

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS – CREPOP

REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- RAPS

**VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS A
CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ PUBLICADA.**

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheiro Responsável – XX Plenário:

Rafael Wolski de Oliveira

Consultora:

Analice de Lima Palombini

Comissão Consultiva:

Ana Carolina Rios Simoni

Júlia Schenkel

Karol Veiga Cabral

Rogério Ferreira

Sandra Maria Sales Fagundes

Brasília, 2026

**VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS A
CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ PUBLICADA.**

© 2026 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.cfp.org.br

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: | MC&G Design Editorial

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

Informações da Edição

Coordenação Geral/ CFP

Emanuelle Santos Silva – Coordenadora-Geral Estratégica

Gerência de Comunicação

Tomas Edson Silveira Rodrigues

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Míriam Cristiane Alves – Conselheira CFP

Leandro Amorim Rosa- Conselheiro CFP

Bruno Correia da Mota – Supervisor

Queli Cristina do Couto Araújo – Analista Técnica – Psicóloga

Danilo Feitosa de Resende – Estagiário

Ives Daniel da Silva Ferreira – Estagiário

Integrantes das Unidades Locais do CREPOP nos CRPs

Conselheiras(os): Aline Picoli, Ingrid Aparecida Pereira da Cruz e Patrícia Iêda Torres Sampaio (CRP01); Lucimary Bezerra Florentino Alves Serapião e Evelline Ferreira de Brito (CRP02); Ailena Júlie Silva Conceição, Ana Paula Matos Carregosa, Elias Fernandes Mascarenhas Pereira, Larissa Fonseca de Souza, Marcelo Tourinho de Garcia Soares, Romário Oliveira Lopes, Steleyjanes Galdino Rodrigues e Thaissa Gomes Costa (CRP03); José Alberto dos Santos e Patrícia de Fátima Pantaleão (CRP04); Aline Aparecida Pereira e Lucas Gabriel de Matos Santos (CRP05); Rita Isabel Pereira Alves, Lucas Petronilho Negrão da Silva, Fausto Martins Geantomasse e Hélio Roberto Braunstein (CRP06); Gabriela Zanella (CRP07); Semiramis Maria Amorim Vedovatto e Josiane de Fatima Farias Knaut (CRP08); Anairam Gamper de Oliveira Silva e Simone Minasi (CRP09); Thiago Pamplona, Thamiris Dias Arraes, Jackelliny Lorena Almeida Cruz, Bianca Mycaella dos Santos Tsubaki, Ayrk Zamyske Alves Lira, Valber Luiz Farias Sampaio, Adriana Barbosa Ribeiro e Ana Tereza Frade de Araujo (CRP10); Francisco Theofilo de Oliveira Gravinis e Adriana de Alencar Gomes Pinheiro (CRP11); Sandra Regina da Silva Coimbra (CRP12); Geyviane Kelly de Figueiredo Peres (CRP13); Vanilce Farias Gomes e Pablo Cardoso de Souza (CRP14); João Vitor Lourenço Batista do Nascimento (CRP15); Victor Hugo da Silva (CRP16); Marina Angélica Silva Queiroz, Maria Aparecida de França Gomes, Bianca Cavalcanti de Lira e Luiz Antônio Gomes Lopes (CRP17); Vanessa Rosa Nogueira da Silva (CRP18); Reginaldo Vieira Santos Júnior (CRP19); Ester Naiá Ferreira Melo (CRP20); Cecilya Vanessa da Cunha Santos e Mirlena Amorim Belchior (CRP21); Jordôa Moreira Leite e Vilciele Silva Damasceno (CRP22); Fernanda Barreira Brito, Fernando Khlyfton Negreiros Batista, Haréli Fernanda Garcia Cecchin, Ivanize Fátima Giongo, Izabella Ferreira dos Santos, Maria de Fátima Pereira de Carvalho e Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23); Daniel Antônio de Toledo Gomes, Deandrisson de Oliveira

Amaral Siqueira, Raul Camilo Garcia e Alessandra Guimarães Gomes Picanço (CRP24).

Técnicas(os) e Colaboradoras(es): Sara da Silva Meneses (CRP01); Gioconda de Sousa Silva Lima (CRP02); Natani Evlin Lima Dias (CRP03); Liziane Karla de Paula e Luciana M. S. Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Caio Vinicius Infante de Melo (CRP06); Altieres Edemar Frei (CRP08); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11); Pâmela Lunardelli Trindade (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Josué de Marco Neto e Maria Silvia Bezerra da Silva (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Fabrícia da Silva Lima Trazzi (CRP16); Bianca Cavalcanti de Lira [Colaboradora], Luiz Antônio Gomes Lopes, Maria Aparecida de França Gomes e Zilanda Pereira Lima (CRP17); Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Caroline Cavalcante Cunha (CRP20); Ana Noabe Viana Lima (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Rhanielle Rodrigues Silva (CRP23), Ana Clara Costa Martins e Socorro de Souza Oliveira (CRP24).

Estagiárias(os): Agatha Lopes (CRP01); Bruna Roberta Ferraz Moreira Cavalcante (CRP02); Gisele Yumi Hashiyama e Laura da Glória Glueck (CRP04); Ester da Silva Terra (CRP05); Julia Santos Rocha (CRP06); Thiago Maia Almeida Jorge (CRP08); Pedro Yuri da Paz Barbosa (CRP11); João Henrique Duarte Balbuena e Anna Clara Santos Lucati (CRP14); Brenda Laíse Silva de Abreu (CRP15); Andreza Ribeiro de Sousa (CRP17); Muriel Ojeda da Costa (CRP18); Maria de Jesus Ferreira da Costa (CRP22); João Vitor de Araújo Lebre (CRP24).

**XX PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA –
2025/2028**

Conselheiras Efetivas

Ivani Francisco de Oliveira – Presidenta

Thessa Guimarães – Vice-presidenta

Ana Carolina Freire Lopes – Secretária

Claudia Simões Carvalho – Tesoureira

Marcela Acioli de Nazaré – Conselheira Secretária Região Norte

Natália Campos da Silva – Conselheira Secretária Região Nordeste

Vanessa Terena (Vanessa Silva de Souza) – Conselheira Secretária Região
Centro-Oeste

Liliane Cristina Martins – Conselheira Secretária Região Sudeste

Miriam Cristiane Alves – Conselheira Secretária Região Sul

Jaqueline Gomes de Jesus – Conselheira 1

Maria do Socorro Pimentel da Silva – Conselheira 2

Conselheiras Suplentes

Leandro Amorim Rosa – Conselheiro Suplente Região Norte

Rômulo Mafra Cruz – Conselheiro Suplente Região Nordeste

Thaynara Sipredi Souza Silva Xerente – Conselheira Suplente Região Centro-
Oeste

Annie Louise Saboya Prado – Conselheira Suplente Região Sudeste

Rafael Wolski de Oliveira – Conselheiro Suplente Região Sul

Ana Flávia Vieira de Mattos – Conselheira Suplente

Andréa Regina Marques Chamon – Conselheira Suplente

Daniel Caldeira de Melo – Conselheiro Suplente

Zeca Carú de Paula Seabra Moreira Ribeiro – Conselheiro Suplente

Cristiano de Jesus Andrade – Conselheiro Suplente 1

Deivison Warlla Miranda Sales – Conselheiro Suplente 2

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitária/o de Saúde

AD – Álcool e outras Drogas

APS – Atenção Primária à Saúde

AT – Acompanhamento Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas

CAPS AD IV – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Caráter Hospitalar

CAPS I / II / III – Centro de Atenção Psicossocial Modalidades I, II e III

CAPS i / CAPS IJ – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNP – Congresso Nacional da Psicologia

COREPSI – Congresso Regional de Psicologia

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CT – Comunidade Terapêutica

DH – Direitos Humanos

eMulti – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LB – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PVC – Programa de Volta para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RD – Redução de Danos

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

SUMÁRIO

SOBRE O CREPOP

Percurso Metodológico e a Investigação da Prática

O Compromisso Político-Institucional e o Paradigma Psicossocial

Síntese e Escopo dos Eixos Temáticos

Composição da Comissão de Elaboração do Documento

INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

a) Caminho metodológico

b) Apresentação da pesquisa do Sistema Conselhos de Psicologia (2018-2019) e o papel do CREPOP

c) Trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consolidação do paradigma psicossocial: impasses e desafios

EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO NA RAPS

1.1. O Compromisso Ético-Político da Psicologia na RAPS

1.1.1. A Luta Antimanicomial como baliza ética do fazer profissional

1.1.2. Direitos Humanos como lente cotidiana: enfrentamento a violações e práticas coercitivas

1.1.3. Limites éticos e salvaguardas: O Código de Ética Profissional do Psicólogo no contexto da rede

1.2. Marcos Lógicos e Legais da Política de Saúde Mental

1.2.1. A Lei nº 10.216/2001 e o redirecionamento do modelo assistencial

1.2.2. A Portaria nº 3.088/2011 e a instituição da RAPS

1.2.3. A atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

1.2.4. Tensões normativas: hospitalocentrismo, comunidades terapêuticas e as disputas na RAPS

1.2.5. A RAPS no âmbito do SUS e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica

1.2.6. Considerações para a atuação profissional

EIXO 2: A PSICOLOGIA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

2.1. Inserção Histórica e Transformação da Profissão

2.2. A Psicologia na Articulação da Rede

2.3. Interprofissionalidade e Intersetorialidade: diálogo interdisciplinar e confluências epistêmicas

EIXO 3: ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NOS COMPONENTES DA RAPS

3.1. A Clínica no Território

3.2. Práticas Psicológicas nos Componentes da RAPS

3.2.1. Práticas transversais

3.2.2. Atenção Básica (UBS, eMulti e Consultório na Rua, CECCO)

3.2.3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

3.2.4. Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Portas)

3.2.5. Atenção Hospitalar

3.2.6. Reabilitação Psicossocial: Cultura, Geração de Renda e Economia Solidária

3.2.7. Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de volta para casa

3.2.8. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil

3.2.9. O fio comum da atuação psicológica na RAPS

3.3. Desafios e Diretrizes para a Prática

3.3.1. O protagonismo e a autonomia do(a) usuário(a) como sujeito de direitos e produtor(a) de cuidado

3.3.2. O dilema do prontuário único e o sigilo profissional em equipe

3.3.3. Processos de vulnerabilização, marcadores sociais e cuidado territorialmente situado

3.3.3.1. População negra, racismo e saúde mental

3.3.3.2. Povos indígenas, território e cuidado culturalmente orientado

3.3.3.3. Mulheres, sofrimento e cuidado

3.3.3.4. Sexualidade, identidade de gênero e cuidado não patologizante

3.3.3.5. Deficiência, capacitismo e acessibilidade na RAPS

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE DA(O) TRABALHADORA(O)

4.1. Condições e Relações de Trabalho na RAPS

4.2. Saúde do/a trabalhador/a: Micropolítica dos encontros e cuidado das equipes

4.3. Educação Permanente, Formação e Production de Conhecimento

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

Sobre o CREPOP

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), atualmente regulamentado pela Resolução CFP Nº 14/2022, consolida-se historicamente como um dispositivo metodológico e político fundamental para o Sistema Conselhos de Psicologia. Sua atuação direciona-se à investigação, orientação e qualificação da práxis profissional junto às diferentes esferas do Estado.

Resultado das diretrizes pactuadas no V Congresso Nacional da Psicologia (CNP), ocorrido em Brasília em junho de 2004 com delegadas(os) eleitas(os) em 15 Congressos Regionais de Psicologia (COREPSIs), o CREPOP iniciou suas atividades operacionais em janeiro de 2006. Amparado legalmente pelas atribuições de orientação do exercício profissional dispostas na Lei nº 5.766/71, o CREPOP funciona como uma rede nacional integrada por núcleos em cada um dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), sob a coordenação técnica e o suporte do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Essa estrutura descentralizada responde à crescente inserção de psicólogas(os)¹² na esfera pública e acompanha a própria transição histórica da categoria, que expandiu suas práticas majoritariamente clínicas para abranger uma ampla gama de saberes nas áreas da Psicologia Social, Institucional, Jurídica e Hospitalar, exigindo balizadores com nítida responsabilidade social.

Percurso Metodológico e a Investigação da Prática

A metodologia de trabalho desenvolvida pela rede baseia-se na compreensão de que o conhecimento técnico é gerado em íntima relação com a prática profissional cotidiana, estruturando-se a partir de demandas indicadas pela própria categoria nos Congressos de Psicologia. É fundamental demarcar que o CREPOP não tem como escopo a criação de manuais prescritivos ou cartilhas rígidas de conduta; o propósito de suas publicações é fornecer

¹ A psicologia é uma profissão composta por 79,2% de mulheres (CFP, 2022). Para garantir a visibilidade das mulheres não utilizamos como regra gramatical o “masculino universal”, além de toda vez que o texto referir à categoria, às psicólogas apareçam em primeiro plano. Ainda, em conformidade com as demandas do movimento social e em consonância com os debates suscitados pela adequação de uma linguagem inclusiva, evocando a vivacidade da Língua Portuguesa, adotamos a forma “psicólogoue”, com o sufixo “e”, para contemplar pessoas não-binárias.

² Em casos de citação de textos e documentos que não utilizem a regra apresentada na Nota 1, optou-se pela manutenção do texto original.

documentos orientadores e de profunda reflexão ética, técnica e política para a categoria. Por essa razão, os textos deliberadamente não se detêm em detalhamentos regionais ou especificidades geográficas locais; dada a imensa pluralidade cultural, social e territorial do país, qualquer tentativa de engessar a atuação em normas locais correria o risco de produzir exclusões e falhar em abarcar a totalidade das realidades brasileiras. As Referências Técnicas operam, portanto, como balizas gerais que devem ser lidas, interpretadas e adaptadas criticamente por profissionais a partir das demandas de seus próprios territórios de atuação. O processo de elaboração das Referências Técnicas pode ocorrer por meio de dois caminhos metodológicos distintos:

- Ciclo de investigação completo: Envolve o levantamento de marcos normativos, a coleta de dados quantitativos e qualitativos na ponta dos serviços por meio de questionários e entrevistas, e a análise dos resultados. Subsequentemente, ocorre a criação de comissões especializadas e/ou a contratação de consultorias com especialistas de renome na área, assegurando que o acúmulo empírico seja articulado a um qualificado arcabouço teórico durante a redação da minuta preliminar.
- Abordagem por mapeamento territorial e atualização normativa: Adotada em campos com baixo quantitativo ou incidência recente da Psicologia. Nesses casos, a comissão apoia-se em dados de mapeamento territorial fornecidos pela Rede CREPOP e nas normativas vigentes das políticas públicas para construir o documento orientador. Esse mesmo caminho é acionado para os processos de revisão de Referências Técnicas construídas anteriormente pelo CREPOP, cuja atualização se faz urgente diante das transformações conjunturais e legislativas que reconfiguram as políticas públicas ao longo do tempo. A revisão de um documento pré-existente mobiliza a rede para confrontar o acúmulo histórico da categoria com os novos desafios normativos, institucionais e sociais da prática, garantindo balizadores sempre contemporâneos e socialmente implicados.

Em ambas as modalidades, o texto é obrigatoriamente submetido à consulta pública nacional no site do CFP, permitindo que profissionais, movimentos sociais e instituições enviem contribuições antes da revisão final.

Esse esforço coletivo contínuo permitiu expandir o repositório técnico do Sistema Conselhos, que conta com um histórico robusto de publicações gratuitas voltadas a qualificar a atuação da categoria em diferentes políticas públicas.

O Compromisso Político-Institucional e o Paradigma Psicossocial

Diante do compromisso inegociável da Psicologia com os Direitos Humanos e o Código de Ética Profissional, esse ciclo metodológico torna-se estratégico para democratizar o conhecimento técnico e qualificar a atenção à população. Nesse cenário, as Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja minuta é destinada à consulta pública neste ano de 2026, representam um marco fundamental para o fortalecimento de uma prática profissional assumidamente antimanicomial, antirracista e sintonizada com as realidades territoriais.

A relevância deste documento reside em sua capacidade de operar como um vetor de consolidação do paradigma psicossocial, deslocando definitivamente o fazer psicológico de modelos isolados e privatistas para uma atuação integrada em rede, que responde às complexas demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao recolher as experiências da ponta por meio de questionários e entrevistas com profissionais de diversas regiões do país, esta Referência Técnica assume o desafio de debater temas contemporâneos urgentes, tais como marcadores sociais, racismo, capacitismo, precarização de vínculos trabalhistas e questões políticas dentro do tema.

Dessa forma, reitera-se o princípio ético-político de que o cuidado em saúde mental deve ser edificado em liberdade, com respeito aos Direitos Humanos e com o protagonismo ativo das(os) usuárias(os).

Síntese e Escopo dos Eixos Temáticos

A estrutura interna desta Referência Técnica organiza-se de maneira progressiva para oferecer à categoria um mapa conceitual e prático robusto para o exercício profissional:

No eixo 01 é apresentada a Dimensão Ético-Política da atuação na RAPS. Este eixo estabelece as bases conceituais e normativas que sustentam a prática psicológica na saúde mental pública. Ele resgata a Luta Antimanicomial como a

principal baliza ética da profissão, expandindo-a hoje para uma perspectiva antimanicolonial e interseccional (articulada às lutas antirracista, anticapacitista e feminista). Além disso, analisa minuciosamente os marcos lógicos e legais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, detalhando as disputas atuais em torno do financiamento público, da expansão de comunidades terapêuticas de viés punitivo/moralista e dos riscos de retrocesso hospitalocêntrico na rede.

No eixo 02, a Psicologia e a Rede de Atenção Psicossocial aborda a transição histórica da Psicologia no Brasil, demonstrando como a profissão se deslocou do modelo predominantemente clínico-privado e liberal para se engajar de forma ampla na esfera pública e territorial. O eixo discute a reinvenção da clínica através do conceito de clínica ampliada e do trabalho vivo em ato, demonstrando como o sofrimento deve ser lido em conjunto com o território. Também desenvolve os conceitos de interprofissionalidade e intersetorialidade, pautando o diálogo com a assistência social (SUAS), educação, justiça e a necessidade de confluências epistêmicas com saberes tradicionais, ecológicos e comunitários.

Já no eixo 03, atuação da(o) psicóloga(o) nos componentes da RAPS, é o núcleo prático-operacional do documento, delineando o fazer da(o) psicóloga(o) em cada ponto de atenção da rede: Atenção Básica (UBS, eMulti, Consultório na Rua e Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, em suas diferentes modalidades, incluindo o Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) e o centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)), Urgência/Emergência, Atenção Hospitalar, estratégias de desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Programa de Volta para Casa) e reabilitação psicossocial (economia solidária e cultura). Ele oferece diretrizes para o manejo de impasses cotidianos como o dilema ético do prontuário único frente ao sigilo profissional e propõe um cuidado territorializado sensível aos processos de vulnerabilização enfrentados por mulheres, população negra, povos indígenas, pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo,

Assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais (LGBTQIA+³) e pessoas com deficiência.

E por fim, no eixo 04, Gestão do Trabalho e Saúde do Trabalhador, este bloco analisa as condições estruturais que impactam diretamente a qualidade do cuidado oferecido na ponta. Denuncia os efeitos do empresariamento da saúde, a precarização dos vínculos empregatícios, a lógica produtivista/quantitativa de procedimentos e a divisão sexual e racial do trabalho de cuidado. Em contrapartida, propõe ferramentas voltadas à saúde das próprias equipes através da micropolítica dos encontros (produção de "bons encontros" e pausas analíticas), da implantação da Educação Permanente em Saúde baseada no "quadrilátero da formação" (ensino, gestão, atenção e controle social) e do fomento à produção compartilhada de conhecimento nos serviços.

Composição da Comissão de Elaboração do Documento

A Referência Técnica contou com a participação de especialistas no tema, Conselheiro do XX plenário do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e de uma consultora responsável pela escrita do documento. Segue abaixo um resumo das (os) participantes:

Rafael Wolski de Oliveira: Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional. Conselheiro Suplente do XX Plenário do CFP (Região Sul). Atua diretamente na articulação de políticas públicas de saúde mental e na defesa dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Analice de Lima Palombini: Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Professora associada e pesquisadora com extensa produção bibliográfica no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Especialista em processos de desinstitucionalização, Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e

³ A grafia utilizada aqui, representa: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais. Em uma atualização produzida pelos movimentos sociais, é possível identificar também pansexuais, não binários, sendo escrita então a sigla LGBTQIAPN+. O Conselho Federal de Psicologia, através da Portaria nº 74, de 28 de junho de 2023, estabelece o uso da sigla LGBTQIA+ no âmbito no Conselho Federal de Psicologia; neste documento, utilizaremos, portanto, a sigla de acordo com a Portaria mencionada.

acompanhamento terapêutico no território. Consultora contratada para a elaboração do documento.

Comissão Consultiva de Apoio:

Ana Carolina Rios Simoni: Psicóloga, pesquisadora e organizadora de obras voltadas aos cuidados culturais e atenção psicossocial. Atua na interface entre Psicologia, direitos humanos e diversidade cultural no SUS.

Júlia Schenkel: Psicóloga clínica e social, especialista em saúde mental pública. Atua na organização de redes vivas de cuidado e suporte institucional a equipes multiprofissionais da RAPS.

Karol Veiga Cabral: Psicóloga e pesquisadora na área de saúde coletiva, com foco em práticas itinerantes de cuidado e saúde mental de populações vulnerabilizadas (ribeirinhas, quilombolas e periféricas).

Rogério Ferreira: Psicólogo e militante da Luta Antimanicomial. Especialista em gestão do trabalho no SUS, com inserção em discussões sobre a precarização laboral e saúde da(o) trabalhadora(o) de saúde mental.

Sandra Maria Sales Fagundes: Psicóloga, psicanalista e especialista em Saúde Pública. Possui histórico marcante na formulação de políticas públicas de saúde mental, gestão de serviços substitutivos e assessoria técnico-política aos Conselhos de Psicologia.

INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

a) Caminho metodológico

A presente Referência Técnica foi elaborada com base em uma série sucessiva de procedimentos:

- Realização de pesquisa do Sistema Conselhos de Psicologia: questionário online nacional; levantamento de dados e entrevista com psicólogas em cada Conselho Regional
- Pesquisa bibliográfica
- Sistematização e análise dos dados da pesquisa
- Apresentação e discussão dos dados da pesquisa e proposta de súmula da Referência Técnica com comissão consultiva
- Elaboração do texto da Referência Técnica
- Consulta pública sobre o texto
- Elaboração da versão final

Nesta introdução, apresentamos os principais dados da pesquisa que embasou a construção da Referência Técnica, seguida de um breve histórico da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, seus impasses e desafios. Na sequência, tem início o texto da Referência Técnica propriamente dita, organizado em torno dos quatro eixos informados anteriormente.

A possibilidade de discutir a súmula da Referência Técnica com a comissão consultiva constituída para tal fim foi fundamental para incorporar ao texto temas relevantes, relacionados à atuação de psicólogas(os) na RAPS, os quais não chegaram a ganhar visibilidade nos relatórios da pesquisa. Finalmente, na elaboração do texto da Referência Técnica, utilizou-se a ferramenta de IA Julius para auxílio à pesquisa bibliográfica e para revisão textual e ajustes de conteúdo.

b) Apresentação da pesquisa do Sistema Conselhos de Psicologia (2018-2019) e o papel do CREPOP

A política é linda. Tu vais ler tu fica encantado. Às vezes me causa uma estranheza como a gente está tanto tempo com uma política dessas ... e ainda se perde, como a gente ainda vê atuações tão catastróficas, tão longe da política da RAPS.

Para construção desta Referência Técnica, o CREPOP coordenou a realização do ciclo de investigação sobre a prática profissional de psicólogas(os) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o qual abrangeu três âmbitos de investigação: questionário online de abrangência nacional; levantamento sobre marcos legais da RAPS, equipamentos disponíveis e quantitativo de psicólogas(os), entrevistas em grupo ou individuais com profissionais da Psicologia atuantes na rede. Tanto o levantamento quanto às entrevistas concentraram-se nos estados e municípios com mais de 100 mil habitantes adstritos aos Conselhos Regionais participantes. Os relatos, além de embasarem o teor deste documento, aparecem ao longo do texto na forma de epígrafes.

Esta pesquisa foi realizada em um contexto de intensas disputas na política nacional de saúde mental, marcado por inflexões hospitalocêntricas, fortalecimento das comunidades terapêuticas e fragilização da RAPS. Esse cenário — agravado pela pandemia de Covid-19 e tensionado por iniciativas recentes de retomada da Reforma Psiquiátrica — será contextualizado historicamente adiante.

Questionário *online*

De abrangência nacional, o questionário *online*, com perguntas fechadas e abertas, ficou disponível entre 28 de novembro de 2018 a 29 de março de 2019, podendo ser acessado pelos sites do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia e respondido voluntariamente pelas(os) profissionais da área nesse período, mediante consentimento livre e informado. Conforme os dados do relatório apresentado (CREPOP, 2025), 1639 profissionais da Psicologia responderam ao questionário, sendo que a maior parte das respostas (27,8%) vieram de Minas Gerais (456 respondentes), seguido por São Paulo, com 337 respondentes (20,6%).

Os dados da pesquisa apontam uma forte presença de profissionais da Psicologia na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), distribuídas(os) em diferentes pontos da rede, com destaque para os serviços especializados, especialmente os CAPS, e para a atenção básica, como UBS e equipes de apoio, mostrando que a Psicologia é parte estruturante do cuidado em saúde

mental no SUS. Contudo, embora uma parte significativa tenha vínculo estatutário de trabalho, há muitos vínculos temporários e formas de contratação mais instáveis, e os salários estão concentrados em faixas relativamente baixas, o que afeta a continuidade do cuidado, a permanência das equipes e as condições de planejamento das ações.

As(os) psicólogas(os), em sua maioria, têm especialização na área e estão inseridas(os) em equipes multiprofissionais. Nessas equipes, o prontuário físico único é a principal forma de registro. A comunicação em rede ocorre principalmente por meio de reuniões e matriciamento, embora tecnologias de comunicação também sejam utilizadas. Os serviços mais presentes nas redes locais são: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A relação cotidiana é mais intensiva com a UBS, o que aponta para a centralidade da Atenção Básica na coordenação do cuidado, o que traz desafios importantes para o campo da atenção psicossocial.

Percebe-se que a Psicologia ocupa um lugar relevante na rede, o que mostra a influência da política pública, do Sistema Único de Saúde (SUS), no processo de transformação histórica da profissão, deixando de estar restrita ao consultório tradicional e passando a compor, de forma ampla, o campo das políticas públicas, inserida em práticas coletivas, territoriais e intersetoriais — conforme já apontado por Ferreira Neto (2011), constando também das Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS (Conselho Federal de Psicologia, 2022)⁵. Há uma expansão da qualificação formal das(os) psicólogas(os), com títulos de pós-graduação que, em grande parte, dialogam com a saúde mental e as políticas públicas, porém a formação recebida é considerada insuficiente para a realidade do trabalho. A graduação parece ainda formar de modo parcialmente distante das exigências concretas da RAPS, relacionadas a trabalho em equipe, construção de projeto terapêutico, atenção territorial com articulação intersetorial, manejo de crise, redução de danos e

⁴ Em 2023, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), frequentemente citado pelas/os entrevistadas/os, foi substituído pela Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), conforme a Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023.

⁵ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf

leitura social do sofrimento psíquico. São achados que confirmam o que a literatura das duas últimas décadas vem apontando (Rodrigues, Arpini & Kostulski, 2021; Dimenstein & Macedo, 2012; Guareschi *et al.*, 2009).

Ainda que o trabalho se dê em equipes multiprofissionais e envolva matriciamento e reuniões em diferentes instâncias e fóruns, isso não resulta em uma rede viva e articulada. Falta coordenação efetiva do cuidado, e a comunicação entre serviços se apresenta como um dos problemas centrais. Transformar dispositivos e serviços em rede de fato, e não apenas em uma soma de pontos de atenção, segue sendo um desafio para a RAPS. O artigo de Carlos e Gallassi (2024) confirma esse quadro e sugere estratégias para o seu enfrentamento, que tem, como um dos seus componentes, a precariedade material, organizacional e política da rede. Não apenas os vínculos trabalhistas são muitas vezes frágeis e mal remunerados; também as condições concretas de trabalho se mostram insuficientes; há uma sobrecarga assistencial e financiamento inadequado. Se a consolidação da política requer concurso público, ela também carece de investimento, gestão, estrutura física, comunicação entre serviços e setores e suporte institucional, como mostram os estudos de Pessoa *et al.* (2020) e Dimenstein *et al.* (2018).

Finalmente, os resultados da pesquisa reiteram a inseparabilidade entre saúde mental e questão social: as(os) respondentes indicam forte articulação com a assistência social, com a própria política de saúde e com o Ministério Público, mostrando que o sofrimento psíquico, no cotidiano da RAPS, aparece profundamente associado à pobreza, violências, violações de direitos e vulnerabilidade territorial. Ou seja, a atuação psicológica na RAPS requer leitura ampliada do território, capacidade de articulação intersetorial e compreensão de que a saúde mental é atravessada por condições sociais, culturais, econômicas e institucionais, conforme já demonstrado por Costa-Rosa (2013).

Em suma, a pesquisa evidencia uma realidade de trabalho atravessada por desafios como infraestrutura precária; alta demanda; subfinanciamento da política; dificuldades de comunicação entre equipes e serviços e a vulnerabilidade social da população atendida. Tal realidade coloca entraves à articulação em rede, embora a lógica territorial e intersetorial do cuidado apareça como eixo importante da atuação. O conjunto desses elementos mostra que os

problemas da prática não são apenas técnicos ou individuais; eles são estruturais e ligados ao modo como a política pública é financiada, organizada e sustentada no território.

Sobre acesso, direitos humanos, práticas inovadoras e saúde mental de povos indígenas e população negra

Um conjunto de 5 perguntas abertas e de resposta opcional do questionário online do CFP se detém nesses temas, tendo sido recebidas 961 respostas do total de 1639 respondentes ao questionário, o que, embora com diferentes níveis de adesão às perguntas, conforma um corpus relevante para a análise qualitativa. Apresenta-se a seguir uma breve síntese dos seus achados.

Em linhas gerais, a dificuldade de acesso aos serviços da RAPS se apresenta, nas respostas formuladas, menos como um problema de porta de entrada e mais como um conjunto de gargalos na continuidade do cuidado em rede — especialmente nas situações de crise envolvendo urgência, acolhimento e leitos de saúde mental — e na sustentação psicossocial ampliada (trabalho, renda, convivência, moradia). Os dados não divergem daqueles que a literatura vem apontando nas duas últimas décadas, como mostra o estudo de Dimenstein *et al.* (2012), a respeito do atendimento à crise nos diversos componentes da RAPS em Natal, e o de Martins, Ricci, Emerich e Campos (2018), sobre o trabalho como estratégia de reabilitação social com base em uma experiência de oficina em Campinas. Nesse contexto, a menção a práticas inovadoras se revela menos como tecnologia “nova” e mais como reinvenção ou reapropriação territorial e coletiva da clínica, com forte componente intersetorial e comunitário.

Quanto à violação de direitos humanos, é referida como um fenômeno que tem origem em fatores diversos, de ordem institucional, clínico-política e estrutural, apresentando-se como desafio que perpassa, de forma interseccional, o cotidiano do trabalho na RAPS, o que converge com o estudo de Passos *et al.* (2024). Para as(os) profissionais da RAPS, o seu enfrentamento é diário, mas frequentemente sustentado por esforços individuais e/ou de equipe, com baixa retaguarda institucional e, portanto, pouca estabilidade.

Ao serem questionadas(os) sobre experiências em saúde mental na RAPS voltadas a povos indígenas e à população negra, de modo geral, pode-se afirmar o reconhecimento, por parte da maioria das(os) respondentes, de que é preciso mais do que oferecer acesso aos serviços para esses segmentos da população. É necessário cuidado antirracista, territorial e culturalmente orientado, com enfrentamento do racismo institucional como eixo estruturante da atuação na RAPS. Contudo, chama atenção as respostas em que a(o) psicóloga(o) afirma “não trabalhar” com povos indígenas ou — o que é mais surpreendente — com as questões étnico-raciais da população negra, quando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do IBGE (2024) e do Censo 2022 mostram que a população negra (pretos e pardos), além de representar a maioria dos brasileiros (56,7% no segundo trimestre de 2024), é o grupo com maior dependência do SUS (quase 80% de quem depende exclusivamente do SUS se autodeclara negro(a)) e, devido ao racismo estrutural, com os piores indicadores de saúde. Tais respostas deixam manifesta a falta de letramento para as questões étnico-raciais de uma parte das(os) profissionais, requerendo educação permanente em saúde da população negra e dos povos indígenas.

No seu conjunto, as respostas a essas perguntas apontam para três grandes dimensões estruturantes da atuação de psicólogas(os) na RAPS:

Uma primeira dimensão indica que há serviços estabelecidos, mas o funcionamento em rede é seu gargalo. O acesso ao serviço não é assegurado apenas com a existência do equipamento. Acesso requer fluxo, regulação, corresponsabilização e continuidade. Se Urgência e Hospital Geral são o ponto de maior fricção, ao lado de Geração de Renda e Centro de Convivência, isso denota a coexistência e a tensão entre lógicas desiguais — hospitalocêntrica e médico-centrada, de um lado; antimanicomial, territorializada e intersetorial, por outro — afetando diretamente o funcionamento em rede.

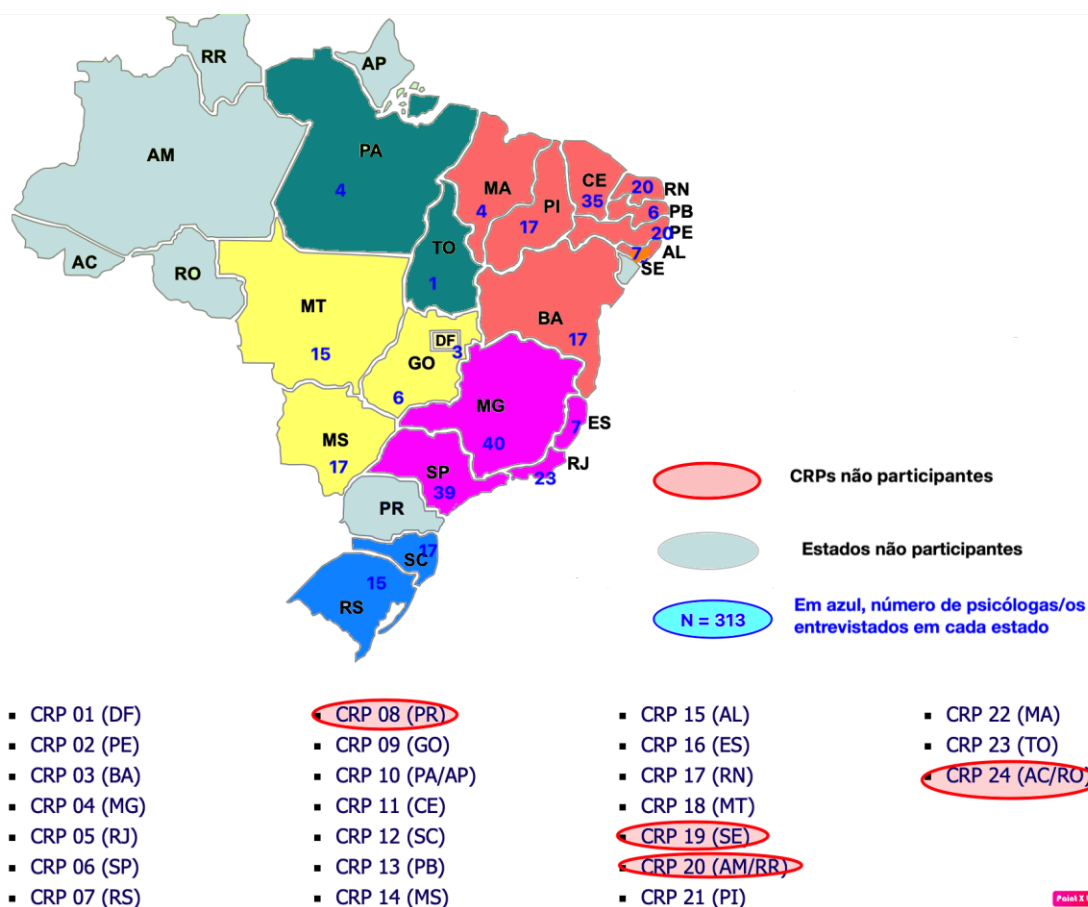
A segunda dimensão situa os Direitos Humanos como uma lente concreta do cotidiano. Violações de Direitos Humanos não aparecem como exceção, mas como rotina vinculada a precarização, estigma, racismo e práticas coercitivas. Parte significativa das(os) respondentes, porém, dispõe-se mais a narrar o problema do que a identificar, descrever e referenciar estratégias efetivas de

enfrentamento, o que pode indicar tanto limites objetivos de estrutura e governança quanto menor disseminação e sistematização de práticas de enfrentamento a violações de Direitos Humanos no cotidiano da rede, com efeitos sobre sua visibilidade e replicabilidade.

A terceira dimensão indica que inovação e enfrentamento dependem de suporte institucional. Há muitas práticas potentes, mas elas se fragilizam sem política de gestão, educação permanente, proteção às(aos) trabalhadoras(os) e intersetorialidade real.

Mapeamento da RAPS e entrevistas com psicólogas(os)

Dos 24 CRPs que compõem o Sistema Conselhos, 20 se engajaram nas etapas subsequentes da pesquisa, envolvendo levantamento de dados e entrevistas com psicólogas(os) dos seus respectivos estados, realizadas ao longo do ano de 2019. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, houve participação de todos os CRPs. Nas regiões Sul e Nordeste, 1 CRP de cada região deixou de responder à demanda. Na região Norte, 2 CRPs deixaram de responder à



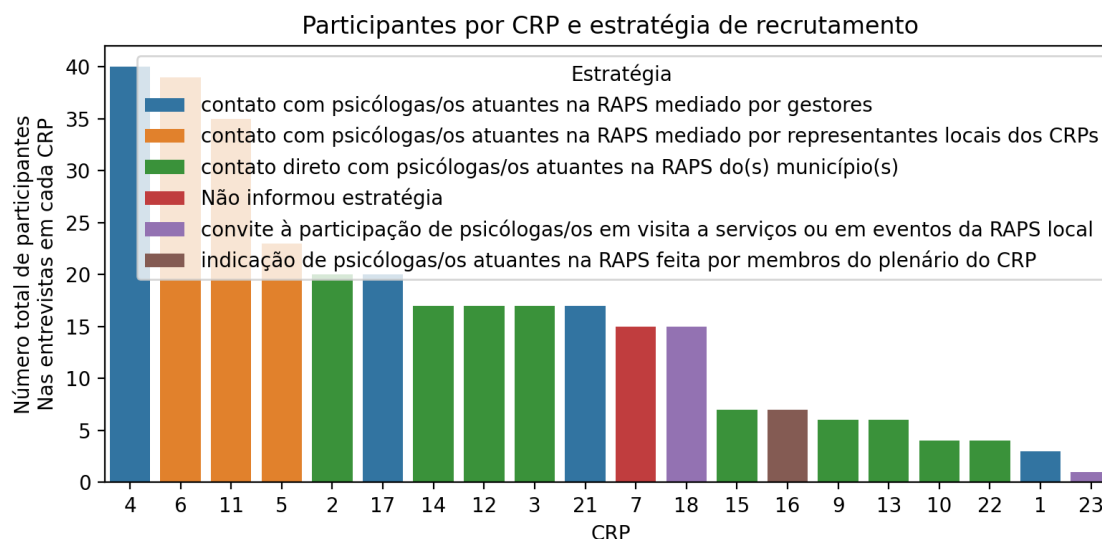
demanda, havendo participação de apenas 2 dos 7 estados que integram a região Norte. Conforme a ilustração abaixo:

No total, 313 profissionais de Psicologia foram entrevistadas(os). As participações mais numerosas ocorreram no CRP 04, com 40 (12,8%) psicólogas(os) presentes às entrevistas, realizadas em 5 grupos com 7 a 10 profissionais participantes em cada grupo; a menor participação ocorreu no CRP 23 com 1 entrevistado. A tabela abaixo mostra como ocorreram essas participações em cada estado, o número total de participantes em cada CRP e o número de participantes em cada modalidade.

CRP	Quantitativo psicólogas/os nos grupos Metropolitana	Quantitativo de psicólogas/os nos grupos Interior	Grupos Mistos ou não Informado procedência	Entrevistas individuais	Total de psicólogas/os participantes
1	3	—	—	—	3
2	—	—	2 - 8 - 3 - 3	4	20
3	8	7 - 2	—	—	17

4	7 - 7	7 - 10 - 9	—	—	40
5	6 - 5	2 - 6 - 4	—	—	23
6	?	5 - 6 - ? - ? - ? - ? - ? - ? - ?	—	—	39*
7	10	5	—	—	15
9	—	2 - 2 - 2	—	—	6
10	—	—	—	4	4
11	4	3 - 4 - 7 - 8 - 9	—	—	35
12	5	4 - 4 - 4	—	—	17
13	—	—	6	—	6
14	—	—	2 - 3 - 3 - 3 - 6	—	17
15	—	3	—	4**	7**
16	—	—	3	4	7
17	3 - 3 - 4	4 - 3 - 3	—	—	20
18	4	—	6 - 5	—	15
21	—	—	4 - 4 - 6 - 3	—	17
22	—	2	—	2	4
23	—	—	—	1	1
Tot	14 grupos	33 grupos	17 grupos	19 entrevistas	313

Diferentes estratégias foram utilizadas pelos CRPs para recrutamento das(os) psicólogas(os) para participação nas entrevistas: a) contato direto com psicólogas(os) da RAPS do(s) município(s); b) contato com psicólogas(os) da RAPS mediado por gestores; c) contato com psicólogas(os) da RAPS mediado por representantes locais dos Conselhos; d) convite à participação de psicólogas(os) em visita a serviços ou em eventos da RAPS local; e) indicação de psicólogas(os) da RAPS feita por membros do plenário do Conselho. A tabela acima ilustra o quantitativo de participantes nas entrevistas em cada CRP e o tipo de estratégia utilizada para o seu recrutamento.



Elementos recorrentes nos relatórios de pesquisa dos Conselhos Regionais a respeito do contexto da RAPS nos estados brasileiros e da presença de profissionais da Psicologia na Rede colocam em evidência três nós críticos no processo de implementação da RAPS em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial: 1) precarização do trabalho (empresariamento do setor saúde); 2) pressão hospitalocêntrica (hegemonia biomédica); 3) centralidade das comunidades terapêuticas na oferta de cuidado a usuários(as) de álcool e outras drogas. Percebe-se uma tensão entre desenho formal e capacidade real, em que os eixos de investimento e de equipamentos e seus efeitos no trabalho das equipes são relevantes para a compreensão de por que a RAPS nem sempre se sustenta como rede territorial resolutive. Os dados

coincidem com a literatura (Yasui, Luzio & Amarante, 2016; Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; Leal da Silva, 2023; Sartori *et al.* 2025).

O material aponta, ainda, que o alinhamento formal ou legal à Reforma Psiquiátrica é frequente, mas em parte considerável dos CRPs vem acompanhado de um "porém...", indicando coexistência com práticas que aproximam o cuidado de uma lógica hospitalar/manicomial. A RAPS, via de regra, é implementada, mas é uma rede disputada, com arranjos híbridos dependendo do território, do nível de investimento e do modo como urgência/hospital e atenção a usuários de álcool e outras drogas são organizados.

Há um bloco relevante de CRPs que descreve a existência de marcos legais estaduais e/ou municipais, com ênfase em normas, diretrizes, fluxos e grupos condutores (quando existem). O tipo de marco citado tende a se concentrar em três funções: instituir/organizar serviços, ordenar fluxos (especialmente urgência/emergência) e formalizar linhas de cuidado e responsabilidades intersetoriais. Aqui também, em portarias, diretrizes e leis, apresentam-se elementos de uma disputa de modelos: seja com as comunidades terapêuticas disputando, nas legislações municipais e/ou estadual, o espaço que caberia aos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e às Unidades de Acolhimento; seja na instituição prevalente de campanhas em torno de datas alusivas a suicídio, depressão, autismo, entre outros, em detrimento de medidas de fortalecimento da RAPS para cobertura integral da saúde mental no território.

Os relatórios descrevem redes em geral com muitos pontos/dispositivos, mas com desigualdade de cobertura e de suficiência. Em vários CRPs há inventários longos de serviços, porém o texto frequentemente explicita que "existem, mas não dão conta". Isso mostra que o problema não é apenas "ter ou não ter serviço", mas sim, envolve escala, distribuição, portas de entrada, retaguarda e integração entre componentes. E, ao trazerem elementos de inserção profissional, demandas crescentes e desafios do cotidiano de trabalho, o que os relatórios evidenciam é um retrato de equipes pressionadas e adoecidas, o que conversa diretamente com o efeito de precarização sobre a qualidade do cuidado e sobre a rotatividade e baixa adesão de profissionais.

. Em relação às entrevistas, em linhas gerais os dados apontam para uma adesão expressiva das(os) psicólogas(os) aos princípios antimanicomiais e ao cuidado em liberdade. A atuação profissional não se restringe mais ao consultório ou à clínica individual; em larga maioria, é uma atuação ampliada, territorial, intersetorial e centrada em direitos. Porém, existe uma distância importante entre esse projeto ético-clínico-político e as condições concretas de funcionamento da rede, marcadas por precarização e fragilidade institucional. Nesse cenário, persistem conflitos éticos intensos e práticas manicomiais remanescentes, o que exige, das(os) profissionais, posicionamento crítico, articulação coletiva e estratégias formais de defesa dos(os) usuários(os).

Percebe-se a RAPS sendo vivida pelas(os) entrevistadas(os) como um campo em disputa, o que corrobora a análise das respostas ao questionário online. De um lado, há um projeto de cuidado baseado em liberdade, território, vínculo, cidadania e rede. De outro, há limites materiais, institucionais e políticos que dificultam a sustentação desse projeto. Assim, conclui-se que o trabalho das(os) psicólogas(os) na RAPS depende tanto de competência técnica quanto de posicionamento ético-político e capacidade de resistência no cotidiano.

c) Trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consolidação do paradigma psicossocial: impasses e desafios

Nos anos 1960 e 1970, o mundo ocidental assistiu à eclosão de diversos movimentos de reforma das instituições psiquiátricas e de desinstitucionalização da loucura, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. O Brasil, porém, desde a instauração da ditadura civil-militar, em 1964, andava na contramão desses movimentos, tendo aumentado exponencialmente a população dos seus manicômios e multiplicado o número de hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Estado. Contra essa realidade, erguia-se o movimento dos trabalhadores em saúde mental, que, unindo-se a usuários(os) de saúde mental e seus familiares, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, deu origem ao movimento social da luta antimanicomial. Era uma das muitas expressões de luta pela redemocratização do País que mobilizou a sociedade brasileira no final da década de 1970. (Amarante, 1995)

Como decorrência dessas lutas, em 1988, a presença ativa do movimento sanitarista junto à Assembléia Constituinte garantiu, no texto da Constituição, a inclusão da saúde como direito do povo e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Impulsionado tanto pela reforma sanitária quanto pelo contexto internacional que reivindicava a superação da violência asilar (Brasil, 2005), o movimento da luta antimanicomial conquistou a implementação de uma política nacional de saúde mental de caráter reformista – comunitária e psicossocial. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada nos movimentos reformistas americano e europeu, mas especialmente na psiquiatria democrática italiana, investiu, não no aperfeiçoamento e humanização dos espaços asilares, mas, antes, fazendo a crítica à instituição psiquiátrica e seus poderes de normatização e controle, afirmou, fundamentalmente, o direito à cidadania das pessoas ditas loucas (Tenório, 2021) — direito a uma vida não cerceada, ao cuidado em liberdade, na comunidade. Em prol desse direito, em 2001 foi promulgada a Lei Federal nº 10.216 — Lei da Reforma Psiquiátrica — e, na sequência, uma série de Portarias e Resoluções regulamentaram a implementação de programas e serviços substitutivos à lógica manicomial ao mesmo tempo que a redução do número de leitos em hospital psiquiátrico, visando o banimento das instituições de caráter manicomial do país. Se, antes de 2001, 93% dos recursos investidos em saúde mental no Brasil eram direcionados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005), esse percentual foi sendo progressivamente reduzido, até alcançar uma virada histórica em 2006, quando os investimentos em serviços abertos e substitutivos à lógica manicomial ultrapassaram os gastos com hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2007).

Conforme, porém, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental 15 anos depois de Caracas (Brasil, 2005), a Reforma Psiquiátrica brasileira é mais do que um conjunto de leis e normas e maior do que a transformação das políticas governamentais e dos serviços de saúde. Envolvendo práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida, nos serviços e nas relações interpessoais, que o projeto reformista pode avançar, não sem impasses, tensões e desafios.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos

profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (Brasil, 2005, s/p)

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é responsável pela implementação de Centros de Atenção Psicossocial em todo território nacional a partir dos anos 2000 — é o equipamento de atenção psicossocial mais disseminado no país, embora distribuído de forma desigual entre as suas diferentes regiões.⁶ A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) também é determinante da formulação de estratégias de saúde mental na Atenção Básica, da criação de dispositivos de desinstitucionalização, como o Programa de Volta Pra Casa, além da abertura de leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, de Serviços Residenciais Terapêuticos, Oficinas de Geração de Renda, Centros de Convivência e Cultura. Contudo, o jogo de forças entre um projeto democrático popular e o poder econômico conservador e oligárquico em que se forjou o processo constituinte e no qual as conquistas no campo da saúde foram obtidas colocou entraves à sua plena realização. A própria Lei da Reforma Psiquiátrica sofreu os efeitos dessa conjuntura. Proposta pelo deputado Paulo Delgado em 1989 prevendo a extinção progressiva dos manicômios e a proibição de financiamento de hospitais psiquiátricos no país, tramitou por doze anos no Congresso Nacional. O projeto finalmente aprovado em 2001 é uma versão modificada da proposta original que, embora fundamental para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental e a garantia de direitos das pessoas em tratamento, deixava de estabelecer prazo para o fechamento dos hospitais psiquiátricos no país. (Silva & Ferreira Neto, 2023). Assim, em relação à política de saúde mental, enquanto uma rede de serviços, dispositivos e programas de atenção psicossocial era implementada, parte do antigo parque manicomial e seus hospitais psiquiátricos seguia em atividade. Além disso, a Reforma Psiquiátrica não eliminou a centralidade do tratamento medicamentoso nem transformou o modo verticalizado e não participativo com que este é prescrito aos/às usuários/as. (Palombini & Rodriguez Del Barrio, 2021; Gonçalves *et. al.*, 2012).

⁶ Na plataforma *Saúde mental pública digital*, da Fiocruz, disponível no link <https://saudemental.icict.fiocruz.br/painel>, é possível acompanhar o retrato anual e as séries temporais do número de CAPS em cada região do país. (De Boni *et al.*, s/d)

Ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), somando-se à Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e demais Portarias relacionadas aos serviços substitutivos, buscou-se a consolidação do paradigma psicossocial na Atenção à Saúde Mental. Voltada à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a RAPS propõe a organização do cuidado em rede considerando diferentes tipos de atenção ou estratégias de cuidado, com ênfase em serviços territoriais, comunitários, intersetoriais e substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, buscando garantir acesso, cuidado integral, redução de danos, reabilitação psicossocial, inclusão social, autonomia e cidadania.

A implementação dessa Rede, porém, é atravessada por dificuldades e tensões que perduram ao longo do tempo (Amarante & Nunes, 2018). Com efeito, perpassam a política de saúde mental no Brasil as disputas entre o modelo da reforma psiquiátrica, baseado na atenção em liberdade e no cuidado territorial, e a lógica manicomial, com propostas que retomam práticas institucionalizantes. Preconizado pela Organização Mundial da Saúde desde a Declaração de Caracas (1990) e defendido, no Brasil, pelo movimento social da luta antimanicomial, o paradigma reformista é alvo de ataques da economia neoliberal — que concebe a saúde como mercadoria — agravada, em nosso país, pelo dogmatismo religioso que se arvora a operar o cuidado por um viés punitivista e moralista. (Fossi & Guareschi, 2019; Lima & Monteiro, 2022).

Vimos como o confronto entre forças antagônicas incidiu sobre o texto da Lei da Reforma Psiquiátrica. A Portaria nº 3.088/2011, por sua vez, também não passa imune pelas injunções desse contexto de disputas. Apesar da sua importância para a sustentação da perspectiva psicossocial no cuidado em saúde mental, em seu texto original comunidades terapêuticas, são caracterizadas como Serviços de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório e hospitais psiquiátricos como retaguarda hospitalar de curta permanência em regiões onde a RAPS ainda é insuficiente. É fato que a Portaria reafirma a superação progressiva do modelo asilar e que nela o hospital psiquiátrico já não ocupa a centralidade do tratamento, limitando-se a figurar como um ponto da Atenção Hospitalar em conformidade com as diretrizes da

transitoriedade, do respeito aos direitos humanos e à autonomia dos(as) usuários(os) e da substituição progressiva por leitos de saúde mental em hospitais gerais. Em relação às comunidades terapêuticas, a Portaria exige que respeitem os direitos humanos e operem em rede, integradas aos demais pontos da RAPS, e estabelece como seu público-alvo especificamente às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas que aceitem voluntariamente o tratamento proposto. Contudo, torna-se um desafio garantir que o fomento do SUS a leitos em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas não retroceda para a lógica manicomial de isolamento de longa duração nem favoreça situações de violação de direitos.

A partir dos governos Temer e Bolsonaro, houve uma inflexão nessa trajetória, com fortalecimento expressivo de hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e internações, processo identificado como contrarreforma psiquiátrica (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; Brasil, 2017; Brasil, 2019). Na sequência, esse cenário se viu agravado diante do aumento do sofrimento psíquico e da fragilidade das redes de cuidado que vieram à tona com a pandemia do Covid-19, intensificando as tendências ao hospitalocentrismo e à medicamentação (Gerbaldo & Antunes, 2022; Moreira et al., 2025; Machado & Silva, 2025).

Desde 2023, com a mudança de governo, observa-se, de um lado, iniciativas de retomada da reforma psiquiátrica e fortalecimento da RAPS; de outro, a permanência de mecanismos que sustentam dispositivos institucionalizantes, como as comunidades terapêuticas (Sartori et al., 2025). Assim, o cenário atual revela impasses estruturais das políticas de saúde no Brasil, com a coexistência de projetos concorrentes e as disputas em torno do SUS (Chioro et al., 2023).

Nesse contexto, é compromisso ético-político deste Conselho Federal de Psicologia estabelecer as referências técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) na Rede de Atenção Psicossocial, tomando parte na disputa em defesa do SUS, na afirmação da garantia de direitos, do cuidado em liberdade e do trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial, em benefício da população.

EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO NA RAPS

1.1. O Compromisso Ético-Político da Psicologia na RAPS

nós que somos militantes da luta antimanicomial... vamos continuar fazendo da mesma forma que fazíamos antes, mas entendendo que vai ter mais tensionamentos no ambiente de trabalho... porque é um posicionamento político o da luta antimanicomial...

1.1.1. A Luta Antimanicomial como baliza ética do fazer profissional

Vimos que o movimento da luta antimanicomial, cujo surgimento remonta ao processo de redemocratização do país no final da década de 80, reunindo trabalhadoras(es), usuários(as) da saúde mental e seus familiares, foi propulsor do redirecionamento da atenção em saúde mental no Brasil, levando-a a deslocar-se do modelo hospitalocêntrico, focado na doença e de caráter tutelar, para um cuidado em liberdade, territorializado e intersetorial, orientado pela noção de cidadania e com foco na produção de vida. Contudo, para além das mudanças nas formas de tratamento, o movimento da luta antimanicomial, apostando na inventividade e no protagonismo dos(as) usuários(as) da saúde mental, busca uma mudança na cultura, que subverta o imaginário social com respeito à loucura. (Barbosa *et al.*, 2012; Amarante *et al.*, 2012). O lema do movimento — “Por uma sociedade sem manicômios” — expressa esse desejo por uma transformação profunda em nosso meio, capaz de erradicar toda e qualquer forma de manicômio. A utopia que a luta antimanicomial assim mobiliza incide sobre diferentes dimensões da experiência. Podemos aproximar essas dimensões daquelas que Paulo Amarante (1995) descreve como implicadas no processo da Reforma Psiquiátrica: 1) dimensão epistemológica, concernente à produção de conhecimento do campo da saúde mental, retirando o foco da doença e da objetificação do sujeito e reconhecendo o sofrimento, a loucura, como experiência humana dotada de sentido; 2) dimensão técnico-assistencial, referente à criação de estratégias e dispositivos de cuidado em liberdade e produção de vida; 3) dimensão jurídico-política, envolvendo a legislação civil, penal e sanitária e a reinvenção social e política das noções de cidadania e

direitos; 4) dimensão cultural, com intervenções no social que levem à quebra de estigmas e preconceitos em relação à loucura, alargando os modos de estar em comunidade para que a diferença possa nela ter lugar. O embate para o qual o movimento antimanicomial convoca não é, portanto, apenas teórico ou técnico, mas político e cultural e se atualiza permanentemente no cotidiano da vida e dos serviços.

A Psicologia teve e tem forte presença nesse movimento, não apenas como profissão com atuação nos serviços de saúde mental, mas como força ética, técnica e política na militância antimanicomial, na construção da Reforma Psiquiátrica, na defesa reiterada do cuidado em liberdade. Há uma geração de psicólogas(os) que participou da história dessa luta, desde os seus primórdios, nos anos 70. Tomou parte no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que fazia a denúncia das violências do manicômio. Esteve presente no Encontro de Bauru, em 1987, lançando as bases e o lema do movimento. Participou de experiências precursoras da reforma, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, iniciado em 1987; O Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, RS, fundado em 1988; a intervenção na Clínica Anchieta, de Santos, SP, em maio de 1989. Colaborou na formulação de políticas públicas e integrou a gestão de saúde mental de municípios, estados e federação, dando corpo ao projeto de Reforma Psiquiátrica no país. Compôs as equipes dos primeiros serviços substitutivos à lógica manicomial, inventando formas inéditas de cuidado nos territórios. Ajudou a organizar as conferências temáticas de saúde mental — de âmbito municipal, estadual e nacional.

Há um legado construído ao longo desse caminho, transmitido de geração em geração e que situa a luta antimanicomial como baliza ética do fazer profissional no contexto da RAPS. Honrar esse legado significa empreender cotidianamente a defesa intransigente do cuidado em liberdade e do protagonismo do(a) usuário(a) nas decisões que lhe concernem, mas, além disso, requer uma visada crítica do processo da RPB à luz das estruturas que moldam historicamente a sociedade brasileira.

Autores como Frantz Fanon, Achilles Mbembe, Lélia Gonzalez, Neusa Sousa Santos, Beatriz Nascimento, ajudam-nos a reposicionar a luta antimanicomial com respeito à colonialidade do saber e do poder (Quijano, 2005)

que estrutura as relações em nossa sociedade determinando quais corpos são considerados perigosos, descartáveis ou indignos de cuidado. O manicômio — assim como a prisão — vai se revelar uma tecnologia colonial de controle social, por meio da qual são higienizados, patologizados e trancafiados corpos negros, indígenas, periféricos — também mulheres insubmissas, pessoas trans, pessoas com deficiências... ou seja, todo um conjunto de corpos considerados desviantes. Já em 1919 Lima Barreto (2017) chamara atenção para a cor negra que preenchia os espaços do pátio do hospício, e Rachel Gouveia Passos (2018) questiona se o horror retratado por Daniela Arbex no hospício de Barbacena, que se intitulou *holocausto brasileiro* (Arbex, 2013), não deveria antes se nomear de *navio negreiro*. Articulando luta antimanicomial, feminismo e racialidade, a autora afirma que, ao incluir as relações de raça, gênero e classe na problematização do manicômio, é possível compreender a manicomialidade como uma lógica social para além do asilo, presente em práticas como a internação compulsória, a medicalização da vida, a patologização da pobreza, a esterilização coercitiva, a retirada compulsória de bebês de mulheres negras pobres e usuárias de drogas, a criminalização da juventude negra, o encarceramento em massa, as comunidades terapêuticas e a ação letal do Estado nas favelas. Mesmo em um modelo que pretende superar o manicômio pode haver reprodução de desigualdades raciais, de gênero e de classe. Portanto, ainda que seja importante defender serviços substitutivos, fechar hospitais psiquiátricos e ampliar a rede de atenção psicossocial, isso não basta. A manicomialidade não se localiza somente no hospício, mas compõe a formação social brasileira: colonial, escravocrata, racista, patriarcal e capitalista. Esse é um tema que permaneceu silenciado ao longo do processo da RPB, sendo preciso trazê-lo a público, racializar os corpos e a própria história para redefinir os rumos da luta antimanicomial no país. (Passos, 2018; 2020).

Somando-se a esse debate, Emiliano de Camargo David chama atenção para a “cilada eurocêntrica que baliza (de modo patriarcal) nossa Reforma Psiquiátrica, tomando como principais (ou únicos) referenciais os modelos italiano e francês de desinstitucionalização.” (David & Vincentin, 2020, p.274) David (2024) propõe, então, três conceitos que operam como ferramentas para radicalizar a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. O conceito de *desnorteamento* remete a um deslocamento epistemológico, político e clínico

em que o Norte europeu, branco, colonial deixa de ser referência única, abrindo espaço para os saberes negros, diaspóricos, afro-latino-americanos, quilombistas, ribeirinhos, populares. Ao abrir espaço para esses saberes, um segundo conceito se apresenta: o de *aquilombação*, significando a produção de espaços coletivos de proteção, pertencimento, resistência e criação, resultante de uma prática relacional, inter-racial e territorializada. *Antimanicolonialidade* é o terceiro conceito proposto por David, como uma síntese da sua proposta. O conceito faz alusão ao manicômio como dispositivo do poder colonial e aponta a necessidade de radicalização do movimento antimanicomial para o enfrentamento tanto do manicômio quanto da colonialidade que o sustenta. Para o autor, não há luta antimanicomial consequente no Brasil sem luta antirracista, sem crítica à colonialidade, sem enfrentamento da branquitude, sem reconhecimento da diáspora negra e sem transformação das práticas de cuidado na RAPS. A luta que se faz baliza ética do fazer profissional da psicologia há de ser, portanto, luta antimanicolonial.

Para além disso, se o manicômio configura tecnologia colonial que classifica, normaliza ou exclui corpos e existências considerados desviantes, sua crítica requer a articulação com outras lutas que interrogam os regimes de humanidade, capacidade, produtividade, gênero, sexualidade, impostos com base em um padrão (europeu) tido como universal. Ao reconhecer que a lógica manicomial se atualiza em toda prática que tutela, corrige, silencia ou expulsa da cena social aquelas existências que escapam às normas dominantes, a luta *por uma sociedade sem manicômios* se faz atravessar pelas lutas anticapacitista, antietarista, antitransfóbica, antissexista, anti-LGBTfóbica, antipunitivista e antiaporofóbica, entre outras. Afirmar a luta *antimanicolonial* como baliza ética do fazer profissional implica, portanto, ampliá-la como horizonte de enfrentamento às múltiplas formas de segregação, patologização e desumanização que permeiam as práticas sociais.

1.1.2. Direitos Humanos como lente cotidiana: enfrentamento a violações e práticas coercitivas

Às vezes, a gente pega alguns casos que, se você pegar, fazer um check-list do artigo 5º da Constituição, não confere nada, então, não tem moradia, não tem lazer, alimentação.... E aí a

*gente vai falar que essa pessoa, de fato, está adoecida?
Como? Existe compromisso social com essa rede, também,
com essa sociedade, com essa cidade em que a gente está...*

É nesse ponto que a luta *antimanicomial* se articula à defesa dos direitos humanos, ao reconhecer que a própria *manicomialidade* se realiza por meio de violações concretas de direitos, muitas vezes naturalizadas no cotidiano das instituições e das redes de cuidado. Assim, a defesa de direitos humanos constitui uma dimensão incontornável do cuidado em liberdade, pois é nela que se materializa a recusa às formas de tutela abusiva, violência institucional, segregação, discriminação e desumanização que sustentam a lógica *manicomial*.

No cotidiano dos serviços, essas violações assumem formas diversas e complexas, envolvendo usuários(os), familiares, equipes, instituições da rede intersetorial e agentes do Estado. Abrangem situações de racismo; judicialização da vida; internação compulsória; quebra indevida de sigilo; abuso profissional; negligência hospitalar; violações de direitos em comunidades terapêuticas; cárcere privado de pessoas em sofrimento psíquico grave; discriminações relacionadas à identidade de gênero; violência doméstica, sexual, policial e institucional; entre outras. Tais situações evidenciam que a defesa do cuidado em liberdade não se limita à recusa da internação ou do hospital psiquiátrico, mas exige o enfrentamento das múltiplas formas pelas quais a lógica manicomial se re-inscreve nas práticas institucionais, nos fluxos da rede, nas decisões técnicas e nas ações do Estado. Serviços substitutivos — cabe notar — também podem reproduzir racismo, silenciamento, hierarquias, pois não estão fora da sociedade patriarcal, colonialista, racista.

A Psicologia, portanto, é convocada a operar no campo ético-político da garantia de direitos. As estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano dos serviços da RAPS, em defesa dos direitos de seus usuários(as), indicam a importância da construção coletiva das respostas com participação ativa dos(as) implicados(as), podendo abranger discussão em equipe multiprofissional, acionamento da rede de proteção, elaboração de relatórios técnicos, realização de notificações e denúncias formais, articulação com ouvidorias, instâncias administrativas, conselhos profissionais, acionamento do Ministério Público. Essas estratégias apontam para a necessidade de capacitação interna das

equipes, corresponsabilização em rede e sustentação institucional de práticas que não reproduzam violência, abandono, tutela abusiva ou condicionamento do cuidado à submissão a condutas padronizadas.

Assim, em consonância com os preceitos ético-políticos do Conselho Federal de Psicologia, expressos em seu Código de Ética Profissional (2005), mas também nas Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em diferentes equipamentos e políticas públicas (2019a, 2019b, 2022), a atuação da Psicologia na RAPS deve orientar-se pela defesa intransigente dos direitos humanos, pelo reconhecimento das pessoas usuárias como sujeitos de direitos e pela recusa a quaisquer formas de violência institucional, segregação e discriminação. Tal compromisso é incompatível com práticas que reduzam o sofrimento psíquico à dimensão individual, biomédica ou comportamental, desconsiderando seus determinantes sociais, econômicos, raciais, territoriais, culturais e de gênero. A experiência reitera que a produção do cuidado demanda o enfrentamento da pobreza, do racismo, da violência, da exclusão social e da desproteção estatal. Sustentar uma prática psicológica *antimanicomial* implica — vale frisar — comprometer-se com a equidade, com a justiça social e com uma leitura crítica das desigualdades estruturais que atravessam tanto a vida dos(as) usuários(as) quanto o funcionamento das políticas públicas. Na atuação cotidiana, isso implica registrar e comunicar violações quando necessário, articular redes de proteção, sustentar a participação dos(as) usuários(as) nas decisões e acionar instâncias de controle social e garantia de direitos sempre que a rede de cuidado reproduzir violência, abandono ou discriminação.

1.1.3. Limites éticos e salvaguardas: O Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP n.º 010/05) no contexto da rede.

eu acho que a maioria das pessoas não percebe que, assim, esses códigos, eles servem para ajudar a gente e não para mandar na gente.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia, 2005) é uma referência de base para a atuação profissional em consonância com esses valores. Mas a dimensão ética da prática psicológica no contexto das políticas públicas não se reduz à aplicação normativa do Código de

Ética, expressando-se como posicionamento clínico-político diante das contradições do cotidiano institucional. Nesse cenário, a ética profissional atravessa a atuação das(os) psicólogas(os) como dimensão permanente de análise, decisão e responsabilização, tensionada pelos conflitos do trabalho em rede, pelos limites concretos da autonomia profissional e pelas violações de direitos. Interpõem-se, aqui, os preceitos que regem a profissão e aqueles que orientam o trabalho no SUS ou, para além dele, os que se forjam na prática profissional cotidiana, nas políticas públicas, em meio a contextos de vulnerabilização e precariedade das redes. Embora reportado como instrumento de consulta e salvaguarda da profissão, o Código de Ética Profissional do Psicólogo não esgota a complexidade do trabalho na RAPS — segue sendo um desafio sua operacionalização situada no contexto do trabalho comum entre as diversas profissões implicadas no cuidado em rede. Três dos tensionamentos que se apresentam — entre sigilo e trabalho em equipe; entre autonomia e proteção; entre cuidado e exigências judiciais e institucionais — serão tematizados mais adiante, na seção 3.3. Desafios e diretrizes para a prática.

1.2. Marcos Lógicos e Legais da Política de Saúde Mental

Conhecer os marcos lógicos e legais da política de saúde mental é condição fundamental para o exercício profissional na RAPS. Mais do que domínio normativo, trata-se de reconhecer que cada dispositivo legal expressa projetos em disputa e que a prática psicológica se situa nesse campo de forças.

Como já mencionado, a Política de Saúde Mental brasileira se constitui na intersecção entre o processo da Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Seus marcos legais não devem ser compreendidos apenas como instrumentos normativos, mas como expressão de disputas políticas em torno dos modos de conceber a loucura, o sofrimento psíquico, o uso de álcool e outras drogas, o cuidado, a cidadania e o papel do Estado na garantia de direitos. A legislação em saúde mental deve ser lida, assim, à luz do paradigma psicossocial, o qual desloca o eixo do cuidado: da instituição total para o território; da tutela para a autonomia possível; da

doença objetificado para a existência em sua complexidade; do tratamento centrado no especialista para a corresponsabilização em rede.

Ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal de 1988, à qual sucedem as Leis Orgânicas da Saúde — Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 —, constitui a base jurídico-política do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios que organizam o SUS — universalidade, integralidade, equidade —, somados à diretriz da participação social, ganham expressão, no campo da saúde mental, na ideia de cuidado em liberdade, atenção territorial e comunitária, participação dos/as usuários/as e familiares e na recusa a práticas de segregação, violência institucional e exclusão social.

1.2.1. A Lei nº 10.216/2001 e o redirecionamento do modelo assistencial

Retomamos aqui a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, citada na introdução. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, constitui o principal marco legal do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelece que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Também afirma que a internação deve ser indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo visar, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa em seu meio.

Embora não tenha incorporado integralmente a proposta original do Projeto de Lei Paulo Delgado, que previa a extinção progressiva dos manicômios, a Lei nº 10.216/2001 consolidou um novo marco jurídico ao reconhecer a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos. Entre esses direitos, destacam-se o acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, o tratamento com humanidade e respeito, à proteção contra abusos e exploração, a garantia de sigilo, a presença médica garantida para elucidar a necessidade ou não de hospitalização involuntária, o direito à informação sobre sua condição e seu tratamento e o direito a ser atendida, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A lei desloca, assim, o fundamento jurídico do cuidado em saúde mental. O centro da atenção deixa de ser a defesa social contra a pessoa considerada perigosa e passa a ser a garantia de direitos de sujeitos historicamente privados de liberdade, cidadania e reconhecimento. Para a atuação da Psicologia na RAPS, esse marco legal implica sustentar práticas que não reduzam a pessoa ao diagnóstico, que recusem a tutela abusiva e que promovam a participação ativa dos/as usuários/as na construção de seus projetos terapêuticos.

Após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, uma série de normativas passou a regulamentar a construção de serviços substitutivos e estratégias de desinstitucionalização. Entre elas, destacam-se a Portaria nº 106/2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos, destinados prioritariamente a pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência; a Portaria nº 336/2002, que regulamentou os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades; e a Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa, voltado à reintegração social de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas.

Esses marcos normativos materializam a transposição do cuidado do interior fechado do hospital para o espaço aberto da cidade, para os territórios de vida e suas redes. A lógica dessa transposição não é a da substituição simples de um equipamento por outro, mas a da transformação do lugar social da loucura, construindo condições concretas de sustento, moradia, convivência, circulação, vínculo, cultura e participação social.

1.2.2. A Portaria nº 3.088/2011 e a instituição da RAPS

O que eu acho que essa rede também traz de importante é que a gente não cola em um discurso psi. Quando a gente fala do sujeito, da particularidade, singularidade, a gente conecta também com a dimensão política

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No plano normativo, representa a tentativa de consolidar o paradigma

psicossocial como organização do cuidado em rede, territorial, comunitário , intersetorial e orientado pela integralidade.

A RAPS organiza-se a partir de diferentes componentes, que devem operar de forma articulada e corresponsável, permitindo que o cuidado psicossocial se produza em múltiplos pontos da rede, não se restringindo aos serviços especializados. Na tabela abaixo, são apresentados cada um dos componentes da RAPS e os respectivos pontos de atenção previstos.

Componente da RAPS	Pontos de atenção previstos
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS); Equipes de Atenção Básica para populações específicas, incluindo Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório; Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, como apoio matricial (hoje eMulti); Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), em diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de urgência/pronto-socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros serviços de urgência.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento - UA, nas modalidades UA Adulto e UA Infante Juvenil; Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); articulação com o Programa de Volta para Casa(PVC).
Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A lógica da RAPS pressupõe que o cuidado em saúde mental seja construído por meio de articulação entre serviços, equipes, usuários(as), familiares, comunidades e demais políticas públicas. Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial, trabalho interprofissional, redução de danos, reabilitação psicossocial e intersetorialidade constituem ferramentas fundamentais para essa articulação. Isso implica, para as(os) profissionais psicólogas(os), o abandono de uma lógica centrada exclusivamente no

atendimento individual para uma atuação ampliada, a qual inclui acolhimento, escuta qualificada, construção compartilhada de projetos de cuidado, trabalho territorial, articulação de rede, intervenção institucional, defesa de direitos e produção de estratégias coletivas de cuidado.

1.2.3. A atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Uma dimensão que se configurou como estratégica para a política de saúde mental é a atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, afirmou a necessidade de superar, nesse terreno, respostas exclusivamente repressivas, moralizantes ou abstencionistas, reconhecendo a redução de danos como diretrizes de cuidado. Essa perspectiva foi regulamentada pela Portaria nº 1.028/2005, a qual definiu as ações que visam à saúde e à redução de danos sociais decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A Portaria estabelece que tais ações se dirigem também a pessoas que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso, tendo como objetivo reduzir riscos e danos sem necessariamente exigir abstinência como condição de cuidado.

No plano legal mais amplo, a Lei nº 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prevendo medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas, ao mesmo tempo em que manteve dispositivos penais relacionados à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito. Essa ambiguidade marca historicamente o campo das políticas sobre drogas no Brasil, tensionado entre uma perspectiva que toma esse campo como questão de saúde pública e uma lógica proibicionista, punitivista e seletivamente criminalizadora.

No âmbito da RAPS, os CAPS AD, CAPS AD III, Unidades de Acolhimento e equipes de Consultório na Rua constituem pontos estratégicos para o cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sobretudo quando esses serviços e equipes operam de forma articulada à Atenção Primária, a Assistência Social, à Política de Moradia, às Estratégias de

Geração de Renda, à Justiça, à Educação, à Cultura e aos movimentos sociais. A Portaria nº 130/2012 redefiniu parâmetros para os CAPS AD III, prevendo atenção contínua e acolhimento noturno; a Portaria nº 121/2012 instituiu as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e a Portaria nº 122/2012 definiu diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, fundamentais para a atenção a pessoas em situação de rua e em contextos de maior vulnerabilização.

Quanto à atuação profissional da Psicologia, esses marcos indicam que o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas deve ser orientado pela escuta, pela construção de vínculo, pela redução de danos, pela não exigência de abstinência como condição de acesso, pela leitura dos determinantes sociais do sofrimento e pela recusa a práticas de culpabilização, coerção, segregação ou moralização da vida. A direção ético-política do cuidado deve ser a ampliação de autonomia possível, a proteção de direitos e a construção de estratégias singulares e territoriais, e não a imposição de modelos padronizados de normalização da conduta.

1.2.4. Tensões normativas: hospitalocentrismo, comunidades terapêuticas e as disputas na RAPS

As comunidades terapêuticas são um grande perigo, um grande perigo de se tornar enormes manicômios ainda piores porque eu vou ter, além da segregação, da prisão, do isolamento em geral, o conservadorismo é muito pior... É tão estranho, é tão difícil e ao mesmo tempo, tão regulamentado.

Vimos que a trajetória normativa da política de saúde mental brasileira expressa disputas permanentes entre o paradigma psicossocial e a persistência, quando não o recrudescimento, de lógicas hospitalocêntricas, asilares, proibicionistas e moralizantes. Essas tensões se intensificaram com a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, que alterou a configuração da RAPS e foi amplamente criticada por movimentos, pesquisadores, trabalhadores e entidades do campo da Reforma Psiquiátrica por favorecer a reintrodução e o fortalecimento de equipamentos associados à lógica manicomial, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

No campo da atenção a usuários(as) de álcool e outras drogas, a Lei nº 13.840/2019, ao alterar a lei que instituíra o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Lei nº 11.343/2006), também intensificou disputas, favorecendo a perspectiva proibicionista e hospitalocêntrica. Entre outros pontos, a lei regulamentou a internação involuntária de pessoas que fazem uso de drogas, autorizada por médico e solicitada por familiar, responsável legal ou, na ausência destes, por servidor público da área da Saúde, da Assistência Social ou de órgãos integrantes do SISNAD, excetuados servidores da Segurança Pública. A lei também conferiu previsão legal ao acolhimento dessas pessoas em comunidades terapêuticas. Embora estabelecesse que a internação só deveria ocorrer quando os recursos extra-hospitalares fossem insuficientes, sua incorporação normativa ampliou preocupações quanto ao risco de práticas coercitivas, violações de direitos e deslocamento do cuidado territorial para respostas institucionalizantes.

A Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, ao revogar a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 e restabelecer dispositivos normativos anteriores, representou uma retomada, no âmbito da gestão federal, da direção psicossocial da RAPS. Esse movimento recoloca, no plano institucional, a defesa do cuidado territorial, comunitário e em liberdade, ainda que não elimine as disputas estruturais que atravessam a política de saúde mental, especialmente no que se refere ao financiamento, a presença das comunidades terapêuticas, a fragilidade da rede territorial em muitos municípios e a permanência de práticas hospitalocêntricas e medicalizantes. A seguir, procuraremos evidenciar, ponto a ponto, cada um dos retrocessos, vigentes desde 2017 na política nacional de saúde mental, que a Portaria 757/2023 buscou enfrentar.

Um dos pontos mais importantes foi a retirada do Hospital Psiquiátrico Especializado da composição formal da RAPS, uma vez que a Portaria 3.588/2017 reintroduzira o hospital psiquiátrico como ponto de atenção, deslocando a RAPS para uma lógica em que o hospital deixava de ser resíduo a ser superado e voltava a aparecer como componente legítimo da rede. A Portaria nº 757/2023, ao revogar a nº 3.588/2017, buscou interromper essa reinscrição normativa do hospital psiquiátrico na RAPS. A Nota Técnica do Ministério da Saúde é explícita ao criticar as formas de custeio de leitos de hospital psiquiátrico previstas na Portaria nº 3.588/2017, afirmando que hospitais

com muitos leitos e internações prolongadas concentram mais indícios de violação de direitos humanos, asilamento, reinternações, iatrogenia e maior custo para a saúde pública.

A Portaria nº 757/2023 também revogou as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, criadas pela Portaria nº 3.588/2017. Embora a atenção multiprofissional em saúde mental seja desejável, na forma como foram instituídas — sem adequado dimensionamento populacional, sem vinculação consistente com equipes de Saúde da Família ou com outra política da rede de atenção e sem regulamentação suficiente de procedimentos e registros de produtividade —, elas tendiam a recompor uma lógica ambulatorial especializada, paralela ou fracamente articulada à rede territorial, inibindo a implantação de serviços mais potentes do ponto de vista psicossocial, como CAPS regionais ou microrregionais.

Outro ponto central foi a revogação do CAPS AD IV, modalidade criada pela Portaria nº 3.588/2017 para atenção a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Embora nomeado como CAPS, ele apresentava características que o aproximavam de um serviço hospitalar, como o número de leitos permitido, perdendo sua caracterização territorial e competindo com outros equipamentos já previstos na política, como as Unidades de Acolhimento, os CAPS AD III e os CAPS III. Além disso, o CAPS AD IV era planejado para funcionar junto a cenas abertas de uso de drogas, o que reforçava o risco de sua utilização como dispositivo de controle territorial, higienização urbana e manejo de populações consideradas indesejáveis. O problema, portanto, não era apenas assistencial, mas ético-político: sob o nome de CAPS, abria-se espaço para um equipamento de caráter intensivo, 24 horas, com leitos e forte vocação para operar em cenas de uso, podendo reforçar respostas segregadoras e coercitivas.

A Portaria nº 757/2023 também revogou dispositivos relacionados ao Hospital-Dia, reintroduzido pela Portaria nº 3.588/2017, considerando que a proposta do Hospital-Dia recompõe uma lógica intermediária entre hospital e ambulatório, sem necessariamente fortalecer a atenção territorial e comunitária.

Por fim, a Portaria GM/MS nº 757/2023 incidiu ainda sobre dispositivos de financiamento vinculados à Portaria nº 3.588/2017, buscando conter a indução federal de um modelo de atenção mais centrado em equipamentos

especializados, ambulatoriais ou hospitalares, em detrimento da rede territorial e comunitária. Trata-se de um ponto fundamental, pois, no SUS, quando uma normativa cria incentivo financeiro para determinado dispositivo, ela orienta gestores municipais e estaduais a implantá-lo, direcionando o modelo de atenção.

A importância estratégica da Portaria nº 757/2023 reside no fato de revogar a inflexão produzida pela Portaria nº 3588/2017, restabelecendo a direção normativa anterior, vinculada à Portaria nº 3088/2011 que institui a RAPS. Assim, ela reafirma os CAPS, nas modalidades já previstas na RAPS — CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD e CAPS AD III —, como dispositivos territoriais, comunitários e substitutivos à lógica manicomial, voltados à atenção diária, ao cuidado intensivo quando necessário, ao manejo de crises, à reabilitação psicossocial e à articulação com a rede. A Portaria também recoloca a ênfase na articulação entre pontos de atenção, na corresponsabilização entre equipes e na continuidade do cuidado no território onde as pessoas vivem, circulam, sofrem, trabalham, constroem vínculos e acessam direitos. (Brasil, 2023). Ela favorece a retomada das estratégias de desinstitucionalização, recolocando no centro da política dispositivos como Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta pra Casa, ações de reabilitação psicossocial, iniciativas de geração de renda, moradia, convivência e inserção social. E, embora não elimine a possibilidade de atenção hospitalar em saúde mental, contribui para recolocar a direção de que, quando necessária, essa atenção deve ocorrer preferencialmente em hospital geral, articulada à RAPS e pelo menor tempo possível. Finalmente, a Portaria nº 757/2023 reafirma a redução de danos e os dispositivos já previstos na RAPS para o cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas: CAPS AD, CAPS AD III, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, Atenção Primária, equipes de redução de danos e articulação intersetorial.

Apesar da sua importância, a Portaria nº 757/2023 não alcançou eliminar a presença nem o financiamento das comunidades terapêuticas. Isso porque as CTs não dependem exclusivamente da Portaria nº 3588/2017, uma vez que já vinham sendo incorporadas a diferentes normativas, programas e arranjos de financiamento, inclusive fora do Ministério da Saúde. A própria Portaria nº 3.088/2011 já previa, no componente de Atenção Residencial de Caráter

Transitório, os chamados Serviços de Atenção em Regime Residencial, categoria que abriu espaço para a inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS, ainda que sob exigências formais de respeito aos direitos humanos, voluntariedade e articulação em rede. (Brasil, 2011). Outro limite importante é a Lei nº 13.840/2019, que alterou a Lei nº 11.343/2006 e conferiu previsão legal ao acolhimento em comunidades terapêuticas e também regulamentou a internação involuntária de pessoas que fazem uso de drogas, o que intensificou a tensão entre o paradigma psicossocial e respostas mais coercitivas ou institucionalizantes.⁷ Uma portaria ministerial não é suficiente para desfazer dispositivos estabelecidos em lei federal. Além disso, o financiamento das comunidades terapêuticas não depende apenas do orçamento da saúde mental no SUS. Historicamente, elas têm recebido recursos por diferentes vias, incluindo políticas sobre drogas, assistência social, justiça, cidadania e parcerias com entidades privadas e religiosas. As comunidades terapêuticas detêm uma força política inegável, especialmente vinculada a grupos religiosos e organizações conservadoras, consolidando-se como resposta socialmente legitimada no tratamento do uso de álcool e outras drogas em muitos territórios, frequentemente apoiadas em discursos de salvação, abstinência, disciplina, família e moralização da conduta.

A Portaria nº 757/2023 também não foi suficiente para eliminar práticas hospitalocêntricas. Estas não dependem apenas da existência formal do hospital psiquiátrico na RAPS — O hospitalocentrismo é uma lógica, não apenas um equipamento. Ele pode aparecer em práticas cotidianas dos próprios serviços substitutivos, quando a crise é tratada prioritariamente como caso de contenção, quando o cuidado é reduzido ao manejo medicamentoso, quando a internação é acionada como primeira resposta, quando há baixa participação dos(as) usuários(as) nas decisões ou quando a rede territorial se organiza apenas por encaminhamentos burocráticos. Nesse sentido, a Portaria nº 757/2023 retira dispositivos normativos hospitalocêntricos, mas não elimina automaticamente a cultura institucional que sustenta respostas centradas na internação, na contenção, na medicalização e na tutela. Tais respostas também são consequência da fragilidade da rede territorial em muitos municípios. Onde

⁷ site: (bvsms.saude.gov.br)

faltam dispositivos substitutivos à lógica manicomial, a internação tende a reaparecer como resposta disponível para situações complexas. Além disso, em muitos contextos, nas situações de crise em saúde mental, a ausência de serviços territoriais 24 horas, a fragilidade da articulação com urgência e emergência, a insuficiência de leitos em hospital geral e a precarização das equipes produzem respostas centradas na internação ou na contenção. Por fim — mas não menos importante —, mesmo em serviços substitutivos, a centralidade da prescrição medicamentosa tende a permanecer praticamente intacta. Isso significa que a Reforma Psiquiátrica, se pôde avançar no plano da substituição de equipamentos, não alcançou abolir práticas verticalizadas, pouco participativas e centradas no controle sintomático. A Portaria nº 757/2023 não incide diretamente sobre a cultura prescritiva, sobre a hierarquia biomédica ou sobre os modos de participação dos(as) usuários(as) nas decisões sobre medicação. Ela é necessária, mas insuficiente para transformar práticas clínicas cotidianas.

Nesse cenário, a atuação da Psicologia na RAPS deve manter uma leitura crítica das normativas, reconhecendo que a legalidade não é neutra nem suficiente para assegurar direitos. A existência formal de uma norma não garante, por si só, práticas antimanicomiais. Cabe às(aos) psicólogas(os), em articulação com as equipes e com a rede, sustentar o compromisso com a Reforma Psiquiátrica, com os direitos humanos, com o protagonismo dos(as) usuários(as) e com a recusa a qualquer forma de institucionalização, coerção ou segregação sob a justificativa (ilusória) de cuidado.

1.2.5. A RAPS no âmbito do SUS e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica

Em um caderno de saúde mental na atenção onde fala que atenção básica é ordenadora desse cuidado. Então, o CAPS sempre foi ordenador da saúde mental, daí veio a RAPS, trouxe esse caderno e trouxe outras questões para ampliar.

A RAPS integra o SUS e, portanto, deve operar segundo a lógica das Redes de Atenção à Saúde, com base na territorialização, regionalização, integralidade, longitudinalidade do cuidado e articulação entre diferentes pontos

de atenção. Nesse arranjo, a Atenção Básica ocupa lugar estratégico como porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, sem que isso signifique hierarquização rígida ou subordinação dos demais pontos de atenção e sem apagar a função estratégica dos CAPS na atenção psicossocial especializada e no acompanhamento de situações de maior complexidade.

A Portaria GM/MS nº 635/2023 instituiu incentivo financeiro federal para implantação e custeio das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti. Essas equipes retomam e reconfiguram a função de apoio multiprofissional na Atenção Básica, ampliando as possibilidades de apoio matricial, discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, cuidado compartilhado, atendimento individual, familiar, coletivo e domiciliar, intervenções no território e práticas intersetoriais.

No campo da saúde mental, a presença das eMulti reforça a necessidade de que o cuidado psicossocial não seja restringido aos CAPS. A Atenção Básica deve participar da produção de cuidado em saúde mental nos territórios, em diálogo com a Atenção Psicossocial Especializada e com os demais pontos da RAPS. Isso implica fortalecer o matriciamento, a corresponsabilização, a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares e a continuidade do cuidado, evitando tanto a fragmentação dos encaminhamentos quanto a especialização excessiva das demandas de sofrimento psíquico.

Para a Psicologia, esse marco recoloca a importância de uma atuação que transite entre clínica, território, rede e política pública. A(o) psicóloga(o) pode contribuir para a análise das demandas de saúde mental no território, para a sustentação de espaços coletivos de cuidado, para o apoio às equipes de referência, para a discussão de casos complexos, para a articulação intersetorial e para a construção de estratégias que evitem respostas medicalizantes ou institucionalizantes.

1.2.6. Considerações para a atuação profissional

A gente sabe que dentro da RAPS o nosso maior instrumento é uma tecnologia leve, somos nós.

Os marcos legais da Política de Saúde Mental indicam uma direção inequívoca: o cuidado deve ser territorial, comunitário, integral, intersetorial, orientado pelos direitos humanos e pela participação ativa dos(as) usuários(as). No entanto, a experiência concreta da RAPS revela que esses marcos são permanentemente atravessados por disputas, contradições e insuficiências. A coexistência de dispositivos psicossociais e práticas institucionalizantes exige que a atuação profissional não se limite ao cumprimento formal da norma, mas se comprometa com sua interpretação crítica e com sua operacionalização situada no cotidiano do cuidado em rede.

Nesse sentido, a atuação das(os) psicólogas(os) na RAPS deve tomar os marcos legais como instrumentos de garantia de direitos e não como dispositivos burocráticos. A Lei nº 10.216/2001, a Portaria nº 3.088/2011, as normativas sobre CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, Redução de Danos e Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária oferecem sustentação para práticas comprometidas com o cuidado em liberdade. Ao mesmo tempo, as tensões produzidas por normativas que favorecem internações, comunidades terapêuticas e respostas coercitivas exigem posicionamento ético-político consistente, em defesa do SUS, da Reforma Psiquiátrica, e contra toda forma de retorno da lógica manicomial. São referências indispensáveis para uma Psicologia comprometida com a vida, a liberdade e a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

EIXO 2: A PSICOLOGIA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Um dos usuários disse o seguinte: que a rede era semelhante à rede de circo... é como você estivesse lá na vida, andando na corda bamba e tivesse uma rede de proteção para te apoiar... Então, é esse o entendimento da RAPS, enquanto uma rede de proteção: uma rede que espera que a pessoa não caia, mas, sabendo que isso vai acontecer, da questão de todos os desequilíbrios, das crises que qualquer um de nós está sujeito a passar... vai estar lá para proteger e, principalmente, reerguer as pessoas.

2.1. Inserção Histórica e Transformação da Profissão

Até os anos 1970 e 1980, a identidade profissional da(o) psicóloga(o) no Brasil esteve fortemente associada ao exercício liberal da profissão. Majoritariamente, a atuação da(o) profissional se dava em consultório privado, voltada à clínica individual, em modalidades de psicoterapia e avaliação psicológica ofertadas a uma clientela oriunda das camadas médias urbanas. Essa configuração não dizia respeito apenas à conformação concreta do local de trabalho, mas a uma determinada cultura profissional, sustentada por modelos de formação centrados na autonomia liberal, na prática privada e na perspectiva curativa e individualizante, com a transposição de referenciais teórico-técnicos do Norte, pouco sensíveis às condições concretas de vida da maioria da população brasileira (Ferreira Neto, 2010; Oliveira et al., 2004; Dimenstein, 1998, 2000).

É em profunda vinculação com os movimentos gerados no contexto de redemocratização do país, como o da reforma sanitária e o da luta antimanicomial, já mencionados antes, que a Psicologia vai tomar parte, não apenas no campo da saúde pública brasileira, mas nas políticas públicas de modo mais amplo. Com efeito, as transformações de ordem política, social e institucional que marcaram esse período repercutiram, para além da Saúde, também em setores como a Assistência Social e a Educação. Entidades da categoria, como sindicatos e o Sistema Conselhos de Psicologia, somavam-se aos movimentos sociais na construção de políticas sociais orientadas pela perspectiva dos direitos, com ênfase nos processos inclusivos e em defesa de um bem-estar social, na contramão das políticas neoliberais globalmente hegemônicas.

A presença de psicólogas(os) no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, nas experiências de desinstitucionalização, nos serviços substitutivos, nas conferências, nos conselhos, nas entidades profissionais e nas equipes de saúde pública foi importante para consolidar novas práticas e ampliar a compreensão da saúde mental como campo interdisciplinar, psicossocial e territorial. A profissão contribuiu para a crítica ao manicômio, para a valorização da escuta, para a problematização da subjetividade no campo da saúde coletiva, para a construção de dispositivos de cuidado em liberdade e para o questionamento de práticas normalizadoras, tutelares e segregadoras. Entretanto, essa contribuição não se deu sem ambiguidades.

João Leite Ferreira Neto (2010), ao destacar a entrada expressiva das(os) psicólogas(os) no SUS associada à crítica ao modelo asilar, à constituição do campo da saúde mental e à expansão de serviços públicos substitutivos ou alternativos à lógica manicomial, alerta que esse ingresso ocorreu em tensão com o modelo prevalente de formação da categoria, ainda fortemente centrado na clínica privada — clínica, como vimos, direcionada à mesma classe média de onde provinham as(os) profissionais psicólogas(os), levando a um apagamento das determinações sociais dessa prática. A prevalência desse modelo de clínica psicológica contribuiu para que, especialmente os primeiros anos do movimento antimanicomial e do processo de reforma psiquiátrica no Brasil fossem atravessados por uma oposição declarada entre a clínica e a política — ou, no que diz respeito à Psicologia, entre Psicologia clínica e Psicologia social. Essa oposição, porém, na prática, não teve como se sustentar.

A crítica ao manicômio e ao modelo hospitalocêntrico colocou em primeiro plano a cidadania, os direitos e a transformação das instituições; ao mesmo tempo, a construção dos serviços substitutivos exigiu a reinvenção da própria clínica, de modo que a atenção à singularidade do sofrimento não se separasse das condições sociais, territoriais e políticas de produção da vida. Autores como Tenório (2001, 2002), Louzada e Passos (2019) e Fonseca e Kyrillos Neto (2020) discutem justamente esse entrelaçamento entre clínica e política, indicando que a aposta antimanicomial vai caminhar na direção, não do abandono da clínica, mas do seu deslocamento em relação à sua forma privatista, adaptativa ou hospitalocêntrica.

Para Bezerra Jr. (1994), na medida em que os ideais da luta antimanicomial eram traduzidos em princípios da Reforma Psiquiátrica e introduzidos na realidade da saúde mental no país, os impasses que as experiências concretas do cuidado em liberdade faziam aflorar foram amainando a polarização entre essas duas posições — a clínica e a política —, ao ponto de tornar realizável, no contexto dos serviços substitutivos à lógica manicomial, o que Fonseca e Kyrillos Neto (2020, p.12) nomearam "uma política atenta à clínica e, inversamente, uma clínica atenta à política".

O contexto da saúde pública, com efeito — diz Ferreira Neto (2010) —, pede articulação entre clínica e saúde coletiva, entre singularidade e território, entre escuta e produção de cuidado em rede. Engendrar essas articulações requer transformar a profissão. Um dos principais obstáculos a superar, nesse sentido, diz respeito à tendência a reproduzir, no interior dos serviços públicos, uma identidade profissional clássica, centrada no atendimento individual, na psicoterapia e na relação dual, em detrimento de práticas mais inventivas, coletivas, territoriais e articuladas ao campo da saúde coletiva (Ferreira Neto, 2010; Scarcelli & Junqueira, 2011; Oliveira & Yamamoto, 2014).

Essa tensão entre uma concepção privatista, individual e ambulatorial e outra coletiva e territorial do exercício profissional foi amplamente tematizada na Psicologia brasileira, sobretudo na virada dos anos 1990 para os anos 2000 e ao longo da primeira década dos anos 2000, em um contexto marcado pela consolidação do SUS, pela ampliação da inserção de psicólogas/os nos serviços públicos de saúde e, a partir de 2001, pela vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica. Assim, Magda Dimenstein (1998) discute os desafios para a formação e atuação de psicólogas/os nas Unidades Básicas de Saúde, focalizando os modelos teóricos e práticos que orientavam a atuação profissional e seus efeitos no serviço público de saúde. Já Luis Antonio Baptista (2000), no livro "Fábrica de interiores: a formação psi em questão", resultante de sua tese de doutorado, problematiza a formação em psicologia calcada em modelos estanques, privatizantes e individualistas, que excluem das suas análises as transformações históricas, políticas e sociais de seu tempo. Ao mesmo tempo, o espaço fabril que molda os profissionais é também o espaço da sua subversão, capaz de problematizar a si mesmo e gerar novas formas de subjetividade, sensíveis à variabilidade e imprevisibilidade da vida. E Oliveira *et al.* (2004), em

estudos sobre a formação e a prática de psicólogas/os em Unidades Básicas de Saúde de Natal, mostram que a não incorporação efetiva de uma concepção ampliada de saúde dificulta práticas preventivas, coletivas, equânimes e articuladas à realidade social dos usuários. Em vez de questionar as determinações sociais do sofrimento, uma leitura individualizante e psicologizante dos problemas ocasiona filas, demanda reprimida, cronificação de atendimentos e baixa articulação com as equipes e com o território.

Ora, a realidade do trabalho no contexto do SUS é muito diversa daquela vivida na prática liberal da profissão. Ao atuar na saúde pública, mostra Ferreira Neto (2010), a(o) psicóloga(o) se encontra com uma nova clientela, historicamente distante da clínica privada; passa a lidar com o assalariamento estatal, com normas institucionais, hierarquias, avaliação de produtividade, trabalho em equipe; vê-se diante de outros saberes e práticas já consolidados no campo da saúde pública e precisa lidar com disputas de saber-poder.

Ana Cristina Figueiredo (2010, 2019) identifica três tempos da clínica no campo da saúde mental que vão implicar em transformações nos modos de exercício da profissão. Embora sua descrição tenha como base o referencial da psicanálise, os tempos que propõe são pertinentes às diferentes vertentes da clínica psicológica que tomam parte no SUS. O primeiro tempo que a autora descreve é o dos ambulatorios, nos anos 80, com ênfase no dispositivo da consulta — individual ou grupal — e marcado pela desprivatização do consultório e pela entrada da clínica no serviço público. O segundo é o tempo dos novos serviços, do tipo CAPS, nos anos 90, com ênfase nos dispositivos de convivência — atendimentos coletivos ou em pequenos grupos; oficinas terapêuticas; trabalho e lazer assistidos. É o momento em que se amplia a noção de ambulatório e se instaura a proposta da atenção psicossocial, que vai exigir responsabilidade compartilhada e construção do caso em equipe. O terceiro é o tempo das redes, que cresce em importância ao longo dos anos 2000, em que o caso, articulado à atenção básica em saúde, circula entre diferentes serviços e setores — não só saúde, mas também assistência social, educação, justiça, trabalho, cultura... O dispositivo da construção do caso se amplia, assim, promovendo a circulação do caso como meio permanente para sua construção. Segundo a autora, esses três tempos indicam perdas de controle e de poder-saber para o profissional, mas também ganhos fundamentais: uma clínica menos

solitária, com responsabilidades compartilhadas, mais implicada com o território e mais capaz de acompanhar os sujeitos em seus itinerários singulares.

Em suma, o SUS convoca a Psicologia a considerar os determinantes sociais, econômicos, culturais, raciais, territoriais e institucionais do sofrimento; a operar em equipes multiprofissionais; a compartilhar decisões; a construir Projetos Terapêuticos Singulares; a participar de ações de promoção, prevenção, reabilitação psicossocial e defesa de direitos; e a reconhecer que a clínica, no campo público, não se restringe à psicoterapia individual, mas pode se exercer em múltiplos dispositivos, como acolhimentos, grupos, oficinas, visitas domiciliares, matriciamento, intervenções institucionais, articulações intersetoriais e acompanhamento territorial. Não se trata, como vimos acima, de abandonar a clínica, mas de deslocá-la. A clínica na RAPS não pode ser pensada como ato privado, isolado e centrado exclusivamente no saber da(o) profissional. Ela se realiza no território, na equipe, na rede, nas relações comunitárias, nas disputas institucionais e nas condições concretas de vida dos sujeitos. A escuta psicológica mantém sua relevância, mas precisa estar articulada a práticas de cuidado compartilhado, construção de vínculos, sustentação de autonomia, enfrentamento de violações de direitos e produção de possibilidades de vida.

Esse reposicionamento da clínica converge com a noção de clínica ampliada, formulada por Gastão Wagner de Sousa Campos nos anos 1990 (Campos, 1996-97) e posteriormente incorporada a documentos e políticas do Ministério da Saúde, especialmente no âmbito da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009). Construída no diálogo entre saúde coletiva, Reforma Psiquiátrica e práticas psicossociais, a clínica ampliada tornou-se uma referência central para pensar a reorganização do cuidado no SUS. Ela propõe o deslocamento da clínica, de uma prática centrada exclusivamente na doença, no diagnóstico e na intervenção técnica individualizada, para uma prática que considera o sujeito em sua singularidade, em suas relações, em seu território e em suas condições concretas de vida. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito

não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado.

A clínica ampliada, portanto, não abandona o saber biomédico nem a dimensão técnica do cuidado, mas recusa a ideia de que eles sejam suficientes, sozinhos, para compreender e tratar o sofrimento e o adoecimento. Ela busca articular os enfoques biomédico, social e psicológico, integrando diferentes saberes profissionais e diferentes dimensões da vida do usuário. (Campos, 1996; Brasil, 2009). Para além disso, ampliar a clínica é também afirmar a indissociabilidade entre atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade — eixo que será retomado pela Política Nacional de Humanização no âmbito do SUS (Brasil, 2009).

Nesse sentido, a clínica ampliada não é uma clínica “menos política” nem uma política que abandona a clínica. Trata-se, antes, de uma clínica atravessada pela gestão, pelo território, pela subjetividade, pela participação do usuário e pelas condições sociais de vida. Ela oferece, assim, uma formulação institucional, no âmbito do SUS, para uma clínica não privatista, não individualizante e não restrita ao espaço dos consultórios.

Para concluir, a trajetória da Psicologia no SUS e na RAPS pode ser compreendida como um processo de transformação da profissão e de disputa sobre seus sentidos. Se a Psicologia influenciou a construção do SUS e da RAPS ao contribuir para a crítica ao modelo manicomial, para a Reforma Psiquiátrica, para o trabalho em equipe e para a inclusão da subjetividade como dimensão constitutiva do cuidado, o SUS, por sua vez, influenciou profundamente a Psicologia, ao deslocá-la de uma prática predominantemente privada, liberal e individualizante para um campo público, territorial, interprofissional e orientado por direitos. Essa relação permanece aberta e atravessada por disputas, mas é por meio dela que se assenta o compromisso ético-político da Psicologia na RAPS: sustentar práticas que não reduzam o sofrimento à dimensão individual, que reconheçam os sujeitos em sua singularidade e em seus contextos de vida, e que façam da clínica uma prática pública, territorial, compartilhada e comprometida com a produção de cidadania. Atuar na RAPS, portanto, exige, para além do domínio das técnicas de atendimento, também a implicação com os processos de desinstitucionalização e do cuidado em liberdade, com a construção democrática das políticas públicas,

com a luta contra desigualdades estruturais e com a defesa dos direitos humanos.

2.2. A Psicologia na Articulação da Rede

Nós costumamos brincar que cada sujeito é uma rede, você não tem uma rede definida. Cada sujeito costura sua rede, cada sujeito costura seu território: é como ele está inserido naquele território ou como ele não está inserido naquele território. Boa parte de nosso trabalho é muito mais com o território, de entender como ele está e já pensar em seu retorno.

Para situarmos qual o lugar da Psicologia na articulação da Rede de Atenção Psicossocial, precisamos antes compreender o valor e os sentidos que a noção de rede ocupa junto às políticas de saúde. Desde a formulação constitucional do SUS, os seus princípios e diretrizes — como a integralidade da atenção, a regionalização e a hierarquização — colocam o desafio de articular serviços, profissionais, saberes, tecnologias e territórios em arranjos capazes de responder às necessidades de saúde da população. *Rede* é, portanto, um conceito central na organização do Sistema Único de Saúde, no enfrentamento de um problema histórico: a existência de serviços que funcionam de modo isolado, produzindo encaminhamentos sem retorno, sobreposição de ações, desresponsabilização pelo usuário e peregrinação por diferentes pontos da rede. *Rede*, porém, não é um conceito unívoco. Ele tanto pode designar um *desenho sistêmico-operacional*, voltado à organização de fluxos entre pontos de atenção, quanto a *tessitura viva do cuidado*, produzida nos encontros concretos entre usuários/as, trabalhadoras/es, serviços, famílias, territórios. Entre essas duas acepções, a noção de *linha de cuidado* opera como dispositivo que busca articular fluxos assistenciais, responsabilização, continuidade e integralidade do cuidado.

A concepção de rede como organização regionalizada e hierarquizada de serviços tem uma longa genealogia, frequentemente associada ao Relatório Dawson, publicado no Reino Unido em 1920. Esse relatório traz uma das primeiras formulações modernas de uma rede regionalizada de serviços, com centros primários, serviços secundários e hospitais articulados por referência e transporte de pacientes. Essa formulação é incorporada ao SUS desde a

Constituição de 1988, em que as ações e os serviços públicos de saúde são descritos como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada a serviço da integralidade da atenção. Mas a sua operacionalização no SUS vai se dar sobretudo a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS, de 2001 e 2002, definindo as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Anos mais tarde, com a Portaria nº 4.279/2010, as Redes de Atenção à Saúde se consolidam normativamente, formalizadas como arranjos organizativos integrados por pontos de atenção, sistemas de apoio, sistemas logísticos e governança. A Portaria é apresentada como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoando o funcionamento político-institucional do SUS de modo a garantir o melhor cuidado ao(à) usuário(a). Ela explicita bem a concepção de rede como estrutura operacional: população e região de saúde definidas, pontos de atenção, Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação, sistemas de apoio, sistemas logísticos e governança. Ela também atribui à APS a função de organizar fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção. (Brasil, 2010). Embora a posição estratégica da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado tenha base conceitual nos atributos clássicos — especialmente primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação — sistematizados pela pediatra e epidemiologista americana Barbara Starfield (2002) em sua obra sobre Atenção Primária, é a Portaria nº 4.279/2010 que, no Brasil, sistematiza e consolida essa ideia. Entre os autores brasileiros, Eugênio Vilaça Mendes é o mais associado à consolidação dessa concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Seu livro, *As redes de atenção à saúde* (Mendes, 2011), publicado pela Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), tornou-se referência central para pensar a rede como resposta à fragmentação do sistema, à hegemonia das condições crônicas e à necessidade de qualificar a APS como centro organizador da atenção integral. (Mendes, 2011).

Aqui cabe uma observação, quanto à distinção entre os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde*, ambos mencionados no parágrafo acima. Embora sejam frequentemente utilizados como equivalentes em documentos do SUS, sua história é atravessada por disputas político-conceituais. No Brasil, a

expressão Atenção Básica foi assumida pelo campo da Reforma Sanitária como forma de se diferenciar das versões seletivas e focalizadas da atenção primária, associadas a pacotes mínimos de ações para populações pobres. *Atenção Básica*, assim, não significa simples ou de baixa complexidade, mas atenção de base, estruturante, fundamental para a produção do cuidado no SUS — territorializado, comunitário, multiprofissional e orientado pela integralidade. A expressão *Atenção Primária à Saúde*, por sua vez, se pode remeter à formulação abrangente da Conferência de Alma-Ata — também universalista, participativa e articulada aos determinantes sociais da saúde — corre o risco de se direcionar a modelos mais seletivos, médico-centrados e gerenciais. Por isso, neste texto, escolhemos utilizar preferencialmente *Atenção Básica* para marcar a tradição brasileira do SUS, sem ignorar que parte da literatura e das normativas emprega o termo *Atenção Primária à Saúde* e sem perder de vista as contradições que atravessam a *Atenção Básica* brasileira, a qual não está isenta de ser esvaziada de sua aposta emancipadora, reduzida a uma atenção pobre, focalizada e subfinanciada. Para um maior aprofundamento nesse debate, sugerimos consultar os artigos de Almeida (2022), Feuerwerker (2020) e Giovanella (2018).

Voltando às Redes de Atenção à Saúde, vimos que elas são pensadas como estratégia para deslocar a atenção de uma lógica episódica e fragmentada para uma lógica de continuidade. Porém, uma rede pode estar formalmente desenhada, com fluxos definidos e pontos de atenção identificados, e ainda assim não funcionar como rede para o usuário concreto. Autores como Emerson Merhy, Laura Feuerwerker e Túlio Franco vão afirmar que o cuidado não se produz apenas pela existência de estruturas organizacionais, mas sobretudo no plano micropolítico do trabalho em saúde. Já na década de 90, Merhy (1997, 2002), ao formular a ideia de *trabalho vivo em ato*, mostra que a produção do cuidado ocorre no encontro entre trabalhador(a) e usuário(a), encontro no qual se mobilizam tecnologias duras, leve-duras e leves — as tecnologias duras dizem respeito aos equipamentos, normas e estruturas; as leve-duras, aos saberes técnicos estruturados; e as tecnologias leves, às relações, à escuta, ao vínculo, ao acolhimento e à responsabilização. Pensar rede, nesse registro, exige reconhecer que o cuidado se produz em ato, nas conexões singulares que se estabelecem entre sujeitos, serviços e territórios. José Ricardo Ayres (2004) também vai se aproximar da ideia de *trabalho vivo em ato*, ao pensar o cuidado

como encontro entre sujeitos, mais do que intervenção técnica isolada. O cuidado, assim, envolve projetos de vida, sentidos atribuídos ao adoecimento, possibilidades de diálogo e construção compartilhada de caminhos possíveis.

É no contexto desses debates que, entre os anos 2003 e 2004, a ideia de *linha de cuidado* é formulada, como dispositivo para materializar a integralidade em arranjos concretos de cuidado. Franco e Magalhães Júnior (2004) a descrevem como uma forma de organizar a integralidade da assistência a partir dos fluxos necessários ao usuário. O princípio da integralidade do cuidado é de fato decisivo nesse debate. Ele não se reduz à oferta de todos os procedimentos disponíveis, mas à capacidade de compor respostas adequadas às necessidades singulares dos usuários. Cecílio e Merhy (2003) propõem pensá-lo como eixo da gestão, mostrando que o cuidado integral depende da combinação de diferentes tecnologias e da articulação entre múltiplos trabalhadores e serviços.

Associada, portanto, à integralidade e à corresponsabilização, a linha de cuidado contorna os riscos da racionalidade normativa e burocrática e pode operar como dispositivo de gestão do cuidado, articulando macrogestão, micropolítica e clínica. Ela expressa uma tentativa de organizar o percurso do usuário pelo sistema sem perder de vista a singularidade de suas necessidades. Diferentemente de um simples protocolo, deve garantir acesso, continuidade, responsabilização e articulação entre diferentes pontos da rede. Malta e Merhy (2010) mostram que ela envolve tanto a organização dos serviços quanto os modos concretos de produzir cuidado, incluindo vínculos, projetos terapêuticos, acesso, responsabilização e consideração dos determinantes sociais.

Assim, a linha de cuidado responde à necessidade de organizar fluxos, definir responsabilidades, pactuar acessos e reduzir a fragmentação assistencial, mas ela só se efetiva quando incorpora a dimensão viva do cuidado, isto é, quando se abre à singularidade dos usuários e à negociação cotidiana entre trabalhadores, serviços e territórios. Dessa maneira, a linha de cuidado pode funcionar como ponte entre a rede formal e a rede viva: ela organiza sem necessariamente engessar; orienta sem substituir o julgamento clínico; pactua responsabilidades sem apagar a complexidade dos casos.

A noção de *redes vivas*, como uma multiplicidade de conexões que giram em torno das existências encarnadas, é formulada por Merhy e colaboradores

(2014) radicalizando a ideia de que o cuidado se produz em ato, no encontro entre sujeitos, serviços e territórios. A rede viva é aquela que se faz e se refaz no percurso dos(as) usuários(as), nas estratégias dos(as) trabalhadores(as), nos vínculos produzidos, nos desvios em relação aos fluxos prescritos e nas composições que emergem diante das necessidades reais. Ou seja, a rede formal pode indicar que determinado usuário deve sair da Atenção Básica para um serviço especializado e retornar com contrarreferência; mas, na prática, a continuidade do cuidado pode depender de um telefonema entre profissionais, de uma visita domiciliar, de uma agente comunitária que conhece a família, de um vínculo construído com determinada trabalhadora, de uma articulação informal com a assistência social ou de uma pactuação singular feita em reunião de equipe. A rede viva não nega a importância da rede institucional; mas evidencia que a rede só ganha corpo quando é habitada, acionada e reinventada pelos sujeitos que a compõem. Rede viva é feita de encontros, afetos, apostas, negociações, atalhos, invenções e disputas.

Essa ideia de rede como *tessitura viva do cuidado* orienta o campo da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica. A rede substitutiva à lógica manicomial não pode ser compreendida apenas como conjunto de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico. Como mostram diversos autores (Amarante, Yasui, Tenório, Lancetti), a atenção psicossocial implica uma rede territorial, aberta à cidade, às relações sociais, ao trabalho, à cultura, à moradia e aos modos concretos de existência dos usuários. A rede, nesse campo, não é apenas assistencial; ela é também rede de vida, de liberdade, de mobilidade e pertencimento. A clínica na Rede de Atenção Psicossocial é uma clínica que rompe as paredes do setting tradicional. É uma clínica que se desloca, que acompanha, que se faz no território.

Se a RAPS for entendida apenas como fluxo entre CAPS, ambulatórios, hospitais gerais, unidades básicas e serviços residenciais terapêuticos, corre-se o risco de reproduzir uma lógica burocrática de encaminhamentos. A rede antimanicomial exige mais do que serviços substitutivos; exige práticas substitutivas. Isso significa produzir cuidado em liberdade, sustentar vínculos, operar no território, reconhecer singularidades e construir projetos terapêuticos que não se limitem à estabilização sintomática ou à administração da crise.

O desafio, portanto, é pensar redes de cuidado capazes de articular desenho institucional e invenção cotidiana. Isso implica reconhecer que fluxos, protocolos e sistemas de regulação são necessários, mas insuficientes. A produção de cuidado depende também de vínculos, escuta, responsabilização, pactuação e abertura à singularidade. A rede que interessa ao SUS não é apenas aquela que encaminha corretamente, mas aquela que sustenta o cuidado ao longo do tempo, que evita que o usuário se perca entre serviços, que reconhece sua história e que articula diferentes recursos em torno de suas necessidades.

É nesse contexto, quando a rede deixa de ser apenas uma arquitetura formal de serviços e passa a se constituir como prática situada de cuidado, que a Psicologia participa da articulação da RAPS, operando na dimensão relacional, subjetiva, institucional e territorial que sustenta a continuidade do cuidado. Ela contribui com algumas ferramentas técnicas que lhes são próprias. Uma delas é a qualificação da escuta, que deixa de ser restrita ao atendimento psicoterápico, mas se volta à singularidade do sofrimento em sua relação com vínculos, território, história de vida e condições sociais. Outra ferramenta diz respeito à análise dos processos psicossociais que atravessam o cuidado, permitindo compreender de que forma desigualdades, violências, racismo, pobreza, estigma, medicalização, rupturas familiares e dinâmicas institucionais participam da produção do sofrimento e dos modos de acesso à rede. A Psicologia também oferece ferramentas que direcionam a forma da atenção às crises, afastando-se de uma leitura exclusivamente sintomática ou comportamental para uma abordagem que considere a crise como acontecimento subjetivo, relacional e territorial, requerendo acolhimento, manejo compartilhado, sustentação de vínculos e preservação de direitos.

Somando-se às demais profissões do campo, a Psicologia, com suas ferramentas, pode contribuir para que a rede não se reduza a referência e contrarreferência, mas se constitua como uma rede de vínculos, responsabilidades compartilhadas e produção de possibilidades de vida. Essa contribuição ganha expressão em dispositivos próprios à RAPS, como a construção compartilhada dos casos, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, o apoio matricial às equipes, a articulação territorial e intersetorial e

a análise das práticas institucionais, que serão abordados quando se tratar da atuação da(o) psicóloga(o) na RAPS (Eixo 3).

2.3. Interprofissionalidade e intersetorialidade: diálogo interdisciplinar e confluências epistêmicas

É quando esses saberes se entrelaçam, se cruzam, e esse entrelaçamento do saber é o que dá mais trabalho porque às vezes alguns profissionais se sentem invadidos dentro do seu saber, outros sentem que estão fazendo o saber do outro e não o seu. Mas a proposta do trabalho no CAPS o tempo todo provoca justamente isso, da gente sair do nosso quadrado e conseguir transitar nesses saberes...

Assim como a implementação de Redes de Atenção à Saúde — propondo o reordenamento e a articulação dos seus equipamentos e estratégias — é, como vimos, uma exigência do SUS que se fundamenta especialmente na diretriz da integralidade, também a reorganização do trabalho e a reformulação das práticas profissionais e seus saberes se impõem como necessárias para a atenção integral à saúde da população. Juarez Furtado (2011) vai se valer das noções de interdisciplinaridade e de interprofissionalidade para abordar esse tema — o primeiro termo dizendo respeito ao domínio do conhecimento, na vertente epistemológica, e o segundo, ao domínio das práticas concretas, no contexto das equipes e seus serviços. Acompanhamos o autor no seu pensamento, não somente pela importância em distinguir disciplina e profissão — a confusão ou indistinção entre os termos *multiprofissional*, *multidisciplinar* e *interdisciplinar* é frequente no mundo do trabalho —, mas pelo desafio a mais que representa o termo *interprofissionalidade* em relação ao de *multiprofissionalidade*, mais comumente encontrado, colocando ênfase nas práticas comuns que se constroem no cruzamento ou encontro entre duas ou mais profissões, em contextos multiprofissionais. (Ceccim, 2018).

Tratemos de definir brevemente cada um desses termos. Se *multiprofissionalidade* designa a presença de várias profissões no mesmo campo de trabalho, *interprofissionalidade* é a prática colaborativa entre profissões, orientada pela construção compartilhada do cuidado. Já a interdisciplinaridade remete ao diálogo entre disciplinas ou campos de saber que se colocam em relação com respeito a uma dada problemática. Por fim, autores como Freitas et

al. (1994), Nicolescu (1999) e Passos & Barros (2000) vão mencionar ainda o termo *transdisciplinaridade*, o qual sugere a produção de um plano comum de cuidado que atravessa fronteiras profissionais e disciplinares, articulando saberes técnicos, experiências de usuários(as) e familiares, saberes comunitários, movimentos sociais e forças vivas do território.

Esses termos não são excludentes. Na RAPS, o serviço pode ser multiprofissional em sua composição, buscar ser interprofissional em seu modo de trabalhar, sustentar interdisciplinaridade em suas leituras teórico-clínicas e orientar-se por um horizonte transdisciplinar quando se abre ao território, aos movimentos sociais, aos saberes comunitários e à experiência dos(as) usuários(as).

Contudo, não é sem desafios que se realiza a passagem de uma dimensão uni ou multidisciplinar do trabalho em saúde para uma prática colaborativa na perspectiva interprofissional — frequentemente sustentada por diálogos interdisciplinares ou, eventualmente, de caráter transdisciplinar. Reportando-se à sociologia das profissões, Furtado (2011) considera que uma tal prática, interprofissional, envolve uma disputa entre duas forças antagônicas: a das corporações profissionais, que busca garantir um mercado de trabalho inviolável e em expansão; e a da colaboração profissional, que visa "colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e até a intersubjetividade" (Furtado, 2011, p. 2). Negar, porém, as especificidades alcançadas por meio da formação profissional, não favorece a colaboração — trata-se, antes, de estabelecer as pontes necessárias entre duas posições antagônicas na sua origem, mas necessariamente interdependentes.

Campos (2000) encontra, nas noções de *campo* e *núcleo*, uma ponte possível entre esses dois pólos. De acordo com o autor, enquanto *núcleo* delimita os contornos da identidade de uma área de saber e de prática profissional, *campo* constitui um espaço mais amplo e compartilhado, de limites imprecisos, em que disciplinas e profissões de diferentes núcleos se articulam para realizarem uma dada tarefa, teórica ou prática, como resposta a problemas concretos que não se esgotam em uma única disciplina ou profissão. Dessa forma, uma equipe pode ser *multiprofissional* em sua composição — ou seja, contar com núcleos profissionais diversos — e ainda assim funcionar de modo fragmentado, quando cada núcleo atua isoladamente. Mas quando esses

núcleos se colocam em relação dentro de um campo comum, produzindo leituras, decisões e intervenções compartilhadas, configura-se uma prática interprofissional.

Podemos considerar, portanto, a atenção psicossocial como um campo comum — concernente à clínica ampliada, ao cuidado em liberdade, à defesa de direitos e à produção de autonomia —, no qual diferentes núcleos profissionais — Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Medicina, Terapia Ocupacional, Educação Física, Farmácia, entre outros — são convocados a compor estratégias compartilhadas de cuidado. Essas estratégias configuram práticas interprofissionais que se engendram no diálogo interdisciplinar ou, ainda, transdisciplinar. No caso, a transdisciplinaridade não se limitaria à cooperação entre disciplinas já constituídas, apontando para a produção de um plano comum, situado nos problemas concretos que atravessam a vida dos sujeitos. Esse plano comum não está dado previamente. Na atenção psicossocial, ele se constrói no acompanhamento dos casos, nas reuniões de equipe, nas assembleias, nas visitas domiciliares, nos atendimentos compartilhados, nas ações territoriais, nas pactuações intersetoriais e nos conflitos institucionais.

Isso não significa dissolver as diferenças entre as profissões, nem apagar responsabilidades técnicas específicas. Significa reconhecer que nenhuma disciplina, isoladamente, é capaz de apreender a complexidade do sofrimento psíquico em sua articulação com as condições concretas de existência. A loucura, o sofrimento psíquico, o uso problemático de substâncias, as crises, as violências e as vulnerabilidades não cabem integralmente nas categorias da Psicologia, da Psiquiatria, do Serviço Social, da Educação ou do Direito. Elas exigem a construção de zonas de cruzamento entre saberes, sem eliminar as tensões entre eles. A Psicologia pode oferecer ferramentas fundamentais para a escuta da singularidade, para a análise dos vínculos, dos processos subjetivos, dos efeitos institucionais e das formas de sofrimento; mas essas ferramentas precisam entrar em relação com as ferramentas de outros campos disciplinares e profissionais, que permitam a leitura da realidade complexa na qual esse sofrimento emerge.

Assim, se a Psicologia tem uma contribuição relevante a oferecer, ela tem também muito a aprender. Sua presença na RAPS pode ajudar a sustentar

perguntas sobre o sujeito que sofre, seus modos de vínculo, seus impasses, seus desejos, suas defesas, seus silêncios e suas formas de resistência. Pode também contribuir para problematizar práticas excessivamente normativas, tuteladoras ou adaptativas, especialmente quando determinadas intervenções buscam apenas normalizar comportamentos, impor adesões ou ajustar o sujeito a uma ordem social que participa de seu sofrimento. No entanto, a Psicologia também precisa ser interpelada por outros saberes e experiências, para não transformar problemas sociais, políticos e econômicos em dificuldades exclusivamente individuais ou familiares. O diálogo inter ou transdisciplinar que a prática interprofissional possibilita é também um exercício de crítica da própria Psicologia.

Recorremos novamente a Furtado (2011) para salientar que a colaboração interprofissional, sendo trabalho em equipe, *com e entre muitos*, não é simples de alcançar. Se a vontade deliberada de seus integrantes é necessária, ela não é, por si só, suficiente. Um ambiente democrático e mecanismos institucionais que garantam a sustentação de espaços intra-equipes são fundamentais para que práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações possam acontecer.

Essa exigência de cooperação, contudo, não se restringe ao interior das equipes ou aos limites institucionais dos serviços de saúde. A mesma complexidade que convoca a interprofissionalidade — isto é, a impossibilidade de que uma única profissão ou disciplina responda, sozinha, aos impasses do cuidado — requer também, e necessariamente, a intersetorialidade. Na RAPS, os casos não se constroem apenas no percurso entre acolhimento, oficina, grupo, visita domiciliar ou atendimento compartilhado. Eles se constroem também na escola que exclui ou sustenta, no benefício que tarda, na violência que se repete, na família que cuida e adocece, na vizinhança que protege ou ameaça. Essas dimensões não são exteriores ao sofrimento psíquico; elas participam de sua produção, permanência e, também, das possibilidades de seu manejo.

Por isso, a atenção psicossocial não pode se limitar à articulação entre pontos de atenção em saúde. Ela exige a composição com outras políticas públicas e com outros atores sociais do território. Se a interprofissionalidade diz respeito à construção compartilhada do cuidado entre diferentes núcleos

profissionais, a intersetorialidade amplia esse campo para as instituições, políticas, equipamentos e atores sociais implicados na produção cotidiana da vida.

A articulação com o Sistema Único de Assistência Social é um dos elementos mais decisivos dessa intersetorialidade. A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Brasil, 1993) define a Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado, compondo a seguridade social brasileira como política não contributiva voltada a prover mínimos sociais e atender necessidades básicas. Com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a assistência social se estrutura como sistema descentralizado e participativo, com serviços de proteção social básica e especial, entre os quais se situam Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviços de acolhimento, convivência, fortalecimento de vínculos e acompanhamento de situações de violação de direitos. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução CNAS nº 109/2009 (Brasil, 2009), oferece, nesse sentido, diretrizes institucionais importantes para pactuações entre saúde mental e assistência social.

Na prática da RAPS, a interface com o SUAS é cotidiana. Usuários(as) em sofrimento psíquico frequentemente enfrentam situações de vulnerabilização diversas — podem estar em situação de rua, insegurança alimentar, desemprego, violência doméstica, rompimento de vínculos familiares, ausência de documentação, acolhimento institucional ou necessidade de acesso a benefícios socioassistenciais. Nesses casos, delegar à assistência social tudo aquilo que aparece como “social”, significaria separar o sofrimento psíquico das condições materiais e institucionais que sustentam a vida, como se essas dimensões não fossem profundamente entrelaçadas. A articulação intersetorial pressupõe a construção de estratégias comuns, capazes de conjugar proteção social, acesso a direitos, fortalecimento de vínculos e acompanhamento clínico-territorial.

Algo semelhante ocorre na relação com a Educação. Crianças, adolescentes e jovens chegam muitas vezes à RAPS a partir de queixas escolares, conflitos familiares, situações de violência, uso de substâncias, isolamento, autolesões, tentativas de suicídio ou processos de medicalização da

infância. A escola pode operar como espaço de exclusão, silenciamento e classificação, mas pode também sustentar pertencimento, continuidade de vínculos e abertura de futuro. A articulação entre RAPS, Atenção Primária, escolas, conselhos tutelares e assistência social é decisiva justamente porque permite deslocar a leitura individualizante da “criança-problema”, do “adolescente difícil” ou da “família desestruturada”, recolocando a pergunta sobre as condições de escolarização, as relações institucionais, as violências sofridas e as possibilidades concretas de inclusão. A Psicologia pode contribuir nesse campo, sustentando uma escuta que não reduza a dificuldade escolar a um diagnóstico, mas que também não ignore a necessidade de cuidado diante de sofrimentos que afetem e desestabilizam o cotidiano da vida.

A intersectorialidade no campo dos Direitos Humanos e da Justiça costuma envolver situações de internação compulsória ou involuntária, curatela, medidas protetivas, violência institucional, violência policial, e é requerida especialmente quando o cuidado se volta a populações historicamente vulnerabilizadas. A Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), ao afirmar direitos e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, oferece um marco jurídico-político indispensável para a defesa do cuidado em liberdade. Porém, a efetivação desses direitos depende de práticas concretas capazes de enfrentar a persistência de lógicas manicomiais que podem reaparecer sob a forma de tutela, segregação, criminalização ou produção administrativa de abandono. A interlocução com Defensorias Públicas, Ministérios Públicos, Judiciário, conselhos de direitos e mecanismos de prevenção à tortura pode ser uma via para inibir atos que, em nome de um pretenso cuidado, configurem segregação ou punição de sujeitos em sofrimento.

A articulação com os setores da cultura, trabalho e renda também é constitutiva da atenção psicossocial. A Reforma Psiquiátrica brasileira sempre esteve ligada à ampliação dos espaços de circulação social, à produção de cidadania e à criação de dispositivos que restituíssem aos sujeitos possibilidades de encontro, criação, expressão e pertencimento. Oficinas, cooperativas, iniciativas de economia solidária, projetos culturais, centros de convivência e experiências comunitárias operam como dispositivos clínico-políticos quando permitem que seus usuários(as) encontrem outros lugares sociais, para além daqueles definidos pelo diagnóstico, pela incapacidade ou pela periculosidade.

A Psicologia, nesse campo, pode contribuir para sustentar a dimensão subjetiva dessas experiências, sem reduzi-las a instrumentos de adaptação produtivista ou de reabilitação funcional.

Nos últimos anos, a atenção psicossocial precisou se voltar ao meio ambiente como setor com o qual também construir articulações. Em contextos de catástrofes, deslocamentos forçados e vulnerabilidades territoriais intensificadas, a intersectorialidade convoca a RAPS a dialogar necessariamente com políticas urbanas, ambientais, habitacionais, de segurança alimentar e de defesa civil. Com efeito, as más condições ambientais e territoriais — desastres ambientais, enchentes, remoções, contaminação, mas também ausência de saneamento, insegurança alimentar, violência urbana, falta de áreas de convivência, racismo ambiental e destruição de modos de vida comunitários — afetam diretamente a saúde mental. Considerar a dimensão socioambiental do sofrimento é reconhecer que a saúde mental não pode ser separada do direito à cidade, à terra, à moradia, à água, à segurança alimentar e à participação comunitária. Milton Santos (1996) ajuda a compreender o território como espaço humano: ele é usado, vivido, disputado; nele se cruzam normas, fluxos, objetos técnicos, relações de poder, formas de cooperação e estratégias de sobrevivência. Para a RAPS, isso significa que a presença no território não se limita a mapear equipamentos ou organizar fluxos assistenciais. Trata-se de compreender como se produzem, naquele espaço concreto, vulnerabilidades e recursos, rupturas e pertencimentos, violências e formas de resistência.

A intersectorialidade, nessa perspectiva, não se faz, porém, apenas entre políticas públicas formalmente instituídas. Ela também depende das forças vivas do território: movimentos sociais, iniciativas de economia solidária e coletivos culturais; associações de moradores, grupos religiosos e lideranças comunitárias; coletivos antirracistas, feministas, LGBTQIA+; fóruns de saúde mental, universidades, projetos de extensão; redes de solidariedade e experiências comunitárias de cuidado. Muitas vezes, são esses atores que conhecem os itinerários dos sujeitos naquele território, os lugares onde encontram apoio e proteção, os seus espaços de pertencimento que sustentam a vida, ali onde a rede formal falha ou não chega.

Interagir com as forças do território significa reconhecer saberes que não se organizam segundo a racionalidade técnico-científica. A atenção psicossocial

aproxima-se, aqui, de um conjunto de formulações que, embora distintas entre si, recusam o monopólio do saber científico na produção da verdade: o diálogo de saberes, em Enrique Leff e Paulo Freire; a interculturalidade crítica, em Catherine Walsh; a ecologia de cuidados, em João Arriscado Nunes e Marília Louvison; a ecologia de práticas, em Isabelle Stengers; e a ecologia de saberes, em Boaventura de Sousa Santos. Em comum, essas perspectivas afirmam a necessidade de articular saberes acadêmicos, técnicos, populares, comunitários, territoriais e tradicionais, sem apagar as assimetrias de poder que atravessam essa articulação. No campo da RAPS, isso implica valorizar a experiência de quem vive o sofrimento, de quem cuida cotidianamente, de quem habita o território e de quem resiste às violências institucionais.

Essa abertura a confluências epistêmicas amplia a interdisciplinaridade para além do diálogo entre profissões universitárias. Em um país marcado por desigualdades de classe, raça, gênero, entre outras, a produção de cuidado exige a crítica aos modos como certos saberes foram historicamente autorizados a nomear, classificar, normalizar e governar vidas. A Psicologia, ao participar da RAPS, precisa enfrentar sua própria história de adesão a práticas normativas, adaptativas, higienistas e racistas. Ao mesmo tempo, pode contribuir para a construção de práticas que escutem a diferença sem patologizá-la, que reconheçam sofrimento sem reduzi-lo à doença, que afirmam direitos sem tutelar existências e que produzam cuidado sem impor modelos de normalidade.

As confluências epistêmicas também aparecem no encontro entre saúde coletiva, psicanálise, análise institucional, Psicologia social, redução de danos, educação popular, luta *antimanicomial* (conforme o eixo 1) e antiproibicionista, feminismos, direitos humanos, saberes comunitários. A composição dessa multiplicidade não é isenta de conflitos. Ao contrário, o campo da atenção psicossocial é feito de disputas sobre o que se entende por cuidado, liberdade e cidadania. À Psicologia, não compete eliminar essas tensões, mas contribuir para que elas possam ser trabalhadas coletivamente, evitando que a resposta institucional aos impasses do cuidado recaia na segregação, judicialização ou tutela.

Por fim, a intersetorialidade na RAPS requer condições concretas de sustentação. Ela demanda tempo, vínculo, negociação, disponibilidade para o encontro e capacidade institucional de sustentar impasses. Requer espaços

regulares de reunião, comunicação entre serviços, apoio da gestão, educação permanente, reconhecimento do trabalho territorial e valorização das equipes. Quando reduzida a uma exigência formal, torna-se mais uma tarefa burocrática; quando sustentada como prática viva, ela amplia as possibilidades de cuidado em liberdade.

Para a Psicologia, esse horizonte reafirma que a atuação na RAPS não se limita ao atendimento psicológico individual, ainda que a escuta clínica permaneça fundamental. A(o) psicóloga(o) participa da rede ao construir casos com a equipe, apoiar a Atenção Primária, compor estratégias com outras políticas públicas e acompanhar usuários(as) em seus itinerários no território. Participa também quando tensiona práticas tutelares, escuta trabalhadores(as), reconhece saberes comunitários e contribui para a defesa de direitos. Interprofissionalidade, intersetorialidade, diálogo interdisciplinar e confluências epistêmicas constituem, assim, dimensões inseparáveis de uma Psicologia comprometida com a Reforma Psiquiátrica e com a atenção psicossocial em favor da produção de cuidado, liberdade e possibilidades de vida.

EIXO 3: ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NOS COMPONENTES DA RAPS

“Eu percebo que a rede funciona mais quando são pessoas mesmo, do que a própria rede em si, se a gente olhar pra caixinha de cada um, do que cabe a cada serviço nem sempre a gente consegue dar andamento, a gente não consegue ser resolutivo quando não há um movimento de pessoas, de conversarem para olhar pra cada caso e verem, “ok, o que nós podemos fazer nessa situação?”.

3.1. A Clínica no Território

No eixo anterior, para abordar a Psicologia na RAPS, nos detivemos na noção de rede, enfatizando que é *em rede* e *no território* que a atenção psicossocial pode se fazer. Na gestão da saúde, frequentemente a noção de território é reduzida a um operador político-administrativo, como recorte geográfico em que atua um serviço ou uma rede de serviços. Embora necessária, essa concepção se mostra insuficiente para uma construção coletiva de práticas produtoras de saúde no SUS (Amaral & Escóssia, 2021). Com Milton Santos (1987, 1996, 2001), compreendemos território como espaço usado e vivido, produzido por relações sociais, práticas cotidianas, instituições, desigualdades, vínculos e formas de circulação. Deleuze e Guattari (1997) permitem pensá-lo como território existencial, isto é, como zonas de consistência subjetiva, construídas processualmente por sujeitos e coletivos, por meio de afetos, ritmos, signos, vínculos e modos de expressão. Na RAPS, essas duas concepções de território se cruzam: esse cruzamento diz do modo como cada sujeito consegue — ou não — habitar o território usado, fazer dele o seu chão. Trata-se de uma dimensão constitutiva da clínica na atenção psicossocial, um operador clínico-político, pois é nele que se produzem tanto o sofrimento quanto às possibilidades de vínculo, pertencimento e autonomia. (Lima & Yasui, 2014).

Cuidar em rede e no território exige, portanto, considerar as formas concretas e singulares com que as populações produzem vida, na diversidade dos lugares que compõem o país. São diferenças de porte, de geografia, de renda, de cultura. São zonas urbanas e rurais. Há povos indígenas, quilombolas,

ribeirinhos, população negra e imigrantes. A essa diversidade, soma-se o fato de que a RAPS expandiu-se de forma desigual no território nacional, fazendo persistirem vazios assistenciais e iniquidades sociais que precisam ser enfrentadas.

Assim, em territórios indígenas, o cuidado psicossocial se faz em diálogo com cosmologias, medicinas tradicionais, lutas por terra, experiências históricas de violência colonial e estratégias de resistência. Em comunidades quilombolas, a saúde mental se articula à defesa do território, à memória ancestral, ao racismo e aos saberes comunitários de cuidado. Igualmente, junto à população negra, se a saúde mental passa pelo reconhecimento dos efeitos do racismo, ela não se encerra nesse reconhecimento, mas se faz também com redes de pertencimento, com saberes ancestrais e com expressões culturais que são modos de resistência e produção de vida. No acolhimento a migrantes e refugiados, para quem o território é também experiência de deslocamento, barreira linguística e acesso desigual a direitos, a atenção psicossocial requer mediação cultural e reconstrução de pertencimentos. Entre os ribeirinhos, o cuidado se constrói em relação com a matéria de que é feita sua subjetividade: águas do rio; tempos da cheia e da vazante; matas e igarapés; encantados; saberes de cura; e laços comunitários. Atuar na RAPS, nesses territórios, é também aprender com modos situados de vida, compondo caminhos do cuidado que possam ser acessados e que protejam o bem-viver sem colonizar formas próprias de existir.

Duas experiências, diversas entre si, ajudam a dar materialidade à ideia de um cuidado situado. Abaetetuba é um município da Amazônia paraense que reúne uma zona urbana, áreas rurais de estradas e ramais e uma extensa região ribeirinha composta por 72 ilhas, entrecortadas por rios, furos e igarapés. No que diz respeito à população das ilhas, o acesso à saúde mental não pode depender apenas da ida dos(as) usuários(as) a um serviço fixo, pois a própria circulação se organiza pelos rios, pelas marés, pelas distâncias e pelos tempos da vida ribeirinha. Assim, em articulação com a Unidade Básica de Saúde Fluvial e com as equipes da Atenção Básica, foi construída a proposta do CAPS Fluvial de Abaetetuba, apostando na itinerância do cuidado, em rodas de conversa, escutas no território e trocas de saberes com populações ribeirinhas, quilombolas e povos da floresta. (Carvalho *et al.*, 2026). A adaptação logística

do equipamento, fundamental para garantir acesso, somou-se a uma concepção da atenção psicossocial capaz de reconhecer modos de vida, recursos culturais, saberes ancestrais e estratégias comunitárias de resistência como parte do próprio cuidado, oferecendo acolhimento e acompanhamento dignos àquela população.

Em outro registro territorial — urbano e metropolitano —, o programa *De Braços Abertos*, implementado na região da Luz, em São Paulo, em 2014, também oferece pistas para pensar a articulação entre cuidado e território na perspectiva da intersectorialidade. Desenvolvido em uma cena aberta de uso de drogas, marcada historicamente por repressão, estigma e sucessivas operações de dispersão, o programa deslocou o foco da eliminação do “problema” urbano para a melhoria das condições de vida das pessoas que ali viviam fazendo uso prejudicial de crack e outras drogas. Sua proposta articulava moradia em hotéis da região, alimentação, trabalho remunerado em serviços de zeladoria urbana e mediação de acesso à saúde e à assistência social, sem exigir abstinência como condição para o cuidado. Ao se orientar pela redução de danos e pela construção de vínculo, o programa indicou que, em territórios de uso intensivo de drogas, cuidar não pode se reduzir à internação, à remoção ou à repressão policial; exige construir presença pública no território, ampliar direitos e produzir condições mínimas para que outros laços com a cidade se tornem possíveis. (Teixeira, Lacerda, & Ribeiro, 2018).

Ambas as experiências mostram que a RAPS se fortalece quando suas práticas se afastam de modelos abstratos e se constroem a partir dos modos concretos como cada população habita o seu chão, sofre, resiste e produz vida. Em Abaetetuba, isso requer navegar pelos rios e aprender com o território líquido. Na região central da capital paulista, implica enfrentar a lógica da expulsão e sustentar o cuidado onde a cidade insiste em produzir abandono. Em ambos os casos, o território não é *cenário* da intervenção, mas *matéria viva* da clínica e da política. Nesse sentido, atenção psicossocial e território não são estanques nem disjuntos, mas se coengendram nas práticas concretas de um cuidado que é sempre coletivo, compartilhado entre atores múltiplos de um território.

3.2. Práticas Psicológicas nos Componentes da RAPS

Eu acho que focar os trabalhos em grupos... articular esses grupos para que eles sejam operativos, pra que eles sejam sujeitos, pra que eles sejam grupos de formação de sujeitos, de pessoas que se entendem como capazes de mudar sua situação, capazes de construir suas vidas. Eu acho que é o principal foco da Psicologia

3.2.1. Práticas transversais

É a partir da compreensão de território como matéria viva de uma clínica imbuída da lógica da atenção psicossocial, conforme vimos acima, que passamos a abordar a atuação da(o) psicóloga(o) nos diferentes componentes da RAPS. Esses componentes configuram modos distintos de presença da rede nos territórios. Em cada um deles, a Psicologia é convocada a sustentar práticas clínicas que se articulem às condições concretas de vida dos(as) usuários(as), aos recursos comunitários, às políticas públicas e aos vínculos que tornam possível o cuidado em liberdade. Assim, o modo de atuação da Psicologia na RAPS não se define somente pelas atribuições específicas de cada equipamento — algumas das práticas com que as(os) psicólogas(os) operam na RAPS perpassam a rede em todos os seus componentes. São atitudes, estratégias e dispositivos que atestam o deslocamento que o campo da atenção psicossocial impõe à Psicologia: de uma prática centrada no atendimento individual para uma clínica pública, compartilhada, territorial e implicada com a produção de rede.

Uma primeira estratégia diz respeito à *construção compartilhada dos casos*. Tomamos de Ana Cristina Figueiredo (2004) a noção de *construção do caso*, no lugar de *discussão do caso*, entendendo que, no campo da atenção psicossocial, o caso não é dado apenas pelo diagnóstico, pela crise ou pela demanda apresentada ao serviço. Ele se constrói progressivamente, a partir da escuta do sujeito — sua história, vínculos, modos de circular pelo território, condições materiais de vida e instituições que atravessam sua existência. A Psicologia, aqui, pode contribuir para ampliar a leitura do sofrimento, evitando que ele seja reduzido seja à dimensão psicopatológica individual, seja a uma determinação social abstrata. O sofrimento psíquico aparece, antes, como experiência singular

produzida na articulação entre história subjetiva e relações sociais, entre vulnerabilidades e possibilidades de vida.

A construção do caso, porém, não é tarefa solitária da(o) psicóloga(o). Ao contrário, na RAPS ela se realiza em equipe e em rede. Isso implica deslocar a escuta psicológica de uma posição privada e dual para um espaço compartilhado, capaz de compor com diferentes saberes e dispositivos. A escuta mantém sua centralidade, mas opera de forma transversal, em estratégias e dispositivos diversos: acolhimentos, oficinas, grupos, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, matriciamento, assembleias, reuniões de equipe, articulações intersetoriais e Projetos Terapêuticos Singulares. Nesses espaços, a Psicologia pode ajudar a sustentar perguntas fundamentais: o que está em jogo para este sujeito? Que vínculos sustentam ou fragilizam sua vida? Que instituições o capturam ou o protegem? Com quais recursos ele pode contar no território? Que ofertas de cuidado ampliam sua autonomia e quais, ao contrário, reforçam dependência, tutela ou segregação?

Outro operador transversal à RAPS é a elaboração do *Projeto Terapêutico Singular* (PTS). Trata-se de um dispositivo privilegiado para transformar a rede em cuidado, pois exige a pactuação de responsabilidades entre profissionais, serviços, usuários e familiares. Quando construído de fato em equipe, com participação do(a) usuário(a) e articulação com sua rede de vida, o PTS permite que o cuidado se conduza, não como uma sequência de condutas isoladas, mas como estratégia compartilhada. Ele possibilita reunir, em torno de um caso, diferentes leituras, responsabilidades e apostas, articulando acompanhamento clínico, proteção social, vínculos familiares, circulação territorial, acesso a direitos e projetos possíveis. Nesse sentido, o PTS se constitui em um operador de corresponsabilização e de produção de autonomia. A contribuição da Psicologia, no processo de elaboração do PTS, pode estar na atenção às dimensões subjetivas e vinculares do Projeto, na identificação de impasses relacionais, na escuta dos desejos e recusas do usuário, na problematização de intervenções excessivamente normativas e na sustentação de apostas terapêuticas que não se limitem à adesão medicamentosa ou ao controle da crise. Não se trata de, como a(o) psicóloga(o), ocupar o lugar de intérprete exclusiva(o) da subjetividade, mas de colocar seu núcleo de saber em

composição com outros núcleos profissionais e com os saberes do próprio sujeito, de sua família e do território.

Nessa mesma direção, o acompanhamento terapêutico (AT) constitui um dispositivo especialmente pertinente à RAPS, por radicalizar a dimensão territorial da clínica. Vinculado às experiências de desinstitucionalização e à crítica ao modelo manicomial, o AT desloca o cuidado do interior das instituições de tratamento para o espaço aberto da vida cotidiana, acompanhando o(a) usuário(a) em suas formas de habitar a cidade. Não se trata de simplesmente “levar” o sujeito a determinados lugares nem de vigiar sua conduta no território, mas, sim, de sustentar uma presença clínica capaz de favorecer passagens, construir vínculos, manejar impasses e ampliar possibilidades de existência. Na RAPS, o AT pode operar articulado aos diferentes componentes da rede, como também às escolas, à assistência social, à cultura e a outros recursos comunitários, funcionando como um dispositivo de ligação entre serviços, sujeitos e territórios. Para a Psicologia, ele recoloca de modo radical a clínica no cotidiano, envolvendo: acompanhar sem tutelar, intervir sem colonizar os modos de vida, sustentar presença sem transformar o cuidado em controle. O AT, assim, operando como um articulador da rede, faz com que esta aconteça nos deslocamentos, nas brechas, nos encontros e nas experimentações que tornam possível a construção de novos territórios existenciais.

Um quarto dispositivo transversal é o *matriciamento*, especialmente na relação entre a RAPS e a Atenção Básica. Campos e Domitti (2007) definem o apoio matricial e a equipe de referência como metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, voltada à ampliação da clínica e à integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões. No campo da atenção psicossocial, a(o) psicóloga(o), na função de matriciamento, pode participar de discussões de caso, atendimentos compartilhados, construção de estratégias de cuidado no território e processos de educação permanente. O apoio matricial não se confunde com supervisão hierárquica, triagem ou simples capacitação técnica. Trata-se de um modo de compartilhar responsabilidades, construir casos conjuntamente, agregar saberes e ampliar a capacidade das equipes de referência para acolher, compreender e acompanhar situações de sofrimento psíquico no território.

Esse dispositivo é particularmente importante porque uma das formas mais frequentes de empobrecimento da rede é a transformação de toda demanda em encaminhamento. Quando cada serviço apenas remete o usuário a outro ponto, a rede se torna circuito de circulação sem responsabilização. A Psicologia pode ajudar a interromper essa lógica ao sustentar, junto às equipes, uma pergunta clínica e política: o que este serviço, esta equipe e este território podem oferecer a esse sujeito, nessa situação, antes, durante e depois de qualquer encaminhamento? Trata-se de compor uma estratégia compartilhada de cuidado em lugar de transferir responsabilidades.

A atuação psicológica na RAPS também exige *articulação territorial e intersetorial do cuidado*, outra das práticas transversais em operação na rede. Ela se justifica uma vez que o sofrimento psíquico não se apresenta apenas nos serviços de saúde. O sofrimento se manifesta em diferentes espaços (família, escola, trabalho, rua, instituições de acolhimento, sistema de justiça) e situações (violência, pobreza, racismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, abandono ou ruptura de vínculos). Por isso, a Psicologia precisa dialogar com assistência social, educação, cultura, trabalho, habitação, justiça, conselhos tutelares, movimentos sociais e equipamentos comunitários, evitando que a transferência burocrática de problemas de um setor a outro prevaleça sobre uma articulação de fato intersetorial. Nessa direção, cabe à(ao) psicóloga(o) produzir passagens, pactuações e corresponsabilidades capazes de sustentar projetos de cuidado vinculados às condições concretas de vida dos(as) usuários(as).

Outra estratégia que atravessa todos os componentes da RAPS é o da *análise institucional e política*. Com efeito, os serviços da RAPS não são apenas lugares de execução de normas, mas campos de forças nos quais se disputa cotidianamente o modo de cuidar. Há práticas que reforçam a fragmentação, a medicalização, a burocratização e a desresponsabilização, mesmo em serviços substitutivos à lógica manicomial; mas há também práticas que produzem vínculo, acolhimento, corresponsabilidade e invenção. (Feuerwerker, 2014). A Psicologia tem um papel importante na análise das práticas institucionais, na problematização das relações de poder entre equipe e usuários(as), na escuta dos(as) trabalhadores(as) e na criação de espaços coletivos de elaboração dos impasses do cuidado. Esse trabalho institucional é decisivo para que a rede substitutiva não reproduza, sob novas formas, lógicas manicomiais.

Por fim, a atuação da(o) psicóloga(o) na RAPS se orienta por uma atitude de *sustentação ética do cuidado em liberdade*. O(a) usuário(a) não é apenas portador(a) de um transtorno, demanda ou risco, mas sujeito de direitos, de história, de desejo e de circulação social. A Psicologia contribui quando ajuda a construir práticas que ampliem a autonomia possível, sustentem vínculos sem tutelar, acompanhem crises sem reduzir o sujeito à periculosidade, escutem o sofrimento sem individualizá-lo e articulem cuidado clínico e defesa de direitos. A sua função na rede, nesse sentido, é tanto clínica quanto política e institucional.

A partir dessas estratégias e operadores comuns ao campo, é possível abordar as especificidades da atuação psicológica nos diferentes componentes da RAPS. Cada ponto de atenção convoca a fazeres, intensidades e responsabilidades distintas, mas todas se articulam ao mesmo horizonte: produzir cuidado em liberdade, em rede e no território.

3.2.2. Atenção Básica (UBS, eMulti e Consultório na Rua, CECCO)

A Atenção Básica ocupa lugar estratégico na RAPS por sua proximidade com a vida cotidiana da população. É na *Unidade Básica de Saúde* que muitas situações de sofrimento se anunciam antes de chegarem aos serviços especializados. A UBS convive com as famílias ao longo do tempo, conhece histórias, percebe mudanças, acompanha gestantes, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários/as em sofrimento psíquico, famílias em situação de violência, pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Por isso, a saúde mental na Atenção Básica não pode ser reduzida à triagem para o CAPS ou ao encaminhamento para especialistas. Ela integra a própria produção de cuidado longitudinal no território.

A(O) psicóloga(o) que atua na Atenção Básica encontra um campo de trabalho distinto da lógica ambulatorial tradicional. Sua contribuição pode ocorrer nos acolhimentos, nos grupos, nas visitas domiciliares, nas reuniões de equipe, nas ações comunitárias, no apoio às equipes de Saúde da Família, na construção de Projetos Terapêuticos Singulares, no acompanhamento compartilhado com CAPS e outros pontos da rede. O atendimento individual

pode compor esse repertório, mas não deve organizar sozinho a identidade do trabalho. Quando a Psicologia coloca ênfase na psicoterapia individual dentro da UBS, corre o risco de individualizar e patologizar problemas sociais, cronificar atendimentos, gerar filas de espera e perder de vista a potência territorial da Atenção Básica.

As equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde — eMulti —, recolocam esse desafio no campo da Atenção Básica. Ao reunir diferentes núcleos profissionais para apoiar e ampliar o cuidado produzido pelas equipes de referência, elas abrem espaço para uma atuação psicológica menos centrada na oferta isolada de consultas e mais implicada com a construção compartilhada de caminhos do cuidado. A(O) psicóloga(o) pode contribuir discutindo casos, participando de atendimentos compartilhados, apoiando grupos, qualificando a escuta das equipes, problematizando respostas medicalizantes e fortalecendo a articulação da Atenção Básica com a RAPS e com a rede intersetorial. Nesses espaços, retomam-se, de modo concreto, as práticas transversais da RAPS: apoio matricial, construção compartilhada de casos, PTS, ações coletivas, articulação intersetorial e, quando necessário, estratégias clínico-territoriais como o acompanhamento terapêutico. Trata-se de fazer da presença da Psicologia um recurso para ampliar a capacidade de cuidado da equipe, e não um ponto de especialização para onde toda demanda subjetiva deva ser remetida.

O Consultório na Rua aprofunda e radicaliza o deslocamento territorial. Nele, a clínica se faz nos lugares onde vivem e circulam pessoas em situação de rua, muitas vezes atravessadas por sofrimento psíquico intenso, uso de substâncias, rompimentos familiares, violência institucional e sucessivas experiências de rejeição pelos serviços. Nesses contextos, a exigência inicial não é a adesão a um projeto terapêutico previamente definido. Muitas vezes, o primeiro gesto clínico é sustentar presença, reconhecer o sujeito, tolerar recusas, acompanhar ritmos, produzir confiança. O dispositivo do acompanhamento terapêutico pode ser uma ferramenta nesse sentido. A Psicologia contribui, aqui, com seu saber-fazer para que a abordagem não se converta em captura, para que o cuidado não seja condicionado à saída imediata da rua ou à abstinência, para que a escuta se faça sem moralização da vida.

Os *Centros de Convivência e Cultura*, quando presentes nas redes locais, expressam outra dimensão fundamental da atenção psicossocial. Eles potencializam o deslocamento do cuidado, do eixo exclusivo tratamento-doença para o eixo convivência-cidade-cultura. A convivência, nesse sentido, não é acessória. Ela pode produzir laços, pertencimento, reconhecimento e circulação social. Em uma sociedade que historicamente separou a loucura da vida comum, criar espaços onde sujeitos possam participar, produzir, conviver, ensinar, aprender, circular e construir relações é também prática clínica e política. A(O) psicóloga(o) pode atuar nesses dispositivos sustentando processos coletivos, lendo impasses grupais, favorecendo participação e evitando que a convivência seja reduzida a ocupação do tempo ou atividade recreativa.

3.2.3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial ocupam lugar central na RAPS. Não porque concentrem toda a saúde mental, mas porque assumem, em suas diferentes modalidades, a função estratégica de cuidado territorial e intensivo para situações de maior complexidade. O CAPS não é um ambulatório especializado com outro nome, nem uma etapa intermediária entre a UBS e o hospital. Ele é um serviço substitutivo ao modelo manicomial, orientado pela construção de vínculos, pela articulação de redes de apoio e cuidado e pela sustentação de vida no território.

No cotidiano dos CAPS, a(o) psicóloga(o) participa de múltiplas práticas: acolhimentos, atendimentos individuais, grupos, oficinas, assembleias, reuniões de equipe, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, atendimentos familiares, matriciamento, articulações intersetoriais, acompanhamento de crise, construção de PTS. A multiplicidade dessas práticas não deve ser lida como dispersão. Ela expressa a própria natureza da clínica psicossocial, que precisa manejar diferentes intensidades de cuidado e diferentes modos de presença.

As diferenças entre *CAPS I*, *CAPS II* e *CAPS III* também modulam a atuação da(o) psicóloga(o). As numerações I, II e III indicam variações, não somente de porte, mas também de modos de organizar a presença do serviço no território e de responder às intensidades do cuidado. O *CAPS I*, geralmente

implantado em municípios de menor porte, costuma assumir uma função mais abrangente na rede local, acolhendo diferentes demandas de saúde mental e exigindo forte articulação com a Atenção Básica, com a assistência social, com escolas, hospitais gerais e demais recursos comunitários. O *CAPS II*, em municípios de maior porte, tende a dispor de maior capacidade assistencial e a acompanhar situações de sofrimento psíquico intenso que demandam cuidado cotidiano e articulação territorial continuada. Já o *CAPS III*, por seu funcionamento 24 horas, com acolhimento noturno e possibilidade de cuidado intensivo, ocupa lugar estratégico no acompanhamento das crises, evitando a internação hospitalar como resposta automática. Nos três tipos de CAPS, a Psicologia é convocada a sustentar a clínica psicossocial, mas as formas dessa sustentação variam conforme a densidade da rede, os recursos disponíveis, a abrangência territorial e a possibilidade concreta de acompanhar o/a usuário/a em diferentes tempos do cuidado.

Em qualquer CAPS, o *acolhimento* é uma das suas portas fundamentais. Acolher é produzir uma primeira responsabilidade por quem chega, independentemente da forma como a demanda então se apresenta. A Psicologia pode contribuir para que o acolhimento não se reduza a triagem, classificação de perfil ou decisão sobre pertinência do caso ao serviço. Saber se o(a) usuário(a) “é caso pra CAPS” não é a questão. Qual o cuidado que se faz necessário neste momento? Que rede pode ser acionada? Quais os riscos envolvidos que precisam ser acompanhados? Que espaço de escuta cabe construir? Essas são perguntas que importam na condução de um acolhimento.

No CAPS, o PTS ganha especial densidade porque organiza diferentes intensidades de cuidado, desde acolhimentos e atendimentos individuais até grupos, oficinas, visitas domiciliares, manejo de crise e articulações territoriais. Mais do que formalizar condutas, ele permite que a equipe acompanhe deslocamentos, recusas, crises e invenções do/a usuário/a ao longo do tempo.

No cotidiano dos CAPS, também se coloca o desafio da medicamentação do sofrimento psíquico. A medicação pode ser um recurso importante, mas não deve ocupar sozinha o centro do cuidado nem substituir a escuta, o vínculo e a construção de outras possibilidades de vida. Quando o tratamento se organiza prioritariamente em torno da prescrição e da adesão medicamentosa, corre-se o risco de reduzir a experiência do/a usuário/a ao

manejo de sintomas. A Gestão Autônoma da Medicação — GAM — oferece uma referência importante nesse sentido, ao deslocar a discussão da medicação do campo da obediência para o campo da informação, da negociação e da corresponsabilidade. A(O) psicóloga(o) pode contribuir nessa direção, sustentando espaços em que o(a) usuário(a) fale sobre sua experiência com os psicofármacos, avaliando seus efeitos e sentidos no cotidiano. Trata-se de situar a medicação no interior do PTS, sem imposição, sem abandono e sem reduzir o cuidado à administração de remédios.

A atenção à crise, nesse contexto, constitui uma das funções estratégicas dos CAPS. A crise não se reduz a um episódio agudo a ser rapidamente contido ou encaminhado a outro ponto da rede; ela pode ser compreendida como acontecimento subjetivo, relacional e territorial, no qual se condensam impasses da vida, dos vínculos, das condições de existência e das respostas institucionais disponíveis. Acolher a crise, portanto, para além de avaliar risco ou definir condutas imediatas, significa produzir uma primeira sustentação clínica e simbólica para aquilo que transborda, sem reduzir o sujeito ao perigo que eventualmente apresenta. Na perspectiva da atenção psicossocial, o CAPS é convocado a acolher a crise e a acompanhá-la em sua continuidade, articulando cuidado intensivo, construção de vínculo, escuta do(a) usuário(a) e de sua rede, manejo compartilhado com a família e recomposição dos circuitos de apoio no território. Trata-se de fazer com que, em torno da crise, haja continência no lugar de contenção e silenciamento, que se produza rede em vez de remoção e descontinuidade do cuidado. (Dassoler, & Palombini, 2020, 2022).

Grupos e oficinas ocupam lugar privilegiado nos CAPS porque permitem que a clínica se faça também no coletivo. Em roda, a palavra e os afetos circulam, os vínculos se formam, o corpo participa, a produção ganha forma, a convivência é a matéria e o fruto do cuidado. Para além dos grupos terapêuticos propriamente ditos, oficinas de arte, escrita, música, corpo, culinária, trabalho, geração de renda ou circulação pela cidade podem abrir lugares subjetivos e sociais não capturados pelo diagnóstico. A(O) psicóloga(o) pode coordenar, compor ou sustentar esses dispositivos sem reduzi-los à aplicação de técnicas grupais. A potência desses espaços reside justamente na possibilidade de que o sujeito apareça para além da posição de paciente. Nesse campo de práticas coletivas, experiências como os grupos de Ouvidores de Vozes e a Gestão

Autônoma da Medicação indicam caminhos possíveis para deslocar o(a) usuário(a) da posição de objeto de intervenção para a posição de sujeito ativo na elaboração de sua experiência, seu tratamento e suas redes de relações.

A atuação nos CAPS infantojuvenis — CAPS i ou CAPSij, conforme a denominação adotada nas redes locais — exige considerar a especificidade da atenção psicossocial dirigida a crianças e adolescentes. Trata-se de reconhecer esse público como sujeito de direitos e não apenas como objeto de proteção, avaliação ou correção pelos adultos. A condição peculiar de desenvolvimento convoca maior responsabilidade da rede, mas não autoriza práticas tutelares que silenciem a criança ou o adolescente em nome de seu cuidado.

Nesse campo, a Psicologia precisa interrogar concepções naturalizadas de infância e adolescência. Se, por um lado, a romantização da infância pode dificultar o reconhecimento de sofrimentos graves nessa etapa da vida, por outro, a sua patologização pode encobrir com diagnósticos individuais impasses que são familiares, escolares ou sociais. A(O) psicóloga(o) contribui quando sustenta uma escuta capaz de reconhecer o sofrimento sem reduzir a criança ou adolescente a um déficit ou transtorno. Nessa escuta, a disponibilidade para a brincadeira, o jogo, o desenho e outras formas expressivas é fundamental, pois, além da dimensão estruturante do brincar, crianças e adolescentes nem sempre formulam seu sofrimento pela via da narrativa verbal.

A relação com a escola é uma dimensão central do trabalho. Muitas demandas chegam ao CAPS infantojuvenil formuladas como problemas de aprendizagem, agitação ou indisciplina. Não é incomum a escola requisitar diagnósticos e depositar suas expectativas no tratamento medicamentoso da criança. Se tais demandas precisam ser acolhidas, elas devem também ser problematizadas com a rede. Não cabe ao CAPS responder automaticamente às queixas escolares por meio de diagnóstico, medicação ou psicoterapia individual. Cabe construir, com a escola, a família e outros serviços, uma leitura mais ampla do que se passa com a criança ou adolescente e com os contextos em que vive. Embora a medicação possa compor o cuidado em algumas situações, a medicalização da infância e da adolescência — e sua consequente medicamentação — constituem desafios permanentes. A Psicologia deve contribuir para que o uso de diagnósticos e psicofármacos seja discutido de

modo crítico, evitando que o tratamento funcione como forma de silenciar sintomas que incomodam os adultos, a escola e outras instituições.

É importante, ainda, que o CAPS infantojuvenil não seja convertido em serviço de triagem diagnóstica para demandas escolares, nem em dispositivo de controle de condutas infantis e adolescentes. Situações envolvendo autismo, neurodivergências, diferenças no desenvolvimento, autolesões ou comportamentos disruptivos exigem escuta cuidadosa, avaliação contextualizada e construção compartilhada de cuidado, mas não autorizam respostas automáticas baseadas em diagnóstico, medicação, judicialização ou encaminhamentos sucessivos. A(O) psicóloga(o) deve contribuir para que a rede diferencie sofrimento psíquico, deficiência, modos singulares de comunicação, conflitos institucionais e violações de direitos, preservando a direção da proteção integral sem transformar escola, Conselho Tutelar, Justiça ou serviços de saúde em dispositivos de vigilância, punição ou normalização.

O trabalho com as famílias — ou com os adultos responsáveis — é parte constitutiva da clínica infantojuvenil. É preciso estar alerta, porém, para que a relação das equipes com os familiares ou responsáveis não se deixe tomar pela culpabilização. Muitas famílias chegam ao serviço também marcadas por sofrimento, precariedade e experiências de desassistência. Escutá-las é fundamental, sem que essa escuta substitua a escuta da própria criança ou adolescente, e a(o) psicóloga(o) pode auxiliar a equipe nesse sentido. O cuidado se fortalece quando família, escola, assistência social, justiça, cultura, saúde compartilham responsabilidades em vez de transferirem entre si a gestão dos impasses.

Nas situações de crise, a especificidade infantojuvenil exige atenção à preservação dos vínculos e à proteção contra novas institucionalizações. A crise deve ser manejada com intensificação do cuidado, participação da família e articulação com a rede, evitando respostas centradas apenas em contenção, internação ou medicação. Quando recursos como CAPSij III, hospitalidade noturna ou hospital geral forem necessários, devem compor o PTS de forma breve, articulada e orientada pelo retorno ao território.

Assim, a atuação da(o) psicóloga(o) nos CAPS infantojuvenis se sustenta em uma clínica ampliada que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos em relação com suas famílias, escolas, territórios e redes de proteção. Seu

desafio é cuidar sem tutelar, escutar sem substituir a voz da criança ou adolescente, buscando construir, junto com o sujeito, caminhos que ampliem possibilidades de vida, pertencimento e participação social.

Nos CAPS AD, seja de tipo II ou III, a atuação da Psicologia se dá em um campo atravessado por disputas éticas, clínicas e políticas em torno do uso de álcool e outras drogas. O cuidado não pode tomar a substância como centro da intervenção, nem reduzir a pessoa à condição de “dependente” ou “usuária de drogas”. Trata-se de escutar os modos singulares pelos quais o uso se inscreve na história do sujeito, em seus vínculos; em suas formas de sobrevivência, sofrimento e prazer; no seu pertencimento e na relação com o território. A(O) psicóloga(o) contribui quando não moraliza o uso, não isola a pessoa das condições concretas de vida e não transforma a abstinência em condição prévia para o acesso ao cuidado.

A redução de danos constitui, nesse contexto, orientação ético-clínica fundamental. Sem recusar a abstinência quando esta se apresenta como possibilidade ou desejo do(a) usuário(a), a redução de danos significa construir cuidado a partir da vida real dos sujeitos, multiplicando as formas de prazer e as possibilidades de relação com o mundo para além da droga. A interrupção do uso, se pode compor um PTS, não deve operar como exigência moral ou critério de merecimento. O CAPS AD deve ser um serviço de porta aberta, territorial e comunitário, capaz de acolher pessoas que frequentemente já foram afastadas das redes de cuidado por experiências de julgamento moral, violência institucional ou abandono.

Nessa direção, o trabalho psicológico nos CAPS AD envolve as mesmas atitudes, estratégias e dispositivos que concernem ao trabalho em CAPS, de modo geral, como acolhimentos, atendimentos individuais, grupos, oficinas, assembleias, acompanhamento de crise e visitas domiciliares. Mas se beneficia especialmente de ações no território, articulação com Consultório na Rua, Atenção Básica, Unidades de Acolhimento, assistência social, justiça, cultura, trabalho e moradia. O PTS, que articula dimensões clínicas, subjetivas, familiares, sociais e territoriais, pode incluir desde estratégias de cuidado em saúde física e mental até acesso a documentos, alimentação, renda, moradia, reconstrução de vínculos e participação em espaços coletivos. Muitas vezes, efeitos importantes do cuidado aparecem em deslocamentos pequenos, mas

decisivos: reduzir situações de risco, retomar um vínculo, dormir em segurança, frequentar o serviço, cuidar do corpo, participar de uma oficina, construir uma relação de confiança com a equipe.

A atuação nos CAPS AD exige atenção especial às pessoas em situação de rua e às cenas abertas de uso. Nesses contextos, a diferença entre cuidado e controle se expressa no modo como a rede se aproxima dos sujeitos. Intervenções orientadas pela remoção, pela internação como primeira resposta, pela repressão ou pela higienização dos espaços urbanos tendem a reforçar violências já vividas por essa população. Cuidar, ao contrário, implica sustentar presença no território, construir vínculos, reconhecer estratégias de sobrevivência, negociar possibilidades e produzir passagens entre a rua, os serviços, a cidade e outros lugares de pertencimento. A experiência com usuários de crack no centro da cidade de São Paulo, relatada no tópico 3.1 desta Referência Técnica, dá mostras de como pode ser a tessitura de um cuidado em rede, pautado pela liberdade e pelo protagonismo dos(as) usuários(as). A(O) psicóloga(o) pode contribuir para que a abordagem caminhe nessa direção, não convertendo o cuidado em captura nem a proteção em tutela.

É forçoso reconhecer que o campo de álcool e outras drogas no Brasil é atravessado pelo racismo e pela criminalização da pobreza. A guerra às drogas não incide sobre todos os corpos; ela atinge de modo agudo pessoas negras, pobres, periféricas, jovens e em situação de rua. Além disso, mulheres, pessoas LGBTQIA +, adolescentes, gestantes, migrantes e pessoas privadas de vínculos familiares que usam drogas podem vivenciar formas específicas de violência, estigma e barreira de acesso aos serviços. A Psicologia, nesse como nos demais campos, deve atuar de modo antirracista, antimanicomial e comprometido com direitos humanos. E, deve recusar práticas que reproduzam moralização, imposição religiosa, isolamento ou abstinência compulsória.

Os CAPS AD III, por seu funcionamento 24 horas, ocupam lugar estratégico no cuidado às crises relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, evitando que a internação hospitalar ou em instituições fechadas seja tomada como primeira alternativa. Situações de intoxicação, abstinência, risco de morte, sofrimento psíquico intenso, violência, conflitos familiares ou extrema vulnerabilidade exigem avaliação cuidadosa, acolhimento, manejo clínico e articulação em rede. Quando houver necessidade de cuidado hospitalar

(especialmente considerando o quadro clínico), este deve ser breve, articulado ao CAPS AD e orientado pelo retorno ao território. A função do CAPS AD é sustentar continuidade, vínculo e corresponsabilização, fazendo da crise não um ponto de ruptura do cuidado, mas uma ocasião para recompor redes de apoio e construir novas possibilidades de vida.

