ReGeo ISSN: 2177-3246

# POTENCIALIDADES DE UM GRUPO CONDUTOR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO NORDESTE BRASILEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

# POTENTIAL OF A STEERING GROUP OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN NORTHEASTERN BRAZIL: EXPERIENCE REPORT

# POTENCIALIDADES DE UN GRUPO CONDUCTOR DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL NORDESTE BRASