

Projeto Terapêutico Singular em saúde mental para uma adolescente indígena: um relato de experiência interdisciplinar

Singular Therapeutic Project in mental health for an indigenous adolescent:
a report of an interdisciplinary experience

Yonara Fernanda Bezerra Nunes¹  <https://orcid.org/0009-0008-0198-7106>

Ana Luíza Paula de Aguiar Lélis¹  <https://orcid.org/0000-0002-2484-0624>

Martem Costa De Santana¹  <https://orcid.org/0000-0002-8701-9403>

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense¹  <https://orcid.org/0000-0002-0630-7703>

Ana Carla Silva Alexandre¹  <https://orcid.org/0000-0002-5754-1778>

Relato de experiência

Como citar

Nunes YFB, Lélis ALPA, Santana MC, Interaminense INCS, Alexandre ACS. Projeto Terapêutico Singular em saúde mental para uma adolescente indígena: um relato de experiência interdisciplinar. Revista Científica Integrada. 2025, 8(spe.), e202532. <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2025.3843>

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 19/08/2025

Aceito em: 23/10/2025

¹Instituto Federal de Pernambuco (IFPE). Pernambuco, Brasil.

Autor correspondente

Yonara Fernanda Bezerra Nunes
yonarafernanda@yahoo.com.br

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)

<https://revistas.unaerp.br/rci>

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de elaboração de um projeto terapêutico singular interdisciplinar e intersetorial, com enfoque na saúde mental de uma adolescente indígena. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, que descreve a experiência da implementação de um Projeto Terapêutico Singular, realizado no período de agosto de 2019 a abril de 2020, em uma etnia indígena no interior de Pernambuco. **Resultados:** utilizou-se a ferramenta de Apoio Matricial para construção do Projeto Terapêutico Singular com abordagem interdisciplinar e intersetorial para uma adolescente indígena com história de automutilação e tentativa de suicídio. Após a implantação do PTS em quatro etapas, obteve-se impacto positivo nas recaídas da adolescente diante seus agravos. **Conclusão:** o relato de experiência traz a importância da utilização do Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde da população indígena, com ênfase na interdisciplinaridade e intersetorialidade para a construção deste instrumento.

Descritores: Adolescente. Saúde Indígena. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Prática Interdisciplinar.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing a unique, interdisciplinary, and intersectoral therapeutic project focusing on the mental health of an Indigenous adolescent. **Method:** This is a descriptive, experience-report study with a qualitative approach. It describes the experience of implementing a Unique Therapeutic Project, carried out from August 2019 to April 2020, among an Indigenous ethnic group in the interior of Pernambuco. **Results:** The Matrix Support tool was used to develop the Unique Therapeutic Project with an interdisciplinary and intersectoral approach for an Indigenous adolescent with a history of self-harm and suicide attempts. After implementing the four-stage STP, the adolescent's relapses were positively impacted. **Conclusion:** This experience report highlights the importance of using the Unique Therapeutic Project in Primary Health Care for the Indigenous population, with an emphasis on interdisciplinarity and intersectorality in developing this tool.

Descriptors: Adolescent. Indigenous Health. Mental Health. Primary Health Care. Interdisciplinary Practice.

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento humano caracterizado por transições biopsicossociais. É uma fase de desconstrução da infância, colaborando para maturação, independência, reorganização emocional, pertencimento a grupos sociais e transformações físicas.¹ São comuns alterações nas relações escolares, a experimentação intensa de diversos sentimentos, a busca pela autonomia e independência familiar, bem como a predileção em experimentar novos comportamentos e vivências acompanhadas com frequência de contestação de ideias e conceitos preestabelecidos. No campo biológico, percebem-se, de forma evidente, alterações físicas e hormonais, dentre outras.²⁻³

A adolescência como fase separada não é uma ideia universal. Os povos indígenas têm suas próprias formas de entender o crescimento e a maturidade. Em muitas culturas indígenas, o jovem passa diretamente da infância para a vida adulta por meio de ritos, responsabilidades e participação comunitária.

A atenção à saúde indígena deve priorizar estratégias que fortaleçam o cuidado das mulheres e das crianças, promovendo a nutrição e o desenvolvimento saudáveis e adotando um modelo complementar e diferenciado, que considere os saberes e práticas indígenas de cuidado da gestação, do nascimento e da infância.⁴ A conceituação da infância, adolescência e juventude indígena se faz neste marco de reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas e seus próprios sistemas organizacionais.⁵

A atenção integral à saúde indígena é composta por um conjunto de ações para a implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas. Estas ações visam promover a proteção, a promoção e a recuperação da saúde desses povos de maneira participativa e diferenciada, respeitando-se as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas e articulando saberes no âmbito da atenção.⁶

É importante destacar que todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) têm algo a contribuir no cuidado às pessoas que procuram ajuda para seu sofrimento, sejam elas usuárias prejudiciais de bebidas alcoólicas ou outras drogas, pessoas em situação de violência ou que apresentam ideações suicidas. Porém, deve ser ressaltado que o cuidado a estes e outros agravos deve ser realizado em rede e a responsabilidade pelo cuidado deve ser compartilhada.⁷

Cada profissional de saúde, independente do papel que desempenha na equipe multidisciplinar, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, se torna responsável pelo “projeto terapêutico”.⁸⁻¹¹ Ao promover o cuidado a estas pessoas

e às comunidades, qualquer profissional ou equipe deverá contar com o apoio e a colaboração de outros atores que estejam disponíveis nesta rede de cuidados. Essa concepção parte do pressuposto de que atenção psicossocial é responsabilidade de todos e precisa ser feita de modo intersetorial e interdisciplinar, para se alcançar a integralidade do cuidado.⁷

O apoio matricial e a equipe de referência constituem dois arranjos que auxiliam na mudança nos modos de produzir saúde, na medida em que estabelecem novas formas de relação entre as equipes e os serviços.¹²

No contexto brasileiro, o PTS, muitas vezes, é utilizado no nível primário de atenção à saúde, contando com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - extinto pelo Ministério da Saúde em 2020, e substituído, atualmente, pela eMulti (Equipe Multidisciplinar de Atenção Primária) - ou de outra equipe de matriciamento.¹³⁻¹⁴ O Apoio Matricial é uma ferramenta complementar e muitas vezes essencial no âmbito de Atenção Primária à Saúde (APS) que, frequentemente, necessita de um suporte especializado que possibilite uma discussão interdisciplinar para a elaboração de um PTS, ampliando as possibilidades de ação.¹⁵⁻¹⁶

No contexto do ser adolescente, ser indígena, ter vulnerabilidades psíquicas, sociais e familiares, são importantes ações de interdisciplinaridade e intersetorialidade na construção de instrumentos que direcionam a assistência à saúde integral junto às equipes de saúde do território indígena na constante busca de resolução de problemas que impactam na vida da pessoa, da família e da coletividade. A construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com o envolvimento de profissionais de áreas distintas, para as situações elencadas anteriormente, fortaleceria e direcionaria o cuidado em saúde para as equipes que atuam na saúde indígena.

Diante disso, questiona-se: Quais são os cuidados envolvidos na implementação de um PTS para prestar assistência de qualidade a uma adolescente indígena em situação de vulnerabilidade psicossocial? Por isso, objetiva-se relatar a experiência de elaboração de um projeto terapêutico singular interdisciplinar e intersetorial, com enfoque na saúde mental de uma adolescente indígena, realizado no período de agosto de 2019 a abril de 2020, em uma etnia indígena no interior de Pernambuco.

Método

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, que descreve a experiência da implementação de um PTS, realizado no período de agosto de 2019 a abril de 2020, com uma adolescente indígena, em uma etnia no interior de Pernambuco. Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de

propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário.⁹⁻¹⁰

É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. O PTS pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, buscando a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação.⁹

Houve assistência interdisciplinar à adolescente, com Apoio Matricial da Equipe de Saúde Mental à equipe de saúde indígena, o que motivou a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no Método Clínico Centrado na Pessoa, estendido à família. Utilizaram-se instrumentos de abordagem familiar — ecomapa, genograma — e a escala de estratificação de risco familiar de Coelho-Savassi.

Destarte, ao relato de experiência foi somada a técnica de coleta descritiva, as reuniões semanais em salas de discussão, foram feitos registros no prontuário impresso da unidade de saúde indígena e em livro de registro. As análises das narrativas profissionais das informações sobre a saúde mental na adolescência e as colaborações realizadas foram significativas, pois contribuíram para a construção do PTS indígena.

