse impacto foi mais expressivo nos primeiros anos e perdeu força com o tempo, o que revela um descompasso entre o que a política propõe e o que de fato se concretiza nos territórios (Rocha et al., 2021).

Tais fragilidades são igualmente identificadas no estudo de Gama et al. (2020), na qual os resultados revelam que, apesar da presença de CAPS em número superior à média nacional, grande parte da população permanece sem acesso efetivo a esses serviços, especialmente em municípios pequenos, nos quais há escassez de CAPS III e falta de acordos entre os municípios para organizar a rede de forma integrada.

Os autores indicam que a quase inexistência de leitos em hospitais gerais e a dependência de hospitais psiquiátricos como retaguarda para situações de crise configuram entraves importantes para a consolidação de um cuidado territorializado (Gama et al., 2020). Além disso, a manutenção de ambulatórios que funcionam de forma pouco articulada aos demais serviços da rede acaba reforçando modelos de cuidado fragmentados, que se distanciam da lógica psicossocial (Gama et al., 2020).

Diante desse cenário, é possível reconhecer que a clínica ampliada encontra limites concretos quando se insere em redes marcadas por desigualdades e pela falta de dispositivos que sustentem um cuidado contínuo e humanizado. A insuficiência de serviços mais intensivos e a permanência de práticas centradas no controle e na institucionalização acabam criando possibilidades limitadas para os usuários. Quando isso acontece, o cuidado tende a se resumir a encaminhamentos, consultas isoladas ou internações, o que dificulta a construção de percursos terapêuticos mais humanos, singulares e compartilhados, que valorizam a autonomia e o protagonismo de cada sujeito.

Assim, pode-se dizer que as permanências das práticas manicomialis não se restringem às instituições fechadas, mas se atualizam por meio de rotinas burocráticas, insuficiências estruturais, fragmentação dos serviços de saúde e fragilidade no acordo de gestão entre municípios e estado. Esses elementos representam desafios para a efetivação da clínica ampliada no cuidado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, especialmente nos serviços de atenção secundária.

A síntese dos estudos analisados mostra que, apesar de nos últimos cinco anos, a produção científica brasileira tenha revelado esforços importantes para abordar e qualificar o cuidado psicossocial, ainda existe muitas problemáticas a serem discutidas e resolvidas por se tratar de avanços que acontecem de forma desigual, pouco organizada e articulada. Ao examinar os dezenove artigos, percebe-se também que a clínica ampliada, mesmo quando não é citada diretamente nos estudos, aparece atravessando muitas das práticas realizadas por equipes multiprofissionais nos serviços de atenção secundária, como os Centros de Atenção Psicossocial e os ambulatórios especializados.

A prática que a clínica ampliada propõe se manifesta principalmente em gestos que dão sentido ao cuidado, como o vínculo que se constrói no encontro com o outro, a escuta que reconhece a dor e a história de cada pessoa, o acolhimento que oferece lugar e tempo, o trabalho em equipe, as oficinas, os grupos e a busca por fortalecer o protagonismo dos usuários. Em todas essas ações, o cuidado deixa de ser apenas um conjunto de procedimentos e passa a ser uma construção viva, compartilhada e sensível às necessidades reais de quem busca e carece do serviço.

Os resultados também mostram que reconhecer a singularidade, colocar o sujeito no centro das decisões e apoiar sua autonomia são elementos entendidos pelas equipes como fundamentais para um cuidado que respeite trajetórias, contextos e modos diversos de lidar com a saúde e a doença. Essas dimensões aparecem de modo concreto em práticas que valorizam a escuta ativa, o reconhecimento das histórias de vida e a construção conjunta de

decisões terapêuticas. Os estudos indicam que o cuidado se torna mais potente quando consegue se afastar de protocolos rígidos e se aproximar de abordagens mais humanas, relacionais e situadas no cotidiano dos usuários, práticas que realmente enxergam cada pessoa para além do diagnóstico e que permitem construir caminhos terapêuticos mais significativos, humanos e transformadores.

Da mesma forma, os dispositivos coletivos discutidos pela literatura, como oficinas expressivas, grupos operativos, atividades musicais e espaços de convivência, revelam-se caminhos eficazes para ampliar o cuidado. Essas práticas criam ambientes onde as pessoas podem se expressar, experimentar pertencimento, compartilhar histórias e construir novos sentidos para suas vivências. Nos grupos, o cuidado deixa de ser uma ação solitária e passa a acontecer de forma compartilhada, sendo espaços importantes onde a criatividade circula e onde a autonomia pode florescer de maneira concreta. Assim, as práticas coletivas não apenas complementam o atendimento individual, mas estabelece relações de corresponsabilidade entre profissionais e usuários.