3.2.4. Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Portas)

A atenção à crise é um dos momentos em que os princípios da Reforma Psiquiátrica são mais duramente colocados à prova. A crise convoca urgência, medo, expectativas de contenção e, muitas vezes, intervenções de caráter policialesco ou judicializante. SAMU, UPA, portas hospitalares, CAPS III, CAPS AD III, UBS e outros pontos da rede podem ser chamados a responder a situações de sofrimento agudo, manifestos de diferentes formas: risco de suicídio, intoxicação, abstinência, agitação, desorganização psicótica, autoagressão ou violência. Nessas situações, o modo como a rede responde pode abrir possibilidades de continuidade de cuidado ou reafirmar práticas de segregação.

Para a Psicologia, atuar na crise exige sustentar uma escuta possível em meio à urgência. A crise não pode ser tomada apenas como episódio a ser neutralizado. Ela deve ser lida como acontecimento subjetivo, relacional e territorial. Isso não elimina a necessidade de proteção, nem a eventual indicação de cuidado intensivo, de medicação, observação ou internação em hospital geral. Mas impede que a resposta se esgote na contenção do comportamento ou no afastamento do sujeito de seu espaço social. A crise fala de algo que rompeu, transbordou ou deixou de encontrar mediação. Escutá-la, ainda que em condições adversas, é parte do cuidado.

Nas urgências e emergências, a(o) psicóloga pode contribuir acolhendo usuários(as) e familiares, apoiando a equipe diante de situações de alta tensão, favorecendo a comunicação, participando da avaliação de risco, articulando a continuidade do cuidado. Um dos grandes desafios é fazer com que a crise produza rede. Depois do atendimento imediato, é preciso saber quem acompanhará o caso, que serviço assumirá a referência, que vínculos precisam

ser retomados, quais condições contribuíram para o agravamento e que pactuações podem evitar que a mesma ruptura se repita.

A humanização da atenção às crises passa por essa capacidade de não reduzir o sujeito ao risco que se apresenta. A presença de forças de segurança em situações de crise deve ser excepcional, cuidadosamente justificada e não pode substituir a construção de respostas sanitárias, psicossociais e territoriais. Em situações de sofrimento extremo, preservar a palavra, o corpo, a dignidade e os direitos do(a) usuário(a) é uma tarefa clínica e política. A Psicologia pode ajudar a equipe a sustentar essa posição, especialmente quando o medo e a urgência empurram os serviços para respostas violentas ou burocráticas.

3.2.5. Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar integra a RAPS a partir do princípio da integralidade. Leitos de saúde mental em hospital geral, enfermarias, portas de urgência e outros dispositivos hospitalares podem ser necessários em situações de maior intensidade, quando há risco clínico, tentativa de suicídio, intoxicação, abstinência grave, sofrimento psíquico agudo ou necessidade de cuidado protegido por tempo determinado. O desafio é fazer com que a internação, quando indicada, não reinstaure a lógica manicomial sob nova forma.

A atuação da Psicologia no hospital pode contribuir para que o cuidado não se restrinja à estabilização sintomática nem à gestão de leitos ou ao cumprimento de protocolos. A hospitalização é também uma experiência subjetiva, marcada por rupturas no cotidiano, perda provisória de autonomia, medo, incertezas e rearranjos familiares. À(AO) psicóloga(o) que atua nesse campo, cabe acolher o(a) usuário(a) e seus familiares, escutar os efeitos psíquicos do adoecimento e da internação, favorecer a comunicação com a equipe e sustentar a singularidade da pessoa em um ambiente que tende à urgência, à padronização e à centralidade do risco.

Nesse contexto, o trabalho da Psicologia também envolve a mediação entre usuário(a), família e equipe; a atenção às formas de consentimento e recusa; o apoio diante de decisões difíceis; e o cuidado com os efeitos subjetivos das condutas hospitalares. O hospital opera com rotinas e tempos curtos; por

isso, cabe à Psicologia contribuir para que a história do sujeito, seus vínculos, suas referências e suas condições concretas de retorno ao território não sejam apagadas pela lógica do episódio agudo.

A alta hospitalar é um momento especialmente sensível. Quando tratada como simples encerramento da internação, pode produzir descontinuidade e abandono. Quando construída como passagem de cuidado, permite recompor a rede, pactuar responsabilidades e retomar o acompanhamento territorial. A interlocução com CAPS, UBS, Consultório na Rua, assistência social, familiares e demais referências do território deve começar antes da saída do hospital. Nesse processo, registros, encaminhamentos implicados e comunicação qualificada entre os pontos da rede são parte do cuidado.

A posição antimanicomial não exige negar a complexidade da crise nem recusar o hospital em abstrato. Ela exige que o hospital não se converta em destino. O cuidado intensivo, quando necessário, precisa estar orientado pela brevidade, pela preservação de direitos, pela articulação com a rede e pela retomada da vida no território.

3.2.6. Reabilitação Psicossocial: Cultura, Geração de Renda e Economia Solidária

A reabilitação psicossocial recoloca o cuidado em saúde mental no plano da cidadania. Sua referência se distancia da remissão de sintomas, direcionando-se para a ampliação das possibilidades de troca, pertencimento e contratualidade social. Saraceno oferece uma formulação importante, ao pensar a reabilitação psicossocial como produção de contratualidade, isto é, como ampliação das possibilidades de o sujeito participar de relações afetivas, sociais, econômicas e simbólicas. No Brasil, essa perspectiva se articula de modo fecundo com a Reforma Psiquiátrica, a economia solidária e as experiências de geração de trabalho e renda.

Trabalho, renda, cultura e convivência não aparecem, nesse campo, como periféricos ao tratamento. Para sujeitos historicamente reduzidos à condição de incapazes ou perigosos, a participação em uma produção coletiva

tem chances de produzir efeitos subjetivos significativos. Uma oficina, uma cooperativa, uma feira, um projeto cultural, uma experiência de economia solidária ou uma iniciativa comunitária podem abrir lugares de reconhecimento que o circuito estritamente assistencial não produz.

A Psicologia pode contribuir acompanhando os efeitos dessas experiências, os impasses, conflitos, dificuldades de circulação social e as formas de reconhecimento que emergem do trabalho compartilhado. Mas é preciso evitar que a reabilitação psicossocial seja capturada por uma lógica adaptativa, que busque ajustar o sujeito a qualquer forma de produtividade. A economia solidária interessa à atenção psicossocial justamente porque permite pensar o trabalho a partir de outras bases: cooperação, autogestão e produção coletiva de valor.

A reabilitação psicossocial, assim compreendida, aproxima clínica e cidadania. Ela recoloca a pergunta sobre os lugares sociais disponíveis para as pessoas em sofrimento psíquico e sobre as formas de participação que a cidade admite ou recusa. A Psicologia, nesse campo, atua ajudando a sustentar a passagem do sujeito da posição de diagnosticado, doente, para a de participante da vida comum.

3.2.7. Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de volta para casa

A desinstitucionalização é uma das tarefas centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ela é mais que a simples saída do hospital. Desinstitucionalizar é desfazer modos de vida produzidos pela longa permanência manicomial e construir condições reais de moradia, renda, cuidado, vínculo e circulação social. Trata-se de enfrentar os efeitos subjetivos, sociais e institucionais da segregação prolongada, na certeza de que viver em comunidade e participar da cidade são dimensões do cuidado.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram criados para acolher, em moradias inseridas na cidade, pessoas egressas de longas internações psiquiátricas que perderam ou tiveram fragilizados seus vínculos familiares e comunitários. O Programa de Volta para Casa, ao instituir o auxílio-reabilitação

psicossocial, compõe essa política, reconhecendo que a saída do hospital exige também condições materiais para reconstrução da vida.

A atuação da Psicologia nos processos de desinstitucionalização exige atenção ao tempo. A saída do manicômio não apaga imediatamente as marcas da institucionalização. Muitas pessoas passaram anos submetidas à tutela e ao silenciamento. Tiveram seus vínculos rompidos, perderam objetos pessoais, foram desapropriadas de suas histórias e impedidas de decidir sobre seu cotidiano. Voltar a morar em uma casa, circular pela cidade, lidar com dinheiro, escolher roupas, horários, alimentos, amizades e percursos pode ser uma experiência libertadora, mas é também angustiante. Ainda, a inclusão de pessoas com deficiência intelectual nos processos de desinstitucionalização exige especial atenção, para que a saída do hospital não seja acompanhada de novas formas de tutela, infantilização ou exclusão da vida comunitária.

Nos SRT, a Psicologia pode contribuir acompanhando os processos de convivência, os conflitos entre moradores(as), a relação com cuidadores(as), vizinhos(as) e serviços, os medos em relação ao espaço da cidade, os efeitos da autonomia possível e os riscos de reprodução de lógicas tutelares dentro da própria casa. A residência terapêutica não deve ser um hospital em escala doméstica. Sua função maior não é administrar sintomas e rotinas, mas sustentar moradia e vida. Isso exige equipes capazes de proteger sem infantilizar e acompanhar sem capturar.

O Programa de Volta para Casa, por sua vez, recoloca a dimensão da renda e da reparação. O auxílio não é apenas benefício financeiro; ele reconhece, ainda que parcialmente, uma dívida social produzida por anos de institucionalização. A Psicologia pode contribuir para que esse recurso seja trabalhado no plano da autonomia, do pertencimento e da reconstrução de projetos, evitando tanto sua apropriação indevida por terceiros quanto sua gestão tutelar pela equipe.

3.2.8. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil

As Unidades de Acolhimento, adultas (UA) e infantojuvenis (UAI), compõem a atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Elas se destinam a situações em que as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a fragilidade de vínculos e a ausência de condições mínimas de proteção exigem um tempo de acolhimento mais sustentado, articulado ao CAPS de referência e ao PTS. Sua função não é substituir moradia definitiva nem operar como espaço disciplinar de tratamento. Trata-se de um dispositivo transitório que pode oferecer proteção, reorganização do cotidiano e possibilidade de construção de novos percursos.

Nas Unidades de Acolhimento, a Psicologia pode contribuir para que o tempo de permanência seja efetivamente terapêutico, e não apenas institucional. Isso envolve escuta, manejo da convivência, acompanhamento de crises, mediação de conflitos, construção de combinados, fortalecimento de autonomia e articulação com a rede. O acolhimento precisa estar ligado a um projeto; sem essa ligação, corre o risco de se tornar apenas uma pausa antes do retorno às mesmas condições que produziram a crise.

No caso das Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, os desafios se ampliam. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão frequentemente atravessados por contextos críticos de vida: violações de direitos, violência doméstica, experiências de rua, exploração, racismo e criminalização. A atuação psicológica precisa considerar a proteção integral, o direito à convivência familiar e comunitária, a articulação com Conselho Tutelar, assistência social, Ministério Público, escola, CAPSij e demais pontos da rede. A articulação com esses diferentes equipamentos e setores deve preservar a direção do cuidado e da proteção integral, evitando que a situação de uso de drogas, circulação na rua ou conflito familiar seja automaticamente traduzida como desvio moral, infração ou incapacidade da criança, do adolescente ou da família. O cuidado não pode ser organizado como punição pelo uso de drogas ou pela circulação na rua. Deve abrir possibilidades de vínculo, proteção e projeto.

A redução de danos também se mostra fundamental nas UA. A abstinência pode ser uma meta para alguns sujeitos e em determinados momentos, mas não deve funcionar como condição para o cuidado. A Psicologia pode ajudar a equipe a compreender o lugar que o uso ocupa na vida do(a)

usuário(a), os riscos envolvidos, as tentativas de interrupção, os desejos contraditórios e os recursos possíveis. O caráter transitório da unidade exige que o cuidado permaneça voltado para fora dela: para a retomada de vínculos, o acesso a direitos, a construção de moradia, escola, trabalho, cultura e acompanhamento continuado.

3.2.9. O fio comum da atuação psicológica na RAPS

Atuar nos componentes da RAPS exige domínio técnico, mas também capacidade de descentramento. Exige conhecer dispositivos, normativas e fluxos, mas também suportar o imprevisto, a recusa, a lentidão dos processos, os conflitos de equipe, as falhas da rede e os impasses institucionais. Atuar nos componentes da RAPS é participar da construção cotidiana de uma rede que, insistimos, só se efetiva quando produz vida no território. A Reforma Psiquiátrica brasileira não se sustenta apenas pela existência de serviços substitutivos, mas pelas práticas que esses serviços são capazes de produzir. É nesse ponto que a Psicologia encontra uma de suas tarefas mais importantes: contribuir para que cada ponto da rede — da Atenção Básica ao CAPS, da crise à moradia, da oficina ao hospital, da rua à casa — possa afirmar o cuidado como prática de liberdade, cidadania e invenção de possibilidades de vida.

3.3. Desafios e Diretrizes para a Prática

3.3.1. O protagonismo e a autonomia do(a) usuário(a) como sujeito de direitos e produtor(a) de cuidado

É uma coisa muito tênue, porque tem alguns que não têm poder de decisão, não dá conta de dizer, mas que dispositivos que a gente vai criar para ele voltar a desejar, voltar a ser pessoa, voltar... a ser sujeito de direitos, a decidir pela vida dele? Porque são muitos anos de sofrimento, de coação, então, realmente, eu acho que a gente tem que ter muita ética nesse sentido, de não direcionar, de não fazer pelo outro.

O protagonismo e a autonomia do(a) usuário(a) constituem princípios centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira e da atenção psicossocial, mas sua efetivação na RAPS permanece atravessada por impasses importantes. Embora os documentos normativos e os discursos profissionais frequentemente afirmem a necessidade de promover autonomia, o sentido atribuído ao termo é pouco aprofundado, e pode levar a interpretações divergentes: autonomia é se virar sozinho(a) ou ter com quem contar? significa adesão ou negociação com o serviço? obediência ou direito de recusa ao tratamento? adequação às expectativas da equipe ou construção de modos singulares de vida? A imprecisão do conceito termina por ocultar algo decisivo para a atenção psicossocial: a autonomia não é atributo individual previamente dado, mas processo produzido em relações, redes, territórios e condições concretas de vida.

No campo da Reforma Psiquiátrica, a autonomia não deve ser compreendida como autossuficiência. Uma pessoa não se torna mais autônoma porque prescinde de vínculos, apoios ou cuidados, mas porque amplia suas possibilidades de relação, negociação e participação na vida comum. Conforme a noção de contratualidade desenvolvida por Tykanori (1996), a autonomia se fortalece quando o sujeito aumenta sua capacidade de estabelecer trocas, pactos e relações em diferentes espaços sociais. Nessa perspectiva, depender de outros não é o oposto da autonomia; o que reduz a autonomia é depender de poucas relações, de vínculos rígidos, tutelares ou assimétricos, nos quais a palavra do sujeito é desconsiderada ou substituída pela decisão de terceiros.

O protagonismo, por sua vez, diz respeito ao lugar ocupado pelo(a) usuário(a) nos processos de cuidado, participação social e produção da política pública. Ele se expressa quando a pessoa deixa de ser tratada como objeto da intervenção e passa a ser reconhecida como sujeito que fala em nome próprio, participa das decisões que lhe dizem respeito, reivindica direitos, propõe caminhos e produz cuidado junto com outras pessoas. Enquanto a autonomia se refere à ampliação das possibilidades de vida, relação e escolha, o protagonismo diz respeito à posição ativa do sujeito na construção dessas possibilidades. Ambos, contudo, não podem ser entendidos como capacidades individuais isoladas; trata-se de processos situados, relacionais e históricos, produzidos no

encontro entre sujeitos, equipes, redes, políticas e territórios (Zambillo & Palombini, 2017).

Quando usuários(os) participam da construção do PTS, opinam sobre seu tratamento, discutem o uso de psicofármacos, integram assembleias, conduzem grupos de pares ou se vinculam a movimentos sociais e associações, a RAPS se aproxima de sua vocação democrática. Nesses casos, o cuidado deixa de ser algo oferecido unilateralmente pela equipe e passa a ser uma produção compartilhada, na qual o saber profissional se articula ao saber da experiência. Nas entrevistas realizadas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, as(os) profissionais atuantes na RAPS reconhecem o protagonismo dos(as) usuários(as) como elemento fundamental do cuidado, mas também apontam sua difícil implementação. Algumas das experiências relatadas caminham na direção da participação ativa dos(as) usuários(as) em diferentes espaços de decisão, onde discutem o funcionamento do serviço, pautam demandas, participam da gestão de recursos, avaliam atividades e colocam em debate temas que atravessam suas vidas. Mas não é uma prática consolidada. Em muitos relatos, os espaços que deveriam ser de compartilhamento da gestão da política, do serviço ou do tratamento se apresentam frágeis e desiguais. Há serviços nos quais os dispositivos de participação estão esvaziados, não existem ou, se existem, é apenas para cumprir uma formalidade. É o que ocorre, por exemplo, com a assembleia geral do serviço, quando, em vez de operar como espaço de deliberação e cogestão, passa a funcionar como mecanismo de disciplinamento de condutas ou lugar em que as reivindicações dos(as) usuários(as) são desqualificadas pela equipe. Nesses casos, a participação perde seu efetivo poder de decisão. O risco é transformar o protagonismo em uma formalidade institucional, em que usuários(as) são chamados(as) a falar, mas sua palavra não produz transformações reais nas práticas, nos fluxos e nas decisões do serviço.

Inevitavelmente, o trabalho clínico-político na atenção psicossocial transita por uma zona delicada, na tensão entre cuidado e tutela. A atuação da(o) psicóloga(o) na RAPS requer afirmar o protagonismo e a autonomia como diretrizes cotidianas das suas práticas, reconhecendo os(as) usuários(as) como sujeitos de direitos e de desejos, que carregam uma história e detêm saber sobre sua própria experiência. Esse reconhecimento desautoriza fazer *pelo/a*

usuário/a, reduzir sua existência à doença ou confundir tratamento com obediência. Contudo, reconhecer autonomia também não significa abandonar o/a usuário/a à própria sorte ou transferir individualmente a ele/a toda a responsabilidade por decisões complexas.

Essa tensão é percebida pelas(os) psicólogas(os) entrevistadas(os). Em seus relatos, mencionam usuários(as) que, em razão de trajetórias marcadas por institucionalização, estigma e desautorização, demandam que profissionais falem ou decidam em seu lugar. Mas também referem equipes que podem reforçar esse lugar de dependência, ocupando a posição de quem sabe, define e prescreve o que seria melhor para o(a) usuário(a). A dificuldade, portanto, não está numa suposta falta de autonomia do(a) usuário(a), mas nas relações institucionais que historicamente produziram sua desautorização. Promover autonomia exige, assim, desmontar tanto a expectativa de tutela quanto o conforto profissional de ocupar o lugar daquele que decide pelo outro.

A Psicologia contribui para os processos de autonomização quando sustenta uma escuta que não se limita à identificação de sintomas, mas ajuda a pessoa a se perguntar sobre sua história, suas escolhas e condições de vida. Uma das entrevistadas diz, a esse respeito, algo particularmente significativo: quando a(o) psicóloga(o) provoca a pessoa a pensar sobre si, sobre o que quer da vida e sobre sua posição no mundo, abre-se uma dimensão política do cuidado. Trata-se de favorecer que o(a) usuário(a) se reconheça como sujeito de direitos e desejos, limites e possibilidades. Essa dimensão política não se confunde com militância partidária, mas expressa o compromisso da Psicologia com a produção de cidadania, participação e liberdade.

A construção do PTS representa, nesse sentido, um momento fundamental do processo do cuidado alinhado à perspectiva da autonomia e do protagonismo. O PTS não pode ser apenas um cardápio pronto elaborado pela equipe e apresentado ao(à) usuário(o), mas um processo de pactuação. Requer abrir espaço para negociação, divergência, revisão de condutas e invenção de alternativas. O PTS precisa considerar o modo como a pessoa compreende seu sofrimento, os sentidos que atribui ao tratamento, suas redes de apoio, sua relação com a medicação, suas possibilidades de circulação no território, suas condições materiais de vida e suas expectativas de futuro.

No campo do álcool e outras drogas, autonomia e protagonismo têm lugar especialmente pela via da redução de danos, na afirmação de que o cuidado não pode depender da abstinência como condição prévia nem ser orientado por julgamento moral. Construir estratégias possíveis com o(a) usuário(a) — reduzir riscos, pactuar combinados, cuidar do corpo, evitar violências, acessar serviços, reorganizar vínculos ou construir a abstinência quando este for um desejo ou uma necessidade clínica — exige reconhecer o sujeito como participante ativo do cuidado. A redução de danos, nesse sentido, não é apenas um conjunto de técnicas, mas uma posição ética e política que sustenta autonomia, corresponsabilidade e direito ao cuidado.

A antropóloga Annemarie Mol contribui com nosso debate ao propor a diferenciação, no campo da atenção à saúde, entre uma lógica que se guia pela escolha e uma lógica pautada no cuidado. Na lógica da escolha, o(a) usuário(a) é responsabilizado(a) individualmente por decidir entre alternativas já dadas — tomar ou não tomar a medicação, aderir ou não aderir ao tratamento, aceitar ou recusar determinada conduta. Na lógica do cuidado, ao contrário, as decisões são acompanhadas, discutidas e corresponsabilizadas. A equipe não abandona o(a) usuário(a) às consequências solitárias de suas escolhas, mas constrói com ele(a) estratégias possíveis, avaliando riscos, desejos, recursos e condições concretas. Para a RAPS, a autonomia só se torna ética quando não é convertida em responsabilização individual em uma rede insuficiente.

Contudo, autonomia e protagonismo não são condições estabelecidas apenas na relação com as equipes dos serviços em que os(as) usuários(as) são acompanhados(as). O desmonte das políticas públicas, a persistência de lógicas hospitalocêntricas, o financiamento de comunidades terapêuticas, a fragilização da RAPS e o esvaziamento do controle social atingem diretamente as possibilidades de participação. Em alguns dos relatos das entrevistas, aparece a preocupação com formas de representação ambíguas, nas quais usuários(as) podem ser mobilizados(as) para sustentar projetos contrários à Reforma Psiquiátrica, especialmente referidos às comunidades terapêuticas e ao campo da política sobre drogas. Esse ponto exige cuidado. Não se trata de deslegitimar a fala do(a) usuário(a) quando divergente da posição profissional, mas de reconhecer que todo processo de participação ocorre em meio a disputas políticas, institucionais e ideológicas. Cabe à Psicologia sustentar espaços de

formação crítica, diálogo e circulação de informações, sem tutelar a posição dos(as) usuários(as) nem instrumentalizá-los(as).

Outro impasse importante diz respeito à permanência da lógica manicomial no interior dos próprios serviços da RAPS. A Reforma Psiquiátrica deslocou o cuidado do hospital para o território, mas esse deslocamento não garante, por si só, práticas antimanicomiais. A lógica manicomial pode reaparecer na centralidade do saber médico, na prioridade dada ao tratamento medicamentoso, na contenção como resposta à crise. O manicômio persiste no excesso de tutela, na desqualificação da fala do(a) usuário(a), na pouca participação na construção do PTS. Ele também se insinua quando o CAPS vira lugar de permanência crônica e não de circulação e produção de vida. Como indicam as(os) entrevistadas(os), o serviço pode acreditar estar produzindo diálogo e, ao mesmo tempo, institucionalizar o(a) usuário(a) em sua própria rotina.

Também é preciso reconhecer o peso do estigma. Conforme Bellosi *et al.* (2025), pessoas em sofrimento psíquico seguem submetidas a preconceitos que as colocam como incapazes, perigosas ou infantis. Usuários(as) de álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua, mulheres em situação de violência, pessoas negras, indígenas, LGBTQIA+ e outros grupos historicamente vulnerabilizados enfrentam camadas adicionais de discriminação. Tais condições limitam as possibilidades reais de escolha, circulação e participação. Como produzir autonomia se a família, os serviços, o judiciário, a comunidade e o mundo do trabalho seguem operando com lógicas que desautorizam a palavra dos(as) usuários(as) e restringem sua presença na vida pública?

No entendimento das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os), uma vez que as condições sociais, políticas e territoriais são determinantes dos processos de autonomização e protagonismo, não há nem autonomia nem protagonismo possíveis quando a rede está fragmentada, precarizada, sem articulação intersetorial, sem ações de cultura, por moradia, trabalho, renda e convivência. As(Os) psicólogas(os) reconhecem a importância da participação e do controle social, mas alegam exaustão, sobrecarga, precarização do trabalho e enfraquecimento dos espaços coletivos. Assim, fomentar a participação cidadã dos(as) usuários(as) torna-se, então, um aspecto paradoxal da atuação profissional quando as(os) próprias(os) trabalhadoras(es) estão alijadas(os)

desses espaços ou submetidas(os) a condições de trabalho que restringem sua atuação territorial e política. Essa problemática será abordada no próximo eixo desta Referência Técnica, a propósito da gestão do trabalho e da saúde do(a) trabalhador(a).

Por ora, e para concluir este tópico, lembremos que autonomia e protagonismo não podem ser tratados como enunciados abstratos da Reforma Psiquiátrica. Eles precisam ser produzidos no cotidiano, em meio às contradições da rede, às disputas institucionais, à precarização das políticas públicas e às histórias singulares das pessoas atendidas. A autonomia, nesse sentido, não é ponto de partida nem ponto de chegada; é um processo permanente de autonomização, produzido no encontro entre sujeitos, redes, direitos e territórios. O protagonismo, por sua vez, só se realiza quando a RAPS consegue transformar espaços de fala em espaços de decisão, e quando o cuidado deixa de ser feito apenas para o(a) usuário(a) para ser construído com ele(a).

3.3.2. O dilema do prontuário único e o sigilo profissional em equipe

Eu acho que, assim, o maior desafio que eu vejo de ética é o prontuário.... O que é que eu vou colocar no prontuário? Que não expõe o meu paciente, que não expõe uma intervenção e que esclarece a equipe do que está acontecendo?

Nas entrevistas conduzidas pelo Sistema Conselhos, o tema do prontuário único aparece como um dos pontos em que a atuação da Psicologia na RAPS evidencia mais claramente a tensão entre dois compromissos ético-políticos igualmente relevantes. De um lado, a RAPS exige trabalho em equipe, cuidado compartilhado, continuidade da atenção, articulação territorial e construção coletiva do PTS. De outro, a Psicologia tem o dever ético de proteger a intimidade, a confidencialidade e o sigilo das pessoas atendidas.

Esse impasse não é abstrato. Ele surge no cotidiano quando psicólogas(os) se perguntam sobre o que registrar no prontuário único; como informar a equipe e garantir continuidade do cuidado sem expor indevidamente a pessoa usuária; e como sustentar o sigilo profissional diante de pressões institucionais ou de outras categorias profissionais. Os riscos envolvem tanto a

ocorrência de registros excessivamente detalhados, acessíveis a toda a equipe, inclusive trabalhadores(as) administrativos(as) e de apoio, quanto o inverso, isto é, registros tão restritos que inviabilizam a continuidade do cuidado quando há mudança de profissional ou circulação do/a usuário/a pela rede.

Embora parte da literatura do campo da saúde coletiva aponte tensões entre as regulamentações corporativas e as diretrizes do SUS, é possível deslocar esse dilema de uma pretensa oposição entre sigilo e trabalho em equipe valendo-se da bibliografia e das normativas do Sistema Conselhos. O Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece o sigilo como dever profissional voltado à proteção da intimidade das pessoas, grupos e organizações atendidas. Ao mesmo tempo, o próprio Código prevê que, no trabalho multiprofissional, a(o) psicóloga(o) compartilhe somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, preservando o caráter confidencial das comunicações e assinalando a responsabilidade de quem recebe a informação de manter sigilo. Ou seja, o sigilo não impede o trabalho em equipe; ele “qualifica eticamente o compartilhamento”⁸.

As orientações sobre registro documental seguem a mesma direção. Quando a(o) psicóloga(o) atua em equipe multiprofissional, o prontuário único é o registro indicado, mas nele devem constar apenas as informações necessárias aos objetivos do trabalho em equipe, de modo a garantir o atendimento integral e resguardar a intimidade da pessoa usuária. Quando houver informações que não possam ser compartilhadas com a equipe, deve-se utilizar registro separado, como prontuário psicológico ou registro documental exclusivo, com acesso restrito⁹. Assim, o problema não está na existência do prontuário único em si. Na RAPS, ele expressa uma exigência própria do cuidado psicossocial - a de que o sofrimento psíquico seja acompanhado por uma equipe e por uma rede, e não por uma prática isolada. O cuidado em liberdade, territorial e intersetorial requer circulação de informações suficientes para que os diferentes profissionais compreendam a situação, pactuem condutas, acompanhem riscos, sustentem vínculos e garantam continuidade ao PTS. Nesse sentido, o prontuário único

⁸ <https://site.cfp.org.br/servicos/orientacao-e-etica/duvidas-frequentes-de-orientacao-e-etica/>

⁹ <https://transparencia.cfp.org.br/crp12/pergunta-frequente/registro-documental/>

pode ser instrumento importante de integração do cuidado, em benefício da integralidade da atenção.

Entretanto, quando utilizado sem critérios éticos, o prontuário único corre o risco de se converter em dispositivo de exposição da intimidade, vigilância institucional e violação de direitos. No campo da saúde mental, isso é especialmente sensível, pois os registros podem conter informações sobre história familiar, sexualidade, uso de substâncias, violências sofridas, conflitos judiciais, vivências delirantes, tentativas de suicídio e outros conteúdos cuja circulação indevida pode produzir estigma, discriminação ou danos concretos à vida.

O dilema vivido por psicólogas(os) não deve ser reduzido à pergunta “registrar ou não registrar?”, mas formulado de outro modo: como registrar de maneira suficiente para o cuidado e, ao mesmo tempo, ética na proteção da intimidade? A resposta exige distinguir informação clínica relevante de conteúdo íntimo desnecessário. Também exige diferenciar o que deve constar no prontuário compartilhado daquilo que deve permanecer em registro psicológico restrito, quando sua divulgação à equipe não for necessária para os objetivos do cuidado.

O sigilo profissional, portanto, não se opõe à inter ou transdisciplinaridade. Ele impede a circulação indiscriminada de informações e convoca a equipe a construir uma cultura comum de confidencialidade. O trabalho em equipe não autoriza a quebra generalizada de sigilo; ele demanda compartilhamento responsável, proporcional e finalístico. A informação compartilhada deve ser aquela necessária para qualificar o cuidado, garantir segurança, evitar descontinuidade, construir o PTS e proteger direitos. O detalhe íntimo, a transcrição literal de falas, a interpretação psicológica aprofundada sem finalidade compartilhada e os conteúdos que não interessam diretamente ao plano de cuidado devem ser preservados. Esse ponto é reforçado pelas orientações sobre elaboração de documentos psicológicos, segundo as quais documentos devem observar sigilo profissional, linguagem objetiva, finalidade definida e evitar descrições literais dos atendimentos, salvo quando

tecnicamente justificadas¹⁰. O Código de Ética, assim, não deve ser compreendido como obstáculo ao trabalho em rede, mas como baliza para que o trabalho em rede não se torne violador. Ao mesmo tempo, ele não deve ser utilizado para sustentar uma posição privatista, isolada ou uniprofissional, que inviabilize a continuidade do cuidado. A ética da Psicologia na RAPS mantém seu rigor, consistindo em compartilhar o necessário, proteger o sensível, registrar com finalidade, pactuar fluxos e educar a equipe para o sigilo como responsabilidade coletiva.

As(Os) psicólogas(os) que atuam na RAPS devem utilizar o prontuário único como instrumento de continuidade e integração do cuidado, registrando informações necessárias, suficientes e pertinentes ao PTS e ao trabalho multiprofissional, sem expor conteúdos íntimos, interpretações psicológicas detalhadas ou informações sensíveis que não sejam indispensáveis à condução compartilhada do caso. Quando houver informações relevantes para o acompanhamento psicológico, mas não necessárias ao acesso da equipe, deve-se mantê-las em registro psicológico restrito, conforme as normativas profissionais. Tais diretrizes podem ser operacionalizadas por orientações práticas como:

a) Registrar com finalidade assistencial clara

Antes de inserir uma informação no prontuário único, a(o) psicóloga(o) deve se perguntar: essa informação é necessária para a continuidade do cuidado? Ela ajuda a equipe a compreender riscos, pactuações, estratégias de vínculo, manejo de crise, rede de apoio ou encaminhamentos? Se a resposta for não, provavelmente não deve constar no prontuário compartilhado.

b) Evitar registros excessivamente íntimos ou literais

O prontuário único não deve reproduzir falas extensas, detalhes de vida privada, conteúdos de sessão, hipóteses interpretativas aprofundadas ou descrições que possam expor a pessoa usuária sem necessidade. O registro deve ser sintético, técnico, compreensível e orientado ao cuidado.

¹⁰ <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n-06-2019-comentada.pdf>

c) Diferenciar informação para a equipe e informação privativa da Psicologia

Informações indispensáveis à equipe devem constar no prontuário único. Informações cujo compartilhamento possa violar sigilo, mas que sejam necessárias ao acompanhamento psicológico, devem ser mantidas em registro psicológico ou documental restrito. Essa separação não significa omissão indevida, mas manejo ético dos diferentes níveis de confidencialidade.

d) Compartilhar o mínimo necessário, mas não menos que o necessário

A proteção do sigilo não pode produzir apagamento do caso. Registros excessivamente lacônicos podem prejudicar a continuidade do cuidado, especialmente em serviços com rotatividade, plantões, hospitalidade noturna, crise ou circulação do/a usuário/a entre pontos da rede. O critério deve ser de proporcionalidade - nem exposição excessiva, nem ocultamento que fragilize o cuidado.

e) Pactuar coletivamente regras de confidencialidade

A responsabilidade pelo sigilo não é apenas da Psicologia. Em serviços da RAPS, todos os(as) trabalhadores(as) que acessam informações de usuários(as) devem compreender que dados de saúde mental são sensíveis e não podem circular por curiosidade, informalidade ou comentários de corredor. Cabe à(ao) psicóloga(o) contribuir para educação permanente da equipe, incluindo profissionais administrativos, motoristas, recepção, oficineiros/as e demais trabalhadores/as que participam da vida institucional.

f) Informar a pessoa usuária sobre o uso do prontuário

Sempre que possível, a(o) psicóloga(o) deve explicar à pessoa atendida que o serviço utiliza prontuário compartilhado, quais informações podem ser registradas, quem pode acessá-las e com qual finalidade. Isso fortalece a transparência, confiança e participação no cuidado. O Manual Orientativo do CFP também indica como boa prática informar a pessoa usuária sobre os recursos de registro utilizados e sobre a preservação do sigilo¹¹.