Resultados

O PTS foi elaborado para uma adolescente indígena de 15 anos, com histórico desde os 12 de violência autoprovocada (automutilação) e tentativas de suicídio. Diagnósticos: TDAH, transtorno de personalidade com instabilidade emocional (borderline), depressão grave, doença celíaca, hipertensão arterial, antecedentes de doenças do aparelho digestivo e alergias não especificadas. Usa carbonato de lítio, clonazepam e sertralina, cujos efeitos colaterais prejudicam sua frequência escolar.

A etapa inicial do PTS foi elaborado o diagnóstico e a análise situacional, identificando fatores de risco-adolescência; tentativas de suicídio/automutilação; baixa adesão ao tratamento; transtornos psiquiátricos graves; doenças crônicas; ausência de rede de apoio; negligência materna; ausência paterna; vulnerabilidades social, econômica, financeira e de lazer — e fatores de proteção — frequência escolar; equipe de saúde de referência; participação de família, escola, rede de saúde, assistência social, controle social indígena e liderança religiosa; além da capacidade de manter vínculos sociais e de expressão verbal.

A dinâmica familiar apresentava múltiplas vulnerabilidades: pai ausente; mãe com depressão e negligência, sobrecarregando a filha com tarefas domésticas, cuidado do irmão e envolvendo-a em casos

de infidelidade conjugal. A avó materna, com hipertensão, diabetes e em tratamento oncológico, mantinha relação conflituosa com a adolescente; o irmão tinha problemas de saúde ainda indefinidos. Somam-se fragilidades socioeconômicas, de lazer, atividade física, alimentação e rede de apoio.

As 2ª e 3ª etapas do PTS envolveram a elaboração do plano de atividades com definição de ações, metas e recursos humanos e a pactuação de prioridades com os envolvidos: adolescente e família; coordenação da escola; CAPS (psicóloga); pajé; AIS; NASF (psicóloga, nutricionista, assistente social); equipe de saúde indígena (médica, enfermeira, farmacêutico, coordenação); CASAI; e a referência de Saúde Mental da Saúde Indígena.

O plano de atividades foi organizado em três momentos para clarear metas: ações preventivas, assistenciais e de gestão, além de medidas pactuadas com a família. As ações ocorreram simultaneamente, conforme responsabilidades e prazos de cada profissional da equipe interdisciplinar e intersetorial.

A ação preventiva buscava inserir a adolescente em atividades que preenchessem o tempo de ociosidade e inatividade, fazendo com que a mesma desenvolvesse o seu potencial e colaborasse com outras pessoas, demonstrando sua capacidade e habilidade em realizar outras tarefas.

Planejou-se que a adolescente fizesse monitoria escolar no contraturno, a escola se adaptaria para ofertá-la — sob responsabilidade da coordenação e com início em quinze dias. Também se propôs sua inserção nos grupos do CAPS, para socialização e desenvolvimento de habilidades, reduzindo a permanência no domicílio adoeceador; responsabilidade da psicóloga do CAPS e início imediato.

A adolescente buscou apoio religioso, participou de grupo de jovens da igreja e procurou o pajé. Ele indicou atividades, mas as equipes do PTS e de saúde indígena não receberam detalhes; soube-se apenas que ela cumpriu parte das orientações. A adesão foi imediata pela adolescente e pela família, com início imediato.

As ações assistenciais foram voltadas à assistência em saúde e assistência social no contexto da adolescência e de seu ciclo familiar, com o objetivo de acompanhar mais de perto, situações vividas no processo de adoecimento psicossocial. No entanto, foram elencadas e definidas ações prioritárias com o envolvimento de diversos profissionais de diferentes setores da rede de atenção.

Intensificaram-se as visitas domiciliares do agente indígena de saúde para monitorar situações no domicílio (relatadas pela família/adolescente ou observadas pelo profissional) com repasse imediato à equipe para intervenção rápida. A ação, sob responsabilidade do AIS e da equipe de saúde indígena,

iniciou-se de imediato, com duas visitas semanais, podendo aumentar conforme a necessidade.

O acompanhamento da equipe de saúde indígena, coordenado pela médica, visava resolver pendências clínicas e avaliar a saúde mental da adolescente. O atendimento começaria em quinze dias, abrangendo investigação de doença celíaca, hipertensão, histórico de doenças do trato digestivo, alergias não especificadas, além de TDAH, transtorno de personalidade com instabilidade emocional (borderline) e depressão grave.