Outro achado importante diz respeito ao papel do vínculo e das relações intersubjetivas, na qual aparece repetidamente nos estudos como a base do cuidado em saúde mental. Para os usuários, a forma como são recebidos e tratados pelos profissionais faz toda a diferença, é essa relação que sustenta a continuidade do tratamento, fortalece a adesão, oferece segurança emocional e incentiva uma participação mais ativa nos processos terapêuticos. Quando o acolhimento é responsável, a escuta é sensível e a comunicação acontece de maneira conjunta, cria-se um espaço para práticas mais amplas, colaborativas e integradas.

Em meio a esses avanços identificados, os estudos também mostram desafios que ainda atravessam o cotidiano dos serviços, e dificultam a consolidação de uma clínica ampliada, como foi citado anteriormente. Entre esses desafios, destaca-se também a falta de recursos que garantam continuidade do cuidado. Somam-se a isso as fragilidades na articulação com outros setores, que limitam o alcance das ações. Esses elementos acabam atualizando dinâmicas de neoinstitucionalização, como abordam os estudos, sendo expressas nos modos de funcionamento que restringem a autonomia dos usuários e reduzem o cuidado a prescrições, encaminhamentos e atendimentos desconectados da realidade dos usuários.

Considera-se importante compreender, a partir da análise dos resultados, não apenas como o cuidado é oferecido, mas também quem define os critérios que o orientam. Embora a literatura destaque o protagonismo do usuário, observa-se que, na prática, essa participação ainda é frequentemente condicionada às expectativas e normas institucionais. O usuário é incentivado a participar desde que não questione rotinas, regras ou decisões previamente

estabelecidas pela equipe ou pela gestão. Além disso, os profissionais da rede precisam seguir normas e protocolos de atendimento individualizado que, embora importantes, podem contribuir para a reprodução de práticas pouco alinhadas à perspectiva da clínica ampliada. Nesse contexto, a autonomia do usuário tende a se tornar limitada ou meramente simbólica, funcionando mais como um discurso do que como uma prática efetivamente transformadora.

A partir disso, torna-se necessário refletir sobre até que ponto os serviços estão dispostos a lidar com conflitos, divergências e negociações reais no processo terapêutico, reconhecendo que um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa exige redistribuição de poder, revisão de hierarquias e abertura para decisões que nem sempre permanecem sob controle técnico ou institucional.

Outro ponto relevante refere-se à pouca visibilidade dada às condições socioeconômicas e políticas que atravessam o sofrimento psíquico e influenciam diretamente a efetivação da clínica ampliada. Embora os estudos reconheçam a importância do território, do trabalho, da renda e da inserção social, esses aspectos muitas vezes aparecem como secundários no cuidado oferecido. A falta de políticas públicas intersetoriais consistentes, somada à precarização do trabalho dos profissionais e ao subfinanciamento do SUS, cria um contexto em que a responsabilidade pelo cuidado recai principalmente sobre o indivíduo e sobre os serviços, sem considerar adequadamente os fatores estruturais que produzem e mantêm o sofrimento.

Apesar dessas barreiras, a análise integrada dos estudos revela que há movimentos importantes acontecendo nos serviços de saúde. Iniciativas de cuidado compartilhado, construção de Projetos Terapêuticos Singulares, espaços de cogestão e ações que fortalecem a participação dos usuários mostram que práticas alinhadas à clínica ampliada já estão presentes, ainda que de forma desigual e pouco sistematizada entre os serviços. Os achados aproximam-se ao indicar que a consolidação da clínica ampliada exige transformações nas micropolíticas e macropolíticas do cuidado. Ou seja, que dizem respeito ao modo de trabalhar, escutar e se relacionar no dia a dia dos serviços, e que envolvem a organização da rede, a gestão, o financiamento e as condições materiais que sustentam o cuidado.