¹¹ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/11/Manual_Orientativo.pdf

g) Recusar pressões institucionais incompatíveis com a ética profissional

Quando houver exigências como a de registrar diagnóstico sem avaliação suficiente; produzir laudos sem acompanhamento; revelar informações sem finalidade assistencial; responder a demandas judiciais de forma inadequada; ou expor conteúdos sigilosos; a(o) psicóloga(o) deve fundamentar tecnicamente sua recusa, registrar a orientação adotada, discutir em equipe e, quando necessário, consultar o CRP.

Essas orientações têm como intuito auxiliar a(o) psicóloga(o) a enfrentar o desafio ético que consiste em sustentar uma prática que compartilhe o necessário para cuidar e preservar o sensível para não violar.

Além das questões envolvendo os registros no prontuário único, profissionais entrevistadas(os) manifestaram também sentirem-se pressionadas(os) a responder a requisições judiciais ou institucionais que solicitam informações sensíveis sobre usuários(as), por vezes sem vínculo prévio, sem avaliação psicológica suficiente ou sem que a demanda esteja articulada ao PTS. As demandas oriundas do Sistema de Justiça em geral envolvem solicitações de laudos, pareceres, relatórios, informações de prontuário, internações compulsórias ou notificações que podem extrapolar a finalidade do cuidado.

As notificações compulsórias e comunicações a órgãos de proteção devem ser compreendidas como instrumentos importantes para a garantia de direitos em situações previstas em lei, como violências, risco grave, violações contra crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência ou outras situações de proteção pública. Contudo, sua realização exige discernimento ético-técnico. Notificar não significa compartilhar todo o conteúdo do atendimento psicológico nem transferir integralmente à Justiça ou a outros órgãos aquilo que pertence ao campo do cuidado. A(O) psicóloga(o) deve comunicar o necessário, pertinente e proporcional à proteção da pessoa e à finalidade legal da notificação, preservando informações íntimas que não contribuam para a ação protetiva. Sempre que possível, é importante discutir a situação em equipe, informar o(a) usuário(a) sobre os limites do sigilo, registrar tecnicamente a decisão tomada e buscar orientação do CRP quando houver

dúvida ou pressão institucional. A diretriz ética, portanto, não é recusar toda comunicação obrigatória, mas impedir que a notificação ou a requisição judicial se converta em quebra indiscriminada de sigilo, criminalização do sofrimento psíquico ou enfraquecimento do vínculo terapêutico. Nesses casos, o Código de Ética Profissional opera, não como obstáculo, mas como salvaguarda técnica e ética diante de solicitações que possam violar o sigilo, produzir exposição indevida, reforçar práticas tutelares ou deslocar a(o) psicóloga(o) da função de cuidado para uma função de controle, vigilância ou produção de prova.

3.3.3. Processos de vulnerabilização, marcadores sociais e cuidado territorialmente situado

Qual é a pauta que os usuários trazem para o serviço hoje? Uma pauta descolonialista, o movimento negro, o movimento feminista, a luta da população de rua. Hoje essa é a nossa agenda no serviço. Durante o mês todo a gente tem discutido racismo e vai seguir a pauta porque se abriram tantas discussões que essa pauta segue. A gente está pensando também em outras coisas dentro da luta antimanicomial.

A atuação de psicólogas(os) na RAPS ocorre, muitas vezes, em territórios marcados por desigualdades sociais e barreiras de acesso às políticas públicas; por racismo, capacitismo, LGBTfobia, desigualdades e violências de gênero; por criminalização da pobreza, violência policial e discriminações associadas ao uso de álcool e outras drogas. Essas condições não podem ficar na exterioridade do cuidado em saúde mental nem serem consideradas como elementos secundários à clínica. Elas participam da produção do sofrimento, modulam as possibilidades de acesso aos serviços e atravessam os modos como usuários(as) acessam ou são afastados(as) da rede de cuidado. Via de regra, é em torno de vidas expostas a formas persistentes de desproteção que a clínica na RAPS se organiza.

A noção de *vulnerabilidade*, no campo da saúde coletiva, foi construída para superar os limites da categoria “risco”, que tende a localizar o problema no indivíduo, em seus comportamentos ou em supostas características pessoais. Ao contrário, pensar em vulnerabilidade implica considerar dimensões individuais, sociais e programáticas do processo saúde-doença-cuidado. Ou

seja, no lugar de perguntar se uma pessoa é vulnerável, trata-se de compreender quais condições sociais, políticas e territoriais a expõem ao sofrimento e à violação de direitos, bem como quais recursos estão ou não disponíveis para sua proteção e cuidado (Ayres et al., 2003; Dimenstein & Cirilo Neto, 2020; Gama et al., 2014). Contudo, Dimenstein e Cirilo Neto (2020) mostram que, nos campos da saúde e da assistência social, mesmo o termo *vulnerabilidade* pode ser usado de modo reducionista e individualizante, rotulando populações que se tornam, então, objeto de tutela, vigilância ou normalização. Nesses casos, políticas públicas que deveriam proteger arriscam regular condutas, desqualificar modos de vida e reforçar relações hierárquicas entre profissionais e usuários(as).

A expressão *processos de vulnerabilização* evita transformar a vulnerabilidade em identidade fixa de determinadas populações. Pessoas negras, indígenas, LGBTQIA+, em situação de rua, usuárias de álcool e outras drogas, moradoras de periferias, mulheres em situação de violência ou pessoas com deficiência não são vulneráveis por essência. Elas são expostas, de modo desigual, a formas socialmente produzidas de precarização da vida.

Gama, Onocko Campos e Ferrer (2014) alertam para o perigo de associar de forma simplista pobreza e sofrimento mental, reforçando estigmas históricos que vinculam “loucura” e pobreza. Ao mesmo tempo, os autores afirmam que não se pode ignorar a relação entre condições de vida e sofrimento psíquico. A direção do tratamento exige superar a lógica técnico-científica tradicional, que reduz o sofrimento a categorias diagnósticas, e incorporar a singularidade, os saberes e os modos de vida das pessoas afetadas. Isso implica reconhecer que o sofrimento mental — assim como a vulnerabilidade — não está simplesmente *no* indivíduo, mas se produz nas relações entre sujeito, território, família, comunidade, Estado.

Ao individualizar a vulnerabilidade, corre-se o risco de culpabilizar a pessoa por sua condição, patologizar modos de vida e medicalizar sofrimentos sociais. É quando se interpreta como falta de “adesão”, ou falta de vínculo, aquilo que expressa impossibilidade concreta de acesso. Múltiplos fatores podem estar associados, por exemplo, ao não comparecimento a uma consulta: falta de dinheiro para transporte, medo de violência policial, cuidado dos filhos, racismo vivido no serviço de saúde, experiência reiterada de não ser escutado/a. A

pergunta que a clínica precisa fazer, nesse caso, não é “por que esse sujeito não adere?”, mas “quais condições podem tornar possível esse cuidado?”

3.3.3.1. População negra, racismo e saúde mental

No caso da população negra, o cuidado em saúde mental requer o reconhecimento do racismo estrutural, institucional e cotidiano como produtor de sofrimento psíquico, como barreira de acesso e como fator de deslegitimação da experiência subjetiva. Conforme já comentado, ao abordar, na introdução desta RT, os dados colhidos do Questionário *Online* do Sistema Conselhos de Psicologia, a maior parte das(os) respondentes reconhece o sofrimento advindo do racismo que estrutura as relações em nossa sociedade e se preocupa em ofertar um cuidado antirracista. Mas também chama atenção a frequência com que algumas(uns) profissionais afirmaram “não trabalhar” com questões étnico-raciais, negligenciando o fato de a população negra representar a maioria da população brasileira e ser majoritariamente usuária do SUS.

Autoras de referência nos estudos de relações raciais e subjetividade no Brasil mostram de forma contundente que o sofrimento psíquico da população negra não pode ser compreendido fora das marcas históricas e contemporâneas do racismo, da colonialidade e da escravização, que resultam em violência de Estado, desigualdade social e produção cotidiana de desamparo. Lélia Gonzalez (1984) permite compreender como o racismo brasileiro opera muitas vezes por meio da negação, do mito da democracia racial e da naturalização de lugares subalternizados destinados à população negra. Neuza Souza Santos (1983) mostra que o racismo incide diretamente na constituição subjetiva, produzindo efeitos de alienação, dor, silenciamento e exigência de embranquecimento. Isildinha Baptista Nogueira (2021), ao evidenciar as marcas psíquicas do racismo, indica a necessidade de que a clínica reconheça a experiência racializada como dimensão constitutiva do sofrimento, e não como elemento externo ou secundário. Beatriz Nascimento (2021), por sua vez, ao elaborar o quilombo como experiência histórica, territorial, política e subjetiva de resistência, contribui para pensar o cuidado para além da reparação individual, apontando para práticas de pertencimento, memória, coletividade e

reconstrução de vínculos. Nessa direção, Emiliano de Camargo David propõe uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial, recolocando o racismo como estrutura que atravessa a manicomialização, a medicalização e a violência institucional; e Rachel Gouveia Passos, ao articular raça, gênero, classe e cuidado, evidencia que a população negra, especialmente mulheres negras, ocupam historicamente os lugares mais explorados e menos reconhecidos na produção e sustentação do cuidado.

Se a violência racial tem como alvo a população negra, o racismo é uma realidade que concerne a toda a população brasileira. Como ensina Frantz Fanon (2022[1961]), em *Os condenados da terra*, foram os brancos que criaram o *negro* — como constructo social, político e histórico com origem nas sociedades coloniais europeias. Podemos transpor para o contexto do trabalho na RAPS uma reflexão que Ana Gebrim (2021) propõe ao abordar os efeitos da branquitude do analista para a clínica psicanalítica: em um país marcado em suas entranhas pela violência do racismo, não se pode pensar na dimensão do vínculo entre profissional e usuário sem articular as vivências raciais marcadas no encontro clínico.

Assim, cabe às(aos) psicólogas(os) incorporar a dimensão racial à escuta, ao PTS, à construção do caso e à articulação de rede, evitando universalizar as experiências de sofrimento como se o elemento raça não incidisse sobre esse sofrimento. Inclui-se nisso a necessidade de racializar também a relação de cuidado, colocando em análise os efeitos que a identidade racial da/o profissional pode produzir no encontro com os/as usuários/as. Cabe também enfrentar práticas que desqualificam relatos de racismo como “hipersensibilidade”, “paranoia”, “vitimismo” ou “conflito interpessoal”, pois tais leituras podem produzir novas formas de violência institucional. A escuta clínica precisa ser capaz de reconhecer o racismo como experiência concreta, histórica e subjetivante.

3.3.3.2. Povos indígenas, território e cuidado culturalmente orientado

A atuação de psicólogas(os) junto aos povos indígenas na RAPS exige reconhecer, antes de tudo, que “saúde mental” é uma categoria formulada no

interior de tradições ocidentais de cuidado e não pode ser aplicada de modo descontextualizado e universalizante às múltiplas cosmologias indígenas. A própria noção de “povos indígenas” não designa uma população homogênea, mas uma pluralidade de povos, línguas, territórios, modos de parentesco e práticas de cuidado. Batista e Zanello (2016) mostram que a produção brasileira sobre saúde mental em contextos indígenas, além de escassa, muitas vezes deixa de problematizar a junção dos conceitos de “saúde mental” e “indígena”, correndo o risco de invisibilizar diferenças culturais e impor categorias diagnósticas ocidentais a experiências de sofrimento que possuem outros sentidos. Na mesma direção, Berni (2017) afirma que não é possível aplicar conceitos reducionistas de saúde, especialmente de saúde mental, diretamente a culturas indígenas, cuja compreensão da vida não separa corpo, espírito, território, comunidade e ancestralidade.

Assim, o sofrimento subjetivo e fenômenos como o suicídio indígena não podem ser compreendidos exclusivamente por uma chave clínica individual, pautada em modelos ocidentais de subjetividade. Não se pode reduzir a transtornos individuais sofrimentos que dizem respeito a uma coletividade e que atravessam gerações. Estudos indicam que a intensificação do suicídio em alguns povos e regiões está relacionada a processos históricos de colonização, confinamento territorial, racismo estrutural, perda de referências culturais, fragilização comunitária, conflitos fundiários e descontinuidade das políticas públicas. Ramos, Paiva e Nonato (2026) destacam que identidade étnica fortalecida, espiritualidade, pertencimento territorial e coesão comunitária funcionam como fatores protetivos fundamentais na prevenção do suicídio. Nesse sentido, no âmbito da RAPS, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena são orientadas a atuar na promoção do bem-viver das comunidades indígenas, reconhecendo as medicinas tradicionais e dialogando com pajés, rezadores, raizeiros e outros cuidadores tradicionais.

O respeito às práticas tradicionais, a escuta de lideranças e jovens, o fortalecimento dos vínculos comunitários compõem o cuidado psicossocial, e a atuação de psicólogas/os junto a comunidades indígenas vai requerer humildade epistemológica, escuta intercultural, diálogo interdisciplinar e reconhecimento de que os povos indígenas possuem sistemas próprios de cuidado, cura, proteção e produção de bem-viver. Mais ainda, na medida em que o território é dimensão

constitutiva do bem-viver, é preciso articular o cuidado à defesa dos territórios e dos direitos coletivos. Conforme a Referência Técnica do CFP (2024) para atuação junto aos povos indígenas¹², faz-se necessário recontar, pelas vozes dos próprios povos originários, os processos históricos que produzem violência e sofrimento, ampliando o olhar da Psicologia para os modos de vida, ritos, e culturas indígenas.

Ou seja, à(ao) psicóloga(o), não cabe falar pelos povos indígenas nem substituir seus modos próprios de nomear o sofrimento, produzir cuidado e decidir coletivamente. Um cuidado culturalmente orientado para povos indígenas implica construir práticas sempre em articulação com a Saúde Indígena, a Atenção Básica e demais componentes da RAPS. Implica dialogar com lideranças, organizações, redes comunitárias e escolas indígenas, sempre considerando a autonomia dos povos e a atenção diferenciada prevista nas políticas de saúde indígena. Como diretriz, psicólogas(os) devem evitar tanto a tutela quanto a assimilação, problematizando diagnósticos e medicalização apressados, respeitando línguas e cosmologias. Devem articular saberes tradicionais e saberes técnico-científicos, apoiar ações intersetoriais e fortalecer o protagonismo indígena na construção dos projetos terapêuticos e das políticas de cuidado. O horizonte ético não é adaptar povos indígenas à RAPS, mas fazer com que a RAPS seja capaz de se transformar no encontro com a cultura desses povos e seus modos de resistir, cuidar e produzir bem-viver.

3.3.3.3. Mulheres, sofrimento e cuidado

A literatura feminista em saúde mental tem mostrado que, em relação às mulheres, o diagnóstico psiquiátrico, o uso de psicofármacos e as internações foram historicamente lidos por uma matriz biomédica e patriarcal, que frequentemente localiza no corpo feminino a origem do sofrimento — colocando sob escrutínio os exercícios da maternidade, da sexualidade e da conjugalidade. Assim, conforme Valeska Zanello (2014, 2019), valores de gênero e expectativas

¹² https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2024/09/crepop_indigenas_revisada_2024_2ed.pdf

sociais sobre o que seria uma mulher “adequada”, “boa mãe” e “boa esposa” acabam sendo determinantes da interpretação diagnóstica em saúde mental. Seria preciso deslocar o foco de uma suposta essência feminina adoecida para as condições sociais, econômicas e afetivas que produzem sofrimento.

Em estudos com mulheres atendidas em CAPS, Campos e Zanello (2017) mostram que muitas narrativas de sofrimento envolvem violência estrutural e impossibilidade de dizer não às exigências de cuidado, submissão e disponibilidade. A(O) psicóloga(o) deve evitar interpretar o sofrimento das mulheres apenas com base nas categorias diagnósticas de uso padrão que recaem sobre o indivíduo, sem interrogar o que há de violência, desigualdade e expropriação de vida nas histórias que chegam ao serviço. A escuta clínica é qualificada quando gênero, raça, classe, maternidade, conjugalidade, trabalho e violência são considerados dimensões constitutivas da experiência de sofrimento.

O cuidado psicossocial oferecido às mulheres carrega ainda uma complexidade, destacada por Rachel Gouveia Passos. Ocorre que, conforme mostra a crítica feminista, o cuidado — profissional ou doméstico — é historicamente atribuído às mulheres, sendo desvalorizado como trabalho e distribuído de forma desigual entre gênero, raça e classe. Assim, mulheres pobres e negras, usuárias do SUS e moradoras de territórios vulnerabilizados, são convocadas a cuidar sem que suas próprias necessidades de cuidado sejam reconhecidas. Essa realidade se viu exposta e exponencialmente agravada com a pandemia do Covid-19 (Diniz, 2021), mas nos acompanha desde os tempos da colonização. Passos chama atenção para o fato de que, embora tenha deslocado o cuidado do hospital para o território, a Reforma Psiquiátrica corre o risco de reinscrever a responsabilidade cotidiana pela sustentação da vida sobre o corpo das mulheres — sobretudo mães, avós, filhas, esposas, trabalhadoras domésticas, técnicas de referência, cuidadoras formais e informais.

A desinstitucionalização não pode significar desresponsabilização do Estado e transferência do trabalho de cuidado para mulheres sobrecarregadas. Quando os serviços devolvem o cuidado às famílias sem apoio concreto — acolhimento, escuta, descanso, transporte, renda... —, podem reproduzir a lógica manicomial por outras vias. A RAPS não pode tomar a “família” ou a “comunidade” como um manancial de recursos inesgotáveis e disponíveis para

suprir a insuficiência da rede. É comum que a rede pressione mães, avós, irmãs, esposas e filhas a assumirem responsabilidades sem suporte material, financeiro, institucional ou subjetivo. Quando essas mulheres “não dão conta”, são frequentemente julgadas como negligentes, resistentes ou desestruturadas. Uma leitura interseccional permite reconhecer que muitas dessas mulheres estão também adoecidas, sofrendo com a violência doméstica e o racismo; estão sobrecarregadas, por jornadas múltiplas e trabalho precário; encontram-se vulnerabilizadas, pela pobreza e pela ausência de políticas públicas.

Psicólogas(os) precisam estar atentas(os) para evitar o risco de sobrecarga e culpabilização dessas mulheres. Sua atuação deve incluir a escuta das cuidadoras, a identificação da sobrecarga familiar, a construção compartilhada de estratégias de apoio e o acionamento da rede intersetorial, além da problematização das relações de gênero presentes no PTS. Perguntas como “quem cuida?”, “em que condições cuida?”, “quem cuida de quem cuida?” e “que sofrimento está sendo produzido pela obrigação de cuidar?” devem integrar a prática cotidiana na RAPS.

Ao mesmo tempo, é fundamental reconhecer que mulheres em sofrimento psíquico não são apenas vítimas ou cuidadoras exauridas. A história da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial também é atravessada por mulheres usuárias, familiares, trabalhadoras, artistas, militantes e lideranças que produziram deslocamentos importantes na política de saúde mental. Passos lembra que a participação das mulheres na luta antimanicomial muitas vezes permanece como “lado esquecido da história”, apesar de sua presença massiva em associações, coletivos, blocos carnavalescos, grupos culturais e de economia solidária. Mulheres majoritariamente negras, pobres, periféricas, usuárias de CAPS e outros serviços da RAPS, transformam a experiência de violência, loucura e exclusão em organização coletiva, cuidado entre pares e ocupação de espaços públicos; em formação política, geração de renda e economia solidária; em luta antimanicomial, antirracista e feminista. A diretriz, nesse sentido, é que a RAPS fomente dispositivos coletivos nos quais mulheres possam narrar suas histórias, reconhecer violências, construir autonomia, compartilhar saberes, fortalecer redes e produzir novas formas de pertencimento.

Como orientação para a prática, psicólogas(os) devem incorporar uma perspectiva interseccional e antimanicomial ao cuidado em saúde mental das mulheres. Isso implica reconhecer a violência de gênero como questão de saúde mental; não reduzir sofrimento social a patologia individual; articular a RAPS à rede de enfrentamento à violência contra mulheres; evitar a culpabilização das mães e familiares; reconhecer o trabalho doméstico e de cuidado como dimensão central da vida psíquica e social; e sustentar práticas coletivas, territoriais e de empoderamento. A escuta psicológica deve contribuir para que as mulheres deixem de ser vistas apenas como “pacientes”, “mães”, “cuidadoras”, “históricas”, “difíceis” ou “descompensadas”, e sejam reconhecidas como sujeitas de direitos, de desejo, de história, trabalho, cuidado e luta.

3.3.3.4. Sexualidade, identidade de gênero e cuidado não patologizante

A história da relação entre dissidências sexuais e de gênero e a saúde mental é marcada por criminalização, moralização, patologização e confinamento. Como destaca Marco José de Oliveira Duarte (2022), a homossexualidade e as identidades trans foram historicamente capturadas pela ordem médico-psiquiátrica, associadas à degenerescência, perversão, transtorno, desvio moral e periculosidade. Ainda que a homossexualidade tenha sido retirada dos manuais diagnósticos e que a transexualidade tenha sido deslocada, na CID-11, do campo dos transtornos mentais para o campo da saúde sexual, permanecem efeitos institucionais dessa história, como a exigência de laudos, a suspeição sobre os corpos, o controle sobre o uso do nome e do banheiro, o tratamento compulsório, a naturalização da violência e a recusa de reconhecer a autodeterminação de gênero como dimensão da cidadania. Por isso, o cuidado não patologizante não diz respeito a “tolerar” diferenças, mas implica reconhecer que há uma dívida histórica da Psicologia, da Psiquiatria, da Medicina e das políticas públicas com populações cujas existências foram nomeadas como erro, perigo ou doença.

A pergunta que cabe fazer, então, no campo da RAPS, para o cuidado dirigido a pessoas LGBTQIA + se desloca de “o que há de errado com essa identidade?” para “quais condições sociais, políticas, institucionais e familiares produzem sofrimento, vulnerabilização ou barreiras de acesso?”. A literatura

sobre o tema converge em afirmar que orientações sexuais, identidades e expressões de gênero dissidentes não constituem, em si, causa de sofrimento psíquico ou transtorno mental. O que adoecer são os regimes de cis-heteronormatividade, a LGBTQIA+fobia, o estigma, a violência urbana e policial, a precarização das redes de apoio. Contudo, mesmo em serviços de saúde mental orientados por uma política pública antimanicomial, a postura dos/as profissionais pode oscilar entre o reconhecimento das especificidades LGBTQIA+ e a reprodução de formações discursivas heteronormativas, expressas no binarismo de gênero, na hesitação sobre o nome social e na dificuldade de transformar a ideia de acolhimento em práticas efetivamente afirmativas (Santos, 2022).

O texto de Teixeira *et al.* (2026), publicado no livro *Cuidados Culturais, Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (Dimenstein & Simoni), desvela o quanto o preconceito contra pessoas trans segue operando nas instituições brasileiras de forma mais ou menos dissimulada, em que pese o consenso construído entre movimentos sociais, serviços especializados, pesquisadores e conselhos profissionais a respeito da política de saúde para a população trans, pensada a partir do direito de existir. No lugar de adaptar corpos trans a uma norma cisgênera, ou de condicionar o cuidado ao diagnóstico, ao laudo ou à adequação a estereótipos binários de masculinidade e feminilidade, trata-se de reconhecer a pessoa trans como sujeito de direitos, cuja demanda de cuidado pode ou não envolver hormonização, cirurgias, retificação documental, entre outras. A proposta do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES-PopTrans), discutido pelos autores, indica justamente a necessidade de superar um modelo centrado no “processo transexualizador” como circuito restrito, patologizante e especializado, para construir uma linha de atenção mais ampla, descentralizada, pactuada com o SUS e sensível às múltiplas necessidades da população trans. Ao mesmo tempo, os entraves políticos à publicação e implementação dessa política mostram que a transfobia não opera apenas como preconceito interpessoal, mas também como gramática institucional, normativa e estatal.

Nesse cenário, o cuidado sensível às questões de sexualidade e identidade de gênero exige uma posição ética ativa em defesa dos direitos das existências LGBTQIA+. A Referência Técnica do CFP para atuação em políticas

públicas para a população LGBTQIA+¹³ afirma que sexualidades e identidades não heterocisnormativas não devem ser consideradas patológicas ou desviantes e propõe abordar as vivências LGBTQIA+ para além da violência, na perspectiva da promoção de direitos. As diretrizes mais recentes do CFP para o atendimento de pessoas trans, travestis e não binárias reforçam que a atuação profissional deve ser não patologizante, respeitar a autodeterminação das identidades de gênero, garantir o uso do nome social, pronomes e desinências escolhidos e considerar interseccionalidades de raça, etnia, classe, território, geração e deficiência. O CFP também afirma que o acompanhamento psicológico não deve ter como finalidade validar identidades por meio de documentos, nem reduzir o cuidado à tomada de decisão sobre procedimentos corporais¹⁴. O acolhimento deve perguntar e respeitar nome social, pronomes, formas de autodefinição, composição familiar e redes afetivas, sem transformar tais informações em interrogatório ou espetáculo. O prontuário deve registrar o necessário ao cuidado, sem expor indevidamente a vida sexual ou a identidade de gênero da pessoa. A escuta clínica deve diferenciar entre sofrimento produzido pela violência social e uma suposta patologia da identidade, evitando tanto a negação genérica das especificidades — “é um usuário como qualquer outro” — quanto a redução totalizante da pessoa à sigla LGBTQIA +. É também papel da Psicologia enfrentar piadas, constrangimentos, recusas de atendimento, comentários moralizantes, desrespeito ao banheiro, ao nome social e à autonomia corporal, compreendendo essas situações como formas de violência institucional. Na RAPS, esse cuidado não patologizante é inseparável da luta antimanicomial e da defesa de uma clínica psicossocial capaz de afirmar a pluralidade dos corpos, dos gêneros, dos prazeres, dos vínculos e dos modos de viver.

3.3.3.5. Deficiência, capacitismo e acessibilidade na RAPS

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão e a produção crítica recente no campo dos estudos da

¹³ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/RT_LGBT_crepop_Web.pdf

¹⁴ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/04/SEI_CFP-2140234-Nota-Te%CC%81cnica.pdf

deficiência partem do reconhecimento de que a deficiência não se reduz a uma lesão, limitação funcional ou “falta” localizada no corpo. Ela é resultante da interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais, institucionais, comunicacionais, arquitetônicas e atitudinais. O capacitismo, nesse sentido, não é apenas uma atitude individual preconceituosa, mas uma lógica estrutural de hierarquização dos corpos e das formas de existir, baseada em ideais de autonomia, produtividade, comunicação, cognição, mobilidade e comportamento considerados “normais” ou desejáveis. Como apontam Dias, Moreira e Silva (2023), Mello (2016), Moreira et al. (2022) e Marques et al. (2025), enfrentar o capacitismo no SUS e na Psicologia implica recusar tanto a redução biomédica da deficiência quanto práticas aparentemente inclusivas que mantêm a tutela, a infantilização e a baixa expectativa sobre a vida das pessoas com deficiência.

Na RAPS, esse debate assume especial importância porque os campos da saúde mental e da deficiência, embora tenham histórias comuns de institucionalização, segregação e luta por direitos, foram organizados em políticas, serviços e gramáticas distintas. Surjus e Onocko-Campos (2014, 2017) mostram que pessoas com deficiência intelectual seguem enfrentando barreiras de acesso aos CAPS, seus itinerários são marcados pela internação psiquiátrica como primeira resposta ao sofrimento e recebem menor investimento das equipes na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Em muitos casos, a constatação da deficiência antecipa recusas, encaminhamentos automáticos ou dúvidas sobre a “pertinência” da presença da pessoa no serviço, enquanto instituições voltadas à deficiência também podem excluir usuários/as quando emergem sofrimentos psíquicos, crises, expressões de sexualidade, agressividade ou outras experiências interpretadas como “problemas de saúde mental”. Esse duplo *não lugar* produz desassistência, institucionalização e violação de direitos. Portanto, a diretriz para a prática não deve ser nem transformar toda deficiência em demanda psiquiátrica, nem negar que pessoas com deficiência possam sofrer psiquicamente e necessitar de cuidado em saúde mental. Trata-se de sustentar uma clínica psicossocial capaz de reconhecer singularidades, escutar formas diversas de comunicação, construir apoios, articular redes e evitar tanto a medicalização indevida quanto o apagamento do sofrimento.

A aproximação entre deficiência e saúde mental também exige cuidado conceitual e político. Arantes e Palombini (2024) mostram que há articulações e tensionamentos entre os movimentos da Reforma Psiquiátrica, dos estudos da deficiência, dos estudos loucos e das lutas anticapacitistas. A noção de “deficiência psicossocial”, por exemplo, pode ampliar o acesso a direitos quando compreendida a partir da Convenção e da LBI, mas também pode produzir problemas se for usada para recolocar o sofrimento mental como sequela individual, incapacidade fixa ou marca de periculosidade.

Para a atuação na RAPS, o ponto central não é impor uma identidade aos(as) usuários(as), mas assegurar que todas as pessoas em sofrimento psíquico — com deficiência física, sensorial, intelectual, mental, psicossocial, múltipla ou sem identificação com a categoria deficiência — tenham acesso ao cuidado em liberdade, à tomada de decisão apoiada, à acessibilidade, à comunicação adequada, à participação social e à proteção contra violências institucionais. Nesse sentido, a Referência Técnica do CFP/CREPOP para atuação de psicólogas/os em políticas públicas para pessoas com deficiência, oficialmente colocada em consulta pública em junho de 2026, deve ser lida como parte de um movimento mais amplo de qualificação ética e política da Psicologia frente ao capacitismo.

Como diretriz prática, a RAPS deve incorporar a acessibilidade como dimensão constitutiva do cuidado, e não como adaptação secundária ou favor individual. Isso implica garantir todas as formas de acessibilidade — arquitetônica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática e atitudinal; registrar nos PTS os apoios necessários para a participação da pessoa; construir estratégias de comunicação acessível, inclusive com Libras, comunicação alternativa, linguagem simples e recursos tecnológicos quando necessários; incluir familiares, cuidadoras/es e redes de apoio sem substituir a voz e a vontade da pessoa; articular CAPS, Atenção Básica, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, SUAS, educação, trabalho, cultura, justiça e movimentos sociais; e monitorar a presença de pessoas com deficiência nos serviços, nos SRTs e nos processos de desinstitucionalização. Uma prática psicológica anticapacitista na RAPS não se limita a “não discriminar”: ela exige revisar rotinas, espaços, prontuários, acolhimentos, critérios de acesso, projetos terapêuticos e modos de escuta, de modo que a diferença não seja convertida

em incapacidade presumida, tutela permanente ou exclusão silenciosa.

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE DA(O) TRABALHADORA(O)

4.1. Condições e Relações de Trabalho na RAPS

Porque a gente monta uma equipe, cria uma identidade, e aí a gente está pensando mais ou menos parecido... que... seja feito aquele projeto terapêutico... e aí troca a equipe toda... porque as pessoas ou vão para outro trabalho ou acaba o contrato delas, ou colegas entram de licença, aí vem outras pessoas que às vezes não têm muito essa concepção da luta antimanicomial ou do que é o CAPS, de como funciona a RAPS ou mesmo a equipe interdisciplinar. E aí a gente começa tudo isso de novo.

O percurso realizado até aqui mostra que a sustentação da RAPS como rede territorial, intersetorial e substitutiva à lógica manicomial depende de uma multiplicidade de fatores clínicos, políticos, institucionais e formativos. Entre eles, destacam-se as condições concretas de trabalho das equipes que compõem a RAPS. Não há cuidado em liberdade sem trabalhadoras(es) com possibilidades de produzir vínculo, estar presente no território, investir na articulação em rede. A gestão do trabalho não representa um aspecto secundário da atenção psicossocial; antes, constitui uma dimensão fundamental, ao lado da clínica e da política, para que a Reforma Psiquiátrica se realize no cotidiano dos serviços. Clínica, política e gestão são dimensões distintas, mas indissociáveis. É no ponto de intersecção entre essas três esferas que, na RAPS, se definem a possibilidade e os modos de agir sobre as realidades que configuram os territórios de existência das populações atendidas.

A literatura tem apontado, de forma reiterada, a presença de condições precárias nos processos de trabalho no campo da atenção psicossocial. As(Os) psicólogas(os) entrevistadas(os) na pesquisa CREPOP/Sistema Conselhos enfrentam cotidianamente essas condições, onde a precariedade atinge diferentes aspectos do trabalho em equipe. Por um lado, as(os) profissionais têm sido mal remuneradas(os), os vínculos trabalhistas são frágeis, com contratos que podem ser temporários — o que gera uma grande rotatividade de profissionais; as equipes são mínimas ou insuficientes, faltam espaços de conversa, há sobrecarga de tarefas e responsabilidades, fragilidades na

comunicação entre serviços e insuficiência de processos de educação permanente. Por outro, os espaços físicos são inadequados às finalidades a que se destinam, há falta de materiais (especialmente aqueles que fogem ao escopo biomédico e que são tão fundamentais ao cuidado psicossocial) e carência de transporte para ações territoriais. Essa realidade atinge, sem exceção, os diferentes dispositivos da RAPS — apesar das especificidades de cada um, todos exigem condições materiais, equipe suficiente, formação, suporte institucional, comunicação em rede e tempo protegido para construção coletiva do cuidado.

Assim, a respeito da precariedade que envolve o processo de trabalho em CAPS, Santos *et al.* (2024) mostram que, além de incidir sobre a satisfação das(os) trabalhadoras(es), ela afeta a qualidade do acolhimento, a construção de vínculos, a criatividade na clínica e a articulação em rede, fragilizando o próprio cuidado ofertado a usuárias/os e familiares. Na Atenção Básica, a demanda cotidiana de saúde mental que bate à porta de uma UBS acaba muitas vezes relegada à medicamentação e/ou encaminhamento sem corresponsabilização. (Aosani & Nunes, 2013). Quanto ao Consultório na Rua, a ausência de espaços de educação permanente e a rigidez de medidas administrativas, como a divisão territorial, podem levar ao rompimento de vínculos construídos com a população de rua, sendo o vínculo uma tecnologia central do cuidado à população em situação de rua. (Magalhães, 2018). Nos serviços de urgência e emergência, por sua vez — onde o trabalho em saúde mental se dá sob a pressão da crise, da contenção do risco e da articulação com a rede após a alta —, a inadequação da ambiência, a inexistência de espaços de educação permanente e de cogestão, aliadas à insuficiente multiprofissionalidade e à fragilidade da comunicação com a rede territorial (Zink & Farias, 2015), levam a um manejo da crise ainda eivado de preconceito, estigma, medo e uso frequente de contenção física ou química. (Dias *et al.*, 2018).