Encaminhamentos para as especialidades médicas de cardiologista, gastroenterologista, alergologista e psiquiatra, de acordo com as patologias da adolescente para reavaliação de diagnósticos e de medicamentos. Esta demanda ficou sob a responsabilidade da médica da equipe em um prazo de trinta dias e, como corresponsabilidade, a família deve levar a adolescente para a equipe de saúde indígena para informar quais as condutas tomadas pelos especialistas.

A nutricionista do NASF ficou responsável por avaliar a adolescente e propor ajustes na dieta, conforme suas condições clínicas e a disponibilidade de alimentos no domicílio, com execução em até trinta dias. A enfermeira da equipe de saúde indígena realizou, em quinze dias, consulta de enfermagem para diagnosticar as condições de saúde da família, conforme demandas e patologias preexistentes.

A mãe foi avaliada para hipertensão, acolhida em saúde mental e orientada sobre exames preventivos, com novo agendamento para citopatológico e avaliação mamária. O pai teve consulta de enfermagem para hipertensão, acolhimento em saúde mental e orientações sobre adesão a consultas, exames e tratamentos.

A avó materna tinha adoecimentos psíquicos, hipertensão e histórico de câncer de pele, apresentando-se poliqueixosa e sem relatar melhora. O irmão caçula tinha picos hipertensivos ainda em investigação, com frequentes idas a emergências, segundo a mãe. Ao farmacêutico da equipe de saúde indígena coube, de imediato, orientar a importância à adesão da adolescente ao tratamento (uso correto, sem interrupções) e a família sobre a obtenção adequada das medicações.

A assistente social do NASF fez avaliação e orientação imediatas para viabilizar benefícios sociais e cesta básica, diante da insegurança alimentar da adolescente. À CASAI coube agendar, em até 30 dias, consultas e exames nas referências secundárias da capital, por meio da assistente social e da psicóloga.

A enfermeira notificou imediatamente os agravos por violência autoprovocada e comunicou as Vigilâncias Epidemiológicas municipal e da Saúde Indígena. A coordenação da equipe também acionou, de imediato, o

Conselho Tutelar sobre o risco e a vulnerabilidade da adolescente, para mobilizar a rede de proteção.

Para fortalecer a assistência em saúde, educação, assistência social e religiosidade, a gestão articulou ações intersetoriais, reconhecendo as limitações da equipe de saúde indígena. O caso passou a ser abordado de forma global, estendendo o cuidado à família e ao contexto, dada a influência direta sobre o adoecimento e os comportamentos da adolescente.

Foi realizada articulação, por meio da coordenadora da equipe de saúde indígena, de forma imediata, com o psicólogo, responsável técnico da Saúde Mental Indígena a nível local, para elaborar estratégias que pudessem diminuir ou sanar os agravos à adolescente. O responsável técnico da Saúde Mental Indígena pactuou, no prazo de quinze dias com o responsável técnico da Saúde Mental Indígena, a nível nacional, para auxiliar e planejar a condução do caso.

Em até sete dias, a coordenadora da EMSI articulou a rede para apoiar e fortalecer as ações da equipe de saúde indígena, envolvendo RAPS estadual, CAPS, NASF, CRAS, coordenação municipal de Saúde Mental, Conselho Tutelar, escola, família e controle social indígena, a fim de buscar soluções e garantir a marcação de exames e encaminhamentos da adolescente.

A família assumiu corresponsabilidade com a equipe interdisciplinar/intersetorial para executar o plano. Pactuou-se: reduzir conflitos; monitorar a medicação para melhorar a adesão; incentivar psicoterapia da adolescente e, quando necessário, dos familiares; diminuir a sobrecarga doméstica; estimular frequência escolar, participação em grupos/monitoria, atividades físicas e lazer; e ampliar a presença do pai na rotina e nas atividades da filha.

Na 4ª etapa (avaliação), a adolescente e os envolvidos revisaram o planejado e redefiniram metas. Houve redução de conflitos familiares, maior presença do pai na rotina, melhor adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, maior participação da adolescente e da família nas tradições/atividades indígenas e atuação destacada do controle social indígena e da liderança religiosa no enfrentamento do adoecimento.

Por outro lado, ainda houve ações pactuadas que ficaram em desenvolvimento e fortalecimento, como a monitoria na escola, a qual teve uma baixa adesão da adolescente, assim como na participação de atividades em grupo psicoterapêuticas e o sigilo das orientações dadas pelo líder religioso indígena-pajé, à adolescente, para que a equipe pudesse fortalecer e incentivar as orientações.

É importante destacar que houve melhora significativa dos sinais e sintomas apresentados pela adolescente ao longo da construção do PTS, houve avanços nas situações familiares, progresso na adesão

aos medicamentos e fortalecimento das questões biopsicossociais da adolescente.

Construir um PTS na Atenção Primária à Saúde faz-se necessário devido ao envolvimento e participação de múltiplos profissionais de diversos setores, o que fortalece e enriquece o cuidado na busca de soluções e direcionamentos para o paciente, família e comunidade, impactando positivamente nas ações de saúde das equipes.

Porém há fragilidades ao longo dessa construção, como alta demanda das equipes, uma busca rigorosa por alcance de indicadores, engessamentos por parte de alguns profissionais da Atenção Básica em demandar tempo nessa elaboração e na corriqueira avaliação do PTS. Contudo, é gratificante quando há a conquista de resultados e melhoria na qualidade da assistência proporcionado pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, como ocorrido com a adolescente deste PTS.

Discussão

As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta.¹⁷

O PTS contém quatro momentos básicos: 1) O diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social; 2) Definição de metas: propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; 3) Divisão de responsabilidades; 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.⁸⁻¹¹

As reações juvenis à obstrução do direito à não discriminação, pautadas em diferentes estratégias de sobrevivência via negação identitária, podem resultar em danos físicos, psicológicos e socioculturais, proporcionalmente maiores de ocorrer quanto menor a idade dos sujeitos.⁵

A fim de potencializar os resultados dessas terapêuticas, orientou-se que familiares e pessoas próximas também podem fazer parte dos grupos de ajuda e das técnicas de meditação e relaxamento, buscando se comunicar de forma assertiva com o paciente e demonstrando empatia.¹⁷

Conclusão

A abordagem interdisciplinar e intersetorial, por meio do PTS, permite elencar, aprimorar, aprofundar e resolver diferentes aspectos do contexto trazido. Realça-se que o apoio familiar, o acompanhamento medicamentoso e psicoterapêutico, além da rede de assistência, da saúde, educação, assistência social e

espiritualidade, foi essencial para fortalecer a adolescente e evitar recaídas.

Constatou-se a importância da construção coletiva, dos diversos saberes na interdisciplinaridade e intersetorialidade, trazendo a temática de que as equipes da Atenção Básica necessitam de rede de apoio para fortalecimento das ações e resolução das situações de saúde dentro dos territórios, para uma melhor qualidade na assistência à pessoa, à família e à coletividade.

Referências

1. As Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
2. Costa CC, Franco ECD, Santos TM, Silveira EAA, Carvalho MS, Resende MAA. Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;11(17):e1671. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1671.2019>.
3. Malta DC, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M, Andrade SSSA, Sá NNB, Moura L, Dias AJR, Crespo CD, Silva Júnior JB. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl 1):77-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050007>.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
5. Oliveira AC. Contribuições juvenis para os direitos indígenas. *Rev Direito e Práxis*. 2019;10(2):1261-90. doi: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40471>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. Atenção Primária à Saúde Indígena [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [cited 2025 Nov 8]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p.108-37.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, 27).
11. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção domiciliar. Vol. 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 13]. (Caderno de Atenção Básica, nº 34). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 /de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [cited 2018 Aug 13]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
14. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Colet. 1999;4(2):393–403. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.
15. Bonfim IG, Bastos ENE, Gois CWL, Tofoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu). 2013;17(45):287–300. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>.
16. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Jul 16.
17. Freitas CD, Januario FEP, Rodrigues LS, Ferreira BM, Santos GI, Soares VRB, Perseguino MG, Lemos BF, Lira Neto JCG. Utilização do projeto terapêutico singular com pessoas em uso e abuso de substâncias: um relato de experiência. Rev Cient Integrada. 2024;7(1):e202402. doi: <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2024.3259>.

Contribuições do autor

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Editor chefe

José Cláudio Garcia Lira Neto

Copyright © 2025 Revista Científica Integrada.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.