Embora a maioria dos estudos não utilize de forma explícita a expressão “transtornos mentais graves e persistentes”, todos analisam práticas desenvolvidas em serviços substitutivos que, conforme as diretrizes da RAPS, têm como público pessoas em intenso sofrimento psíquico e com necessidades contínuas de cuidado. Dessa forma, mesmo quando a nomenclatura não aparece de maneira direta, os achados desta revisão se referem às

experiências, estratégias e desafios envolvidos no cuidado a esse grupo, que permanece presente de modo implícito e transversal na literatura.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como a produção científica brasileira tem discutido e operacionalizado a Clínica Ampliada no cuidado a pessoas com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP) na atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios especializados. A partir da síntese de dezenove artigos publicados entre 2020 e 2025, foi possível identificar contribuições teóricas e práticas, assim como entraves institucionais que comprometem a plena efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da clínica ampliada.

Os achados desta revisão indicam que, mesmo quando os estudos não mencionam diretamente o termo “Clínica Ampliada”, as práticas por eles descritas se alinham aos seus princípios e modos de fazer. Isso evidencia que essa abordagem é uma referência importante para orientar um cuidado mais próximo, humano e atento às singularidades de cada usuário.

Práticas como o acolhimento qualificado, a escuta ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o trabalho interdisciplinar e as ações coletivas, como grupos, oficinas e atividades no território, revelam grande potencial terapêutico quando desenvolvidas de forma contínua, aberta ao diálogo e construída junto aos usuários. Nesses espaços, é possível perceber vínculos mais fortes, maior participação e envolvimento dos sujeitos no próprio processo de cuidado, além do fortalecimento de estratégias de reabilitação psicossocial que vão muito além de uma visão centrada apenas no tratamento biomédico.

Entretanto, a literatura ressalta limitações recorrentes que comprometem a consolidação das práticas ampliadas em saúde. Entre essas limitações, observa-se nos achados a insuficiência e distribuição desigual de serviços na rede, a precariedade de recursos humanos e alta rotatividade das equipes, a fragilidades no financiamento público, desarticulação intersetorial e persistência de práticas e representações manicomialistas em alguns espaços. Essas condições geram, em muitos serviços, sobrecarga de trabalho, dificultam a elaboração e revisão adequada dos PTS e reduzem a oferta de intervenções coletivas e territoriais, elementos que são bases para a efetivação de um cuidado ampliado e em liberdade.

Verifica-se também uma contradição entre o discurso e a prática, pois, embora muitos profissionais reconheçam e valorizem os princípios da clínica ampliada, encontram barreiras organizacionais e operacionais que impedem sua plena materialização, fazendo com que, na maioria das vezes, permaneçam apenas no “papel” ou no discurso. A ausência de espaços regulares de formação continuada, a carência de supervisão clínica institucionalizada e a limitação do apoio matricial são fatores que comprometem a qualidade do cuidado e a

sustentabilidade das iniciativas que buscam transformar a forma de partilhar e ampliar esse cuidado.

A partir dos resultados encontrados, é possível destacar três pontos que merecem atenção quando pensamos em práticas ampliada na atenção secundária, no cuidado a pessoas que apresentam TMGP e na construção das políticas públicas. Primeiro, torna-se essencial fortalecer o trabalho em rede, garantindo que os diferentes níveis de atenção conversem entre si e funcionem de forma articulada na prática. Segundo, é fundamental assegurar investimentos contínuos, tanto em financiamento quanto na valorização e estabilidade das equipes, para que o cuidado não seja interrompido. Destaca-se também a urgência de ampliar ações de formação e gestão que incentivem a cogestão, a supervisão e a educação permanente, criando ambientes de trabalho mais colaborativos e capazes de sustentar práticas qualificadas no cotidiano dos serviços.

Diante disso, sugerem-se pesquisas futuras que acompanhem de perto as trajetórias de usuários em diferentes pontos da RAPS, para permitir avaliar com mais profundidade os efeitos do PTS e das intervenções coletivas na reabilitação psicossocial; estudos que relacionem financiamento público, modelos de gestão e os resultados alcançados nos serviços, para compreender como as políticas públicas impactam o cuidado no cotidiano; e investigações qualitativas em territórios marcados por vulnerabilidades, como violência, pobreza e discriminação, para ajudar a entender como a Clínica Ampliada é adaptada e praticada nesses contextos.

Além disso, são importantes estudos futuros que explorem as condições de trabalho das equipes, considerando aspectos como saúde ocupacional, rotatividade e satisfação profissional, e como esses fatores influenciam a qualidade do cuidado ofertado. Como também pesquisas participativas que incluam usuários e familiares como co-pesquisadores, a fim de avaliar práticas de cogestão.

Com base na síntese dos estudos, percebe-se que fortalecer o cuidado ampliado na RAPS e nos CAPS depende de várias ações que precisam caminhar juntas. Uma delas é garantir que o Projeto Terapêutico Singular seja realmente construído de forma participativa, envolvendo o usuário e sua família, e que esse plano seja revisado sempre que necessário. Também é importante investir em estratégias que reforcem o vínculo e a corresponsabilização entre as equipes e os usuários, para que o cuidado seja de fato compartilhado. Além disso, ampliar a quantidade de serviços da RAPS e assegurar financiamento contínuo são medidas necessárias para sustentar políticas de saúde mental alinhadas à Reforma Psiquiátrica.

Recomenda-se ainda que estados e municípios ofereçam programas de educação permanente e supervisão voltados para qualificar a prática da Clínica Ampliada nos serviços. Como também, é fundamental fortalecer a integração entre a atenção básica, os CAPS e os serviços hospitalares, melhorando os fluxos de referência e contrarreferência, bem como promover ações intersetoriais que enfrentem determinantes sociais da saúde mental, como moradia, renda, trabalho e educação.

A Clínica Ampliada permanece como referência ética e política para a construção de cuidados em saúde que respeitem a dignidade, a autonomia e o projeto de vida dos sujeitos. A sua efetivação exige, contudo, articulação entre saberes, compromisso institucional e investimento público sustentado. Investir no fortalecimento das redes, na formação das equipes e em modelos de gestão participativa constitui caminho necessário para que pessoas com TMGP tenham acesso a cuidados integrados, humanizados e promotores de cidadania.

Com isso, espera-se que esta pesquisa contribua para o fortalecimento da Clínica Ampliada no SUS e para a produção de práticas mais éticas, humanizadas e comprometidas com a singularidade dos sujeitos. Ao evidenciar tanto os avanços quanto os desafios da atenção psicossocial, reafirma-se a importância de políticas públicas consistentes, de serviços organizados em rede e de profissionais sensíveis e preparados para enxergar o sujeito em sua totalidade, não somente sua patologia, e que junto a ele trace caminhos possíveis para um cuidado ampliado, humanizado e digno.

Concluo esta pesquisa reforçando a necessidade de ampliar o modo de cuidar, ver e escutar as pessoas que vivenciam sinais e sintomas de TMGP. Ainda que muitos discursos continuem marcados por estigmas, julgamentos e pela tentativa de silenciar subjetividades, é justamente no reconhecimento da singularidade de cada sujeito que o cuidado ganha sentido e continuidade. Afinal, como cita Os Mutantes (2006) em um trecho de música, *“dizem que sou louco por pensar assim”*, lembra que cada indivíduo carrega modos singulares de pensar e viver, o que lhe diferencia dos demais. Questionar então, o que é considerado “normal” é também um convite para repensar práticas em saúde, superar o que ainda se assemelha a uma abordagem manicomial e reafirmar um cuidado focado na humanização, história de vida, singularidade, ética e no compromisso com a autonomia de cada sujeito.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

BARBOSA, Camila Gomes *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 01-08, mar. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1094437>. Acesso em: 30 out. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Alice Correia *et al.* A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental. **Medicina (Ribeirão Preto)**, jul. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354297>. Acesso em: 25 out. 2025.

BOSSATO, Hércules Rigoni *et al.* A enfermagem e o protagonismo do usuário no CAPS: um estudo na perspectiva construcionista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139164>. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Brasília, DF: **Conselho Nacional de Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-saude/view>. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 04 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 05 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_fol\\_heto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf). Acesso em: 18 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 04 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS) – Portal do SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 02 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, [s.d.]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 02 set. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxqyjHpg9tJfGD5yVkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**, São Paulo, Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. Orientadora: Ana Maria Canesqui. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148–168, abr. 2012. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n1/v18n1a12.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-31, mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/MdSpymMCFVfWpdrHhPjRZxG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwQ865pBS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydlMRCQj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2025.

CASSOLA, Eduardo Gabriel *et al.* Oficina musical participativa para o Bem-Estar Subjetivo e Psicológico de usuários em internação psiquiátrica. **Esc Anna Nery**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339874>. Acesso em: 26 out. 2025.

CORRÊA, Luisa Motta; LIMA, Rossano Cabral. A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica: uma análise sobre o percurso de usuários de CAPS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.40, p. 01-11, 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdlbusreg.sh-40929424>. Acesso em: 24 out. 2025.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; NUNES, Mônica de Oliveira. Territórios hostis e o atendimento à crise nos CAPS III na cidade do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 01-21, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1564889>. Acesso em: 27 out. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sq6d8/pdf/deslandes-9788575413296.pdf>. Acesso em: 19 out. 2025.

DRUMMOND, Bruno Lopes da Costa; RADICCHI, Antônio Leite Alves; GONTIJO, Eliane Costa Dias. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, supl. D.S.S., p. 68-80, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5rRNdPwSMgdqvZYvdFRPV7h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 abr. 2025.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, jan./fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJkRpWnv74KRLYDsjqcB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2025.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (UNICAMP). **Transtorno mental grave**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, s.d. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acessus/node/22>. Acesso em: 12 out. 2025.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da *et al.* A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, p. 278-287, abri. /jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1132956>. Acesso: 27 out. 2025.

LOPES, Clarissa Junqueira; PAULON, Dra. Simone Mainieri; PASCHE, Dr. Dário Frederico. Entre aderir e resistir: uma reflexão sobre os usos do conceito de não adesão nos serviços substitutivos de saúde mental. **Mental (Barbacena, Impr.)**, v. 14, n. 25, p. 1-17, jun. 2022. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1444891>. Acesso em: 29 out. 2025.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 647-660, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KwRn79sCtgz5KyWKZPZsBfP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2025.

MÉLLO, Ricardo Pimentel *et al.* Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. **Rev. Polis e Psique**, p. 227-246, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1103362>. Acesso em: 27 out. 2025.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkg6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2025.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2014. p. 49-64. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

MUTANTES, Os. **Balada do Louco**. Londres: Vevo, 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lkqcWKuzIQw>. Acesso em: 19 nov. 2025.

NAKATA, Liliane Cristina *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190154, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WY3CygzqKVQF5Y87v9dzH3L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmYtRqJtNYWFmjfLMtmz/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão (CID-11)**. Versão: 2024-01. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>. Acesso em: 02 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos mentais – Folha informativa**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 30 set. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 12 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos mentais**. Washington D.C.: OPAS/OMS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 12 out. 2025.

PASSOS, Eduardo *et al.* A Gestão Autônoma Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio. **Rev. Polise Psique**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 02, p. 143-165, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103240>. Acesso em: 28 out. 2025.

PINI, Jéssica dos Santos *et al.* Além da consulta e do medicamento: atividades coletivas e de ressocialização em um CAPS I. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 45, e20230248, p. 01-13, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1583916>. Acesso em: 28 out. 2025.

PINTO, Diego Muniz *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493–502, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSszH8xdpxcqH/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2025.

RENAULT, Leticia; PASSOS, Eduardo. Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, e235329, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1360639>. Acesso em: 28 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07101125-pts.pdf>. Acesso em: 19 out. 2025.

ROCHA, Hugo André da *et al.* Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1289983?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2025.

SÁ OLIVEIRA, Thaís de. O entrelaçamento da liberdade e do cuidado: a antipsiquiatria em busca de uma justiça social. **Natureza Humana**, v. 27, n. 1, p. 50-70, dez. 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1626773>. Acesso em: 29 out. 2025.

SAIDEL, Maria Giovana Borges; CAMPOS, Claudinei José Gomes. A percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-8, mar. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1094429>. Acesso em: 30 out. 2025.

SILVA, Aline Pereira da *et al.* O cuidado à pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares. **Nursing (Ed. bras., Impr.)**, v. 24, n. 281, p. 6280-6289, out. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343959>. Acesso em: 29 out. 2025.

SOUSA, Johnatan Martins *et al.* Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: o que pensam, sentem e fazem os profissionais? **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1635419>. Acesso em: 25 out. 2025.

SOUSA, Vaniele Silva de; OLIVEIRA, Cintia Regina Macedo. Grupo autoestima: experiência de grupo operativo em CAPS. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 25-33, dez. 2021. Disponível em: Acesso em: 26 out. 2025.

SOUZA, Laura Carolina de Almeida e *et al.* Perspectivas de usuários sobre a ambiência em unidade de saúde mental no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1635380>. Acesso em: 26 out. 2025.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2025.

THIESEN, Joana; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Transtornos mentais graves e persistentes – TMGP. **Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA**, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13521>. Acesso em: 15 set. 2025.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, out. 2021. Disponível em:

[https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzzTQjb/?format=pdf&lang=pt.](https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzzTQjb/?format=pdf&lang=pt)  
Acesso em: 16 set. 2025.