A precarização assume formas distintas em cada ponto da rede, mas desemboca nos mesmos efeitos: descontinuidade do cuidado, sofrimento das/os trabalhadoras/es, fragilização dos vínculos, burocratização das práticas e risco de retorno de lógicas manicomiais. Ela atinge justamente aquilo que constitui o valor maior do cuidado ofertado pelos dispositivos da RAPS, que remete à

presença, ao vínculo, à permanência. Contratos temporários e rotatividade não produzem apenas insegurança para a/o trabalhadora/or. Eles interrompem vínculos terapêuticos, fragilizam Projetos Terapêuticos Singulares e desorganizam referências institucionais, impondo aos(às) usuários(as) a repetição de rupturas que, muitas vezes, já marcaram suas trajetórias de vida.

Um aspecto central que afeta as condições do trabalho na RAPS diz respeito à forma como o empresariamento da saúde e sua lógica produtivista vem incidindo sobre os serviços. A RAPS requer tempo para reunião de equipe, construção de PTS, articulação de rede, participação em fóruns, matriciamento, supervisão clínico-institucional. Precisa se demorar nos espaços de acolhimento, em visitas domiciliares, no cuidado no território, nas assembleias. Exige investimento em produção cultural, participação no controle social, engajamento em movimentos sociais. A gestão que reconhece como “produção” apenas procedimentos quantificáveis, consultas, laudos ou encaminhamentos, empobrece a clínica e empurra os serviços destinados à atenção psicossocial para uma lógica ambulatorial, fragmentada e médico-centrada.

Em outro plano, as relações de trabalho internas às equipes também precisam ser colocadas em análise. Vimos antes o quanto a atenção psicossocial exige trabalho interprofissional, corresponsabilização e construção coletiva. Entretanto, a presença de múltiplas categorias profissionais em um mesmo serviço não garante, por si só, práticas colaborativas. Relações hierárquicas, disputas corporativas, centralidade médica, divisão rígida entre quem planeja e quem executa inviabilizam a articulação interdisciplinar, ou transdisciplinar, do trabalho. Além disso, a desvalorização de trabalhadoras(es) de nível médio, terceirizadas(os), cuidadoras(es), redutoras(es) de danos, oficinairas(os) e equipes de apoio pode reproduzir, no interior da RAPS, formas de subalternização que contradizem o horizonte antimanicomial.

Retomamos, neste ponto, a contribuição de Rachel Gouveia Passos (2017), já mencionada no Eixo 3, mostrando que o cuidado em saúde mental, mesmo no cenário pós-Reforma Psiquiátrica, pode reproduzir a invisibilidade e a subalternidade historicamente impostas às mulheres negras. A autora estabelece uma linha de continuidade entre o trabalho de mulheres negras nos hospícios brasileiros do século XIX e o trabalho contemporâneo das cuidadoras

nas residências terapêuticas, evidenciando como raça, gênero e classe estruturam a divisão social do cuidado.

Convém demarcar que a categoria profissional da Psicologia — a qual, segundo os dados mais recentes do CensoPSI (Conselho Federal de Psicologia, 2022), conta com 79,2% de mulheres — é particularmente concernida ao marcador de gênero. Este incide na divisão social do trabalho com base em dois princípios: o da separação, estabelecendo trabalhos que são para homens e trabalhos que cabem às mulheres (o do cuidado é um deles); e o princípio hierárquico, pelo qual o trabalho de um homem vale mais que o trabalho de uma mulher. (Hirata & Kergoat, 2007). O mesmo CensoPSI mostra que 34% do total de psicólogas/os no Brasil são negras/os (pretas/os e pardas/os), o que coincide com o percentual de respondentes negras/os do questionário *online* que compôs a pesquisa do Crepop/CFP — número que ainda não reflete a distribuição racial do país mas que tende a um crescimento como efeito das ações afirmativas no âmbito das universidades. Sobre as psicólogas negras, não recaem apenas os efeitos deletérios da divisão sexual do trabalho, mas também os impactos profundos da divisão racial, resultando em maior precarização e invisibilidade nos espaços de trabalho. Esse cenário se atualiza e se reproduz de forma nítida no cotidiano da atenção psicossocial, reafirmando o caráter racializado e generificado desse campo do cuidado e incorporando outros sentidos à condição de *sobrecarga* no trabalho — dada a responsabilização histórica das mulheres com respeito ao cuidado também na esfera doméstica. Essa análise impede que a RAPS naturalize o trabalho de cuidado como atributo feminino, vocação moral ou saber “leigo” desvalorizado. Pelo contrário, exige que a gestão reconheça, proteja, forme e valorize todas/os as/os trabalhadoras/es que sustentam cotidianamente a vida das pessoas acompanhadas pela rede.

Como fazer frente a todos esses entraves que as condições do trabalho e as relações intra-equipe impõem à RAPS? Voltamos à ideia de uma articulação necessária entre as esferas da clínica, da gestão e da política. Ela nos sinaliza que a participação cidadã — nos espaços de controle social, no movimento social, nos sindicatos e conselhos profissionais — não se limita ao PTS dos/as usuários/as da rede, mas concerne, de igual modo, às/aos trabalhadoras/es dos serviços. Com efeito, seria um contrassenso pensar que um/a trabalhador/a submetido a condições de trabalho degradantes — e ao mesmo tempo alheio

aos espaços de luta e participação social para combater essas condições — teria alguma chance de promover a autonomia e o protagonismo dos/as usuários/as sob os seus cuidados. Aqui vale o preceito de agir conforme ao que se professa, a que Foucault (2011), reportando-se aos gregos, vai fazer menção com o conceito de *parresia*, como o “dizer-verdadeiro”.

Assim, às(aos) psicólogas(os), como parte de um coletivo maior de trabalhadoras/es, cabe investir forças nos movimentos políticos e sociais, para combater a precarização dos vínculos e garantir condições materiais e institucionais adequadas de trabalho na RAPS. Que profissionais da psicologia possam incidir na gestão do trabalho na RAPS — como trabalhadoras/es da ponta ou como gestoras/es da saúde —, reconhecendo a complexidade do trabalho psicossocial em todos os seus dispositivos. Reuniões de equipe, construção compartilhada de casos, articulações intersetoriais, visitas domiciliares, ações de redução de danos, assembleias, grupos, oficinas, acompanhamento terapêutico, matriciamento e educação permanente não são atividades acessórias ou “improdutivas”. São tecnologias fundamentais do cuidado em liberdade. Desconsiderá-las na organização do trabalho significa favorecer a burocratização, a fragmentação e a reprodução de práticas manicomialis no interior de serviços formalmente substitutivos. Estejam em cargos de gestão ou atuando nos serviços, que possam, ainda, valorizar todas as categorias profissionais, enfrentar hierarquias raciais, de gênero e de classe no interior das equipes e assegurar tempo protegido para práticas coletivas, territoriais e intersetoriais.

As condições materiais e institucionais do trabalho incidem diretamente sobre a produção do cuidado. Contudo, a precarização não se expressa apenas na falta de recursos, na instabilidade dos vínculos ou na insuficiência de equipes. Ela também atravessa as relações entre trabalhadoras(es), os espaços de reunião, a circulação da palavra e a possibilidade de construir confiança e corresponsabilidade. Por isso, além da luta por condições dignas de trabalho, é necessário analisar a micropolítica dos encontros que sustentam ou fragilizam o cotidiano da RAPS.

4.2. Saúde do/a trabalhador/a: Micropolítica dos encontros e cuidado das equipes

Eu nunca trabalhei em uma equipe que fosse tão equipe mesmo... A gente tem reuniões semanais onde todos têm voz para estar fortalecendo o trabalho do outro... E tem situações onde tem vários que estão bastante fragilizados emocionalmente, e o técnico de enfermagem está ali com uma escuta. Então tem sempre muito a reportar, “[Fulana], o que eu faço dessa situação? Como é que a gente age?”... então eu não me sinto sobrecarregada enquanto técnica, mais específica, da saúde mental, porque eu sei que eu tenho uma equipe... que também está ali para o acolhimento, para dar todo um suporte...

Simone Alves de Almeida e Emerson Elias Merhy (2020) chamam atenção para um aspecto muitas vezes invisibilizado do trabalho na saúde: o sofrimento dos/as trabalhadores/as não decorre apenas da precarização material do trabalho ou das dificuldades no cuidado dos usuários. Muitas vezes, ele nasce também das relações desgastadas entre os próprios profissionais. Os autores observam situações de cansaço, tristeza, esgotamento, desconfiança, comunicação difícil, reuniões improdutivas e alta rotatividade nos serviços. Essas situações são interpretadas como efeitos de maus encontros — conceito inspirado em Deleuze e Espinosa. Maus encontros são aqueles que diminuem a potência de agir, produzem tristeza, fechamento, julgamento moral e desconfiança. Já os bons encontros ampliam a potência, favorecem a composição coletiva, a alegria, a invenção e o cuidado. Cabe insistir nesse ponto: o trabalho na área da saúde — e particularmente na saúde mental — acontece como trabalho vivo em ato, em que a produção do cuidado se dá no encontro, no vínculo, nas experimentações situadas e na construção de redes vivas. No dizer de Almeida e Merhy (2020, p. 69-70), “o cuidado em saúde mental em sua perspectiva antimanicomial envolve sobretudo a invenção de possibilidades de existência na diferença, a ruptura com práticas de exclusão e interdição; a busca pela singularização da vida individual e coletiva.” Os autores propõem que tais atributos possam incluir de igual modo aos/as trabalhadores/as, pois não há cuidado antimanicomial possível se as relações entre trabalhadores/as reproduzem lógicas de exclusão, julgamento e endurecimento. Assim, princípios como escuta, acolhimento, vínculo, respeito à diferença e abertura ao inesperado devem valer também dentro das equipes.

O artigo conta a experiência em um CAPS onde a equipe vivia relações marcadas por desconfiança, pouca circulação da palavra e decisões muitas vezes automáticas, como encaminhamentos frequentes para internação. Diante disso, a equipe passou a criar pausas analíticas no meio da urgência cotidiana: quando surgia uma situação difícil, os/as trabalhadores/as interrompiam o fluxo automático e diziam: “precisamos conversar!” Essas pausas permitiam sustentar a dúvida, escutar diferentes pontos de vista, compartilhar responsabilidades e construir alternativas coletivas de cuidado. Esse gesto — aparentemente simples — contribuiu para reduzir internações hospitalares e, sobretudo, para transformar o modo como os(as) trabalhadores(as) se encontravam e pensavam juntos/as. Isso não significa minimizar as condições de precarização do trabalho, a respeito das quais enunciamos aqui os efeitos. Elas, inclusive, compõem o mal-estar percebido entre as/os trabalhadoras(es). Porém, havia uma dimensão afetiva, relacional, do trabalho que também se apresentava precarizada, agravando as dificuldades do contexto de trabalho. Diferentemente dos aspectos trabalhistas e materiais envolvidos na precarização do trabalho na RAPS, os quais requerem luta política e negociação, a dimensão relacional, segundo Almeida e Merhy (2020), pode ser enfrentada por nossas próprias sociabilidades, na micropolítica do trabalho vivo em ato.

A sustentação, portanto, de espaços coletivos de trocas entre as/os profissionais — espaços cogestivos abertos à dúvida, à autoanálise, à composição coletiva e à alegria — é uma diretriz para a atuação das/os profissionais psicólogas/os visando o aumento da potência de agir no contexto do trabalho na RAPS.

4.3. Educação Permanente, Formação e Produção de Conhecimento

Apesar dos tropeços ao longo da nossa formação, eu vejo profissionais muito comprometidos a profissionais que: “ok, não sei, mas eu vou procurar saber”... “Eu vou aprender”. E profissionais dispostos a fazer aquilo que é necessário e também ir além, inovar, procurar maneiras diferentes de discutir, que eu acho que é imprescindível... uma propensão maior ao diálogo, aos estudos de casos, à busca conjunta de resoluções... eu sei que isso não é, digamos assim, a regra, mas eu já vejo muito disso acontecendo.

A pesquisa CFP/CREPOP indica uma lacuna persistente entre a formação acadêmica em Psicologia e as exigências concretas da atuação na RAPS. Embora muitas(os) profissionais tenham cursado disciplinas, estágios ou pós-graduações relacionadas à saúde mental e às políticas públicas, as entrevistas apontam que a formação ainda é considerada insuficiente para lidar com a complexidade do trabalho em rede. A atuação na RAPS exige competências que muitas vezes não são suficientemente trabalhadas na graduação, como construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial, manejo de crise e cuidado territorial.

Essa distância entre formação e prática, mais do que uma falha individual da(o) profissional recém-formada/o, revela a permanência de uma matriz formativa ainda muito marcada pelo modelo clínico individual, liberal e centrado no atendimento psicoterápico tradicional. A inserção da Psicologia no SUS, especialmente na RAPS, exige outro horizonte formativo — uma clínica ampliada, territorial, interprofissional, orientada pelos direitos humanos, pela Reforma Psiquiátrica e pela leitura dos determinantes sociais do sofrimento psíquico.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) ocupa um lugar estratégico nesse contexto. Diferentemente de capacitações pontuais, a educação permanente parte dos problemas reais do cotidiano de trabalho — a experiência concreta de trabalhadoras/es, usuárias/os, familiares, gestoras/es e comunidades — e transforma esses problemas em matéria de análise, aprendizagem e reorganização das práticas. Ela promove a reflexão crítica sobre casos, fluxos, impasses éticos, relações de poder e modos de gestão. Nesse sentido, não se restringe à atualização técnica ou à aquisição de conteúdos. Trata-se de um processo político-pedagógico que articula formação, cuidado, gestão e participação social.

Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem o *quadrilátero da formação para a área da saúde*, constituído por quatro dimensões indissociáveis: *ensino, gestão, atenção e controle social*. Essa formulação desloca a formação do campo exclusivamente acadêmico e a situa no entrecruzamento entre instituições formadoras, serviços, processos de gestão, práticas de cuidado e participação de usuárias/os, familiares e movimentos sociais. No campo da RAPS, o quadrilátero da formação permite compreender que formar

psicólogas/os para a atenção psicossocial não é tarefa apenas das universidades, nem apenas dos serviços: é uma responsabilidade compartilhada entre o sistema de ensino, a gestão do SUS, as equipes que produzem cuidado no território e os sujeitos coletivos que disputam os rumos da política pública.

A EPS, portanto, deve ser compreendida como *aprendizagem-trabalho*, produzida no próprio cotidiano dos serviços: reuniões de equipe, discussões de casos, supervisões clínico-institucionais, espaços de matriciamento; assembleias com usuários/as, articulações intersetoriais, fóruns de rede, ações territoriais, encontros com movimentos sociais. O trabalho na atenção psicossocial não é apenas um lugar de aplicação de saberes previamente adquiridos: é também um espaço de produção de conhecimento, de invenção de práticas e de formação permanente.

A diversidade de atores, a horizontalidade das relações e a problematização com resolutividade podem ser compreendidas como princípios organizadores da EPS no cotidiano da RAPS. A diversidade de atores implica reconhecer que a formação na RAPS deve envolver não somente trabalhadoras/es da saúde, mas também usuários/as, familiares, gestoras/es; trabalhadoras/es da assistência social, educação, justiça, cultura e outros setores; movimentos sociais e instituições formadoras. A horizontalidade das relações exige que os saberes não circulem de forma hierárquica, como se a universidade ou a gestão fossem os únicos lugares legítimos de produção de conhecimento. Já a problematização com resolutividade convoca as equipes a transformar conflitos, impasses, crises e dificuldades do cotidiano em analisadores das práticas e em oportunidade de construção coletiva de caminhos possíveis de respostas. Esses três princípios deslocam a formação de uma lógica transmissiva e conteudista para uma prática situada, coletiva e implicada com a transformação dos processos de trabalho.

No cotidiano da RAPS, a EPS é fundamental para sustentar a direção antimanicomial do cuidado e evitar que serviços substitutivos reproduzam lógicas tutelares, segregadoras, medicalizantes, moralizantes ou burocráticas. Como vimos, a existência de um CAPS, de uma equipe multiprofissional ou de uma rede formalmente instituída não garante, por si só, a produção de cuidado em liberdade. A atenção psicossocial precisa ser permanentemente produzida, interrogada e sustentada no trabalho vivo das equipes, na relação com

usuárias/os e familiares, nos territórios e nas decisões cotidianas. Por isso, a formação deve criar condições para que trabalhadoras/es analisem suas próprias práticas, reconheçam contradições, enfrentem automatismos institucionais e produzam deslocamentos em direção à desinstitucionalização.

A EPS também pode favorecer a constituição de **redes colaborativas de aprendizagem**. Experiências de formação no campo da saúde mental mostram que os processos mais efetivos são aqueles que aproximam trabalhadoras/es de diferentes serviços e pontos da rede, permitindo que se reconheçam, compartilhem casos, identifiquem recursos territoriais, pactuem fluxos e construam corresponsabilidade. A formação, nesse sentido, não apenas transmite conhecimentos: ela produz rede, favorecendo pactuações e ampliando a corresponsabilidade entre pontos de atenção. Ao colocar em diálogo profissionais da atenção básica, CAPS, urgência e emergência, unidades de acolhimento, hospitais gerais, consultórios na rua, residências terapêuticas, assistência social, educação, justiça e cultura, a EPS pode fortalecer vínculos institucionais e criar condições concretas para o cuidado compartilhado.

Na mesma medida, a EPS inclui também o cuidado com as/os trabalhadoras/es. A micropolítica do trabalho vivo em saúde mental ressalta que o cotidiano da RAPS é atravessado por intensas exigências afetivas, éticas, clínicas e políticas. As equipes lidam com sofrimento grave, violências de todas as ordens, urgências sociais e pressões por internação. Nesse contexto, a EPS pode funcionar como espaço de elaboração coletiva, análise dos afetos, cuidado com os encontros. Não se trata de psicologizar as condições de trabalho nem de responsabilizar individualmente as equipes pelo sofrimento institucional, mas de reconhecer que a sustentabilidade do cuidado antimanicomial depende também da qualidade das relações de trabalho, da escuta entre profissionais e da possibilidade de construir coletivos solidários, como mostrou a experiência relatada por Almeida e Merhy (2020), na seção anterior.

Instituída como uma política permanente e não como evento episódico, a EPS permite a construção de uma memória coletiva do serviço, da rede, do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, ajudando a consolidar uma cultura de cuidado psicossocial, mesmo quando ocorre uma rotatividade indesejada das equipes. Sem essa memória e essa cultura do cuidado, quando profissionais vão e vêm constantemente, os vínculos das/os trabalhadoras/res

com usuários/as e familiares se fragilizam, as pactuações de rede são interrompidas e os processos formativos necessitam recomeçar muitas vezes do zero.

Ainda, a educação permanente deve incluir o debate ético-político. As/os profissionais da RAPS lidam cotidianamente com sigilo em prontuário compartilhado, notificações compulsórias, demandas judiciais, internações involuntárias ou compulsórias, violências de gênero, racismo, pobreza extrema e ausência de rede. São temas que não podem ser tratados apenas como problemas técnicos ou administrativos. Eles exigem análise ética, posicionamento político, discussão em equipe e, quando necessário, recurso a instâncias de proteção de direitos. A EPS deve oferecer espaço para que tais temas sejam discutidos de forma crítica, situada e interprofissional, evitando respostas individualizantes, punitivas ou meramente burocráticas.

A dimensão interprofissional do trabalho é outro aspecto a ser explorado nos espaços formativos. A RAPS não se realiza pela simples soma de profissões, mas pela construção de práticas compartilhadas. Isso exige que psicólogas/os possam contribuir com sua especificidade sem se isolar em uma lógica corporativa e também sem diluir completamente sua contribuição em uma ideia genérica de “trabalhador/a da saúde mental”. A escuta psicológica, a análise dos vínculos, a leitura institucional, a atenção aos processos subjetivos e a mediação de conflitos são contribuições importantes da Psicologia, mas devem compor com outros saberes e práticas no cuidado compartilhado.

Além disso, a produção de conhecimento também deve ser reconhecida como parte da prática profissional. A RAPS produz saberes no cotidiano, nos seus diferentes espaços de atuação, equipamentos e dispositivos. Psicólogas/os podem contribuir para sistematizar, pesquisar, avaliar e dar visibilidade a essas experiências, sem separar produção de conhecimento e compromisso com a transformação das práticas. A pesquisa, nesse campo, deve ser uma produção compartilhada, implicada com a defesa do SUS, com o cuidado em liberdade e com o reconhecimento de que usuários/as, familiares, trabalhadoras/es, gestoras/es, movimentos sociais são também sujeitos de saber. Os serviços não devem ser tomados apenas como campo de coleta de dados, mas como espaços vivos de produção, sistematização e disputa de conhecimentos sobre cuidado, território, sofrimento, direitos e cidadania. Narrativas coletivas,

cartografias do território, relatos de experiência, pesquisas participativas, registros de processos formativos, análise de casos e sistematização de práticas podem funcionar como dispositivos de formação e como memória viva da rede.

Por fim, a EPS deve ser compreendida como estratégia de resistência democrática e antimanicomial. Em contextos de retrocessos na política de saúde mental, fragilização do SUS, precarização do trabalho e retomada de discursos hospitalocêntricos, abstencionistas, moralizantes e segregadores, formar permanentemente as equipes é também sustentar a memória e a atualidade da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, a EPS não deve ser tomada como solução individualizante para problemas estruturais da rede, nem como substituto da responsabilidade da gestão em garantir equipes suficientes, vínculos estáveis, remuneração adequada, ambiência, transporte, materiais, supervisão e tempo protegido para o trabalho coletivo. Sua potência está em criar espaços de análise, formação, pactuação e transformação das práticas, em articulação à defesa de condições dignas de trabalho e ao fortalecimento do SUS.

Psicólogas(os) atuantes na RAPS podem participar e fomentar processos de educação permanente, supervisão clínico-institucional, análise coletiva do trabalho e produção compartilhada de conhecimento, tomando os impasses cotidianos como matéria de formação e transformação das práticas. A formação voltada para a RAPS deve articular ensino, gestão, atenção e controle social; reconhecer o território como espaço de aprendizagem; valorizar os saberes de usuárias/os, familiares e trabalhadoras(es); e sustentar uma ética antimanicomial em ato, na qual cuidar do outro, cuidar de si, cuidar das relações de trabalho e cuidar da rede sejam dimensões inseparáveis da prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Referência Técnica reafirma o compromisso da Psicologia brasileira com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, o Sistema Único de Saúde e a defesa inegociável dos direitos humanos. A atuação de psicólogas(os) na Rede de Atenção Psicossocial se inscreve em um campo historicamente produzido por disputas políticas, epistemológicas, clínicas e institucionais, no qual o cuidado em liberdade permanece como horizonte ético e como tarefa cotidiana.

Ao longo do documento, buscamos reiterar que a RAPS não se reduz a um conjunto de serviços formalmente instituídos. Ela se realiza, ou se fragiliza, nas relações concretas entre usuárias/os, familiares, trabalhadoras/es, gestoras/es, movimentos sociais, territórios e políticas públicas. Sua potência depende da capacidade de produzir uma rede viva, cuidado territorial, corresponsabilização e práticas orientadas pela autonomia, pela participação social e pela ampliação da vida.

A pesquisa CFP/CREPOP, que fundamenta esta Referência Técnica, evidencia a presença expressiva da Psicologia na RAPS e, ao mesmo tempo, revela os desafios enfrentados pelas/os profissionais no cotidiano dos serviços. Entre estes, destacam-se a precarização do trabalho, a insuficiência de equipes, a fragilidade dos fluxos de rede, a descontinuidade das políticas públicas, as tensões com práticas hospitalocêntricas e medicalizantes, os impasses éticos no trabalho interprofissional e as violações de direitos que atravessam a vida das populações acompanhadas.

Diante desses desafios, é nítido que a atuação psicológica na RAPS não pode restringir-se a uma clínica privatista, adaptativa ou descontextualizada. A diversidade de estratégias e dispositivos a que o cuidado em liberdade e no território convoca as(os) profissionais a compor um campo ampliado de práticas que exige leitura crítica da realidade e compromisso com a transformação social. A Psicologia é levada a reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser separado das condições concretas de existência. Uma prática psicológica comprometida com a RAPS precisa, portanto, operar de forma situada, interseccional, territorial e antimanicomial.

Esta Referência também reafirma que o cuidado em liberdade não se sustenta apenas por diretrizes normativas ou pela existência formal de serviços substitutivos. Ele exige condições concretas de trabalho, financiamento adequado e valorização das equipes; ele pede gestão democrática, educação permanente, supervisão clínico-institucional; ele implica em participação social, e enfrentamento das hierarquias institucionais, raciais, de gênero e de classe que atravessam o campo do cuidado.

O trabalho, na RAPS, é feito entre várias(os). As(Os) psicólogas(os) devem atuar como parte de coletivos interprofissionais e intersetoriais, contribuindo com sua especificidade sem se isolar em lógicas corporativas. A escuta dos processos subjetivos, a leitura institucional, a mediação de conflitos, a atenção aos processos grupais e a problematização das práticas são contribuições fundamentais da Psicologia, desde que colocadas em composição com outros saberes e com os saberes produzidos por usuárias/os, familiares, comunidades e movimentos sociais.

A defesa da RAPS implica também a crítica permanente às práticas manicomiais que podem reaparecer dentro e fora dos serviços. O manicômio não se limita ao hospital psiquiátrico. Ele se atualiza em práticas diversas: tutela, silenciamento, medicalização da vida, moralização do uso de drogas, institucionalização prolongada, racismo institucional, decisões sem participação da(o) usuária(o) e encaminhamentos que produzem desresponsabilização. Por isso, a atuação psicológica deve permanecer atenta às formas sutis e explícitas de reprodução da lógica manicomial no cotidiano da rede.

As diretrizes aqui apresentadas não pretendem esgotar a complexidade da atuação psicológica na RAPS, mas oferecer referências éticas, técnicas e políticas para orientar práticas comprometidas com o SUS, com os direitos humanos e com a radicalidade democrática da Reforma Psiquiátrica. A RAPS é uma política pública viva, permanentemente disputada e construída no cotidiano. Sua sustentação exige memória histórica, análise crítica, participação social e invenção permanente de modos de cuidar.

Por fim, cabe ao Sistema Conselhos de Psicologia seguir atuando na defesa da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica, do SUS universal, público e de qualidade, e das condições éticas, técnicas e políticas necessárias ao exercício profissional. Às(Aos) psicólogas(os) que atuam na RAPS,

reafirmamos o compromisso com uma prática que não normalize a violência, não naturalize desigualdades, não reproduza exclusões e não reduza sujeitos a diagnósticos, sintomas ou riscos. Cuidar em liberdade é afirmar a vida, a diferença, a cidadania, o território e o direito de todas as pessoas existirem com dignidade.

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. G. (2022). A análise da Atenção Básica no Brasil e os desafios contemporâneos. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, "Questão Social, Pandemia e Serviço Social: Em defesa da vida e de uma educação emancipadora". <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/00667.pdf>
- Amaral, M. M. S., & Escóssia, L. (2021). Por uma clínica de(s) território no contexto do SUS. *Fractal, Rev. Psicol.* Vol. 33(1):31-40. DOI: 10.22409/1984-0292/v33i1/5782
- Amarante, P., et al. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]*. 2a ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 136 p. ISBN 978-85-7541-335-7. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>.
- Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm?utm_source=openai
- 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2007) *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília : Editora do Ministério da Saúde.(Série C. Projetos, Programas e Relatórios). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011) 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). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Conselho Nacional de Assistência Social. (2009). Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_2009.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial — CAPS*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Portaria GM/MS Nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view?utm_source=openai

Brasil. Ministério da Saúde. (2026). *Guia de acolhimento à crise em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. S. (1996-97). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. (Mimeo). <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf> (Publicado em *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2002).

Campos, G.W. (2000) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. p. 51-7.

Campos, G. W., & Domitti, A. C. A. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 23(2) doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Carta da Transdisciplinaridade. (1994) In: Freitas, L., Morin, E., & Nicolescu, B. *Carta da Transdisciplinaridade*. Convento da Arrábida.

Carvalho, F. M. R., Cabral, K. V., Lemos, F. C. S., Dias, R. S., & Maia, A. B. C. (2026). Construindo a itinerância do cuidado no caminho das águas: a experiência do Centro de Atenção Psicossocial Fluvial de Abaetetuba. In: Dimenstein, M., & Simoni, A. C. R. (orgs). *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial*. Porto Alegre: Rede Unida.

- Ceccim, R. B. C. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)* 22 (Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Quem faz a psicologia brasileira? : um olhar sobre o presente para construir o futuro : formação e inserção no mundo do trabalho*. v. I, 1a. ed. Brasília: CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. Crepop. (2024). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os junto aos povos indígenas*. 2a. Edição. Brasília: Crepop/CFP. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-junto-aos-povos-indigenas-2/>)
- Dassoler, V. A., & Palombini, A. L. (2020). Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*.
- Dassoler, V. A., & Palombini, A. L. (2022). Atenção à crise no campo da saúde mental: o acolhimento como dispositivo clínico. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 14, n. 39, p. 62-86.
- De Boni, R. B., Salles, R., Souto, G., Cardoso, C., Cruz, S., Lima, J., Carrijo, R. G., Carvalho, C.C., Cunha, A.P., Fiel, B., Kapczinski, K., Mota, J.C., Passos, I.C., Ribeiro-Alves, M., Oliveira, R.A.D., Pimentel, S.C., & Pedroso, M. (s/d). *Saúde mental pública digital - painéis de indicadores*. Publicado online em Saúde Mental Pública Digital. Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Saúde. Disponível em <https://saudemental.icict.fiocruz.br/paineis-de-indicadores>
- Declaração de Caracas. (1990) Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Dimenstein, M., & Simoni, A. C. R. (Orgs.). (2026). *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9786554622974>
- Diniz, D. (2020). Mundo pós-pandemia terá valores feministas no vocabulário comum. Anis: Instituto de Bioética, 6 de abril. <https://anis.org.br/mundo-pos-pandemia-tera-valores-feministas-no-vocabulario-comum-diz-antropologa-debora-diniz/>
- Deleuze, G., Guattari, F. (1997). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, v.4.
- Duarte, M. J. O. (2022). Saúde mental e população LGBTI+: sujeitos, políticas e lutas sociais em tempos históricos diferentes. XVII ENPESS. *Questão*

Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora. Rio de Janeiro, 14 a 17 dez.

- Fanon, F. (2022). *Os condenados da terra*. São Paulo: Zahar. Originalmente publicado em 1961.
- Feuerwerker, L. C. M. (2020). Da Atenção Básica à Atenção Primária: Do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAQ, PMAQ e remuneração por “resultados”. In Akerman, M., Sanine, P.R., Caccia-Bava, M.C.G.G., Maria, F.A., Louvison, M.C.P., Hirooka, L.B., Moraes, C.K., & Marques, M.C.C. (Orgs.). *Atenção Básica é o caminho: Desmontes, resistências e compromissos: Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS. Perspectivas, avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 337–356.
- Fonseca, T., & Kyrillos Neto, F. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, v. 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44893>
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2019). Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(1), 73-88. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>
- Foucault, M. (2011). *A Coragem da Verdade – o Governo de Si e dos Outros II*. Trad.: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Furtado, J. P. (2011). Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 178–189, 2011. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol 1, n 1, jan-abr. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68439>
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00029818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
- Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. G. (2012). Política de Saúde Mental no Brasil: Evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, 46, 51–58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007) Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad. Pesquisa*. São Paulo, v. 37, n. 132, dez. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300005&lng=pt&nrm=iso

- Lima, E. M. F. A., Yasui, S. (2014) Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 38 (102), Set. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
- Lima, M. B., & Monteiro, R. M. P. (2022). Moral Religiosa e Saúde: As Comunidades Terapêuticas como Espaços de Violação do Direito à Saúde. *Themis, Fortaleza*, v. 20, n. 1, p.173-199, jan./jun.
- Louzada, W. N. M., & Passos, E. (2019). Clínica, política e Reforma Psiquiátrica. *Mnemosine*, Vol.15, nº2, p. 84-95.
- Nicolescu, B. (1999). *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Triom.
- Palombini, A., & Rodriguez Del Barrio, L. (2021). Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: Uma aposta participativa. *Saúde em Debate*, 45, 203–215. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112816>
- Passos, E., & Barros, R.B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79.
- Santos, M. (1996). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*.
- Santos, M., Silveira, M. L. (2001). *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- Santos, M. (1994) O retorno do território. In: Santos, M. et al., orgs. *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Santos, M. (1987). *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel.
- Silva, F. S. P. C., & Ferreira Neto, J. L. (2023). “Não há abismo em que o Brasil caiba”: a crise na Política Nacional de Saúde Mental a partir da Nota Técnica 11/2019 e a expansão das Comunidades Terapêuticas. *Revista Contemporânea*, 3(9), 15167–15183. <https://doi.org/10.56083/RCV3N9-090>
- Teixeira, F. do B., Cortes, H. M., Magalhães Júnior, H. M., & Prado, M. A. M. (2026). A política de saúde para a população trans e o SUS: O direito de existir. In M. Dimenstein & A. C. R. Simoni (Orgs.), *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 164–183). Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9786554622974>
- Teixeira, M. B., Lacerda, A., Ribeiro, J. M. (2018). Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

- Tenorio, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59.
- Tykanori, R. K. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pita, A. M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 69-74.

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

**CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO
CREPOP**

2011 Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Informações para Gestoras e Gestores.

2013 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social (CREAS).

2013 Como a Psicologia Pode Contribuir para o Avanço do SUS: Orientações para Gestores.

2017 Relações Raciais: Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os).

2018 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.

2019 Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada).

2019 Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação da(o) Psicóloga(o) (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Esporte.

2019 Referências Técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Serviços Hospitalares do SUS.

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/ HIV/Aids (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres.

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas (Edição Revisada).

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas.

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Edição Revisada).

2023 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os), Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para População LGBTQIA+.

2024 - Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas (2ªed)

2024 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência (2ªed)

2025 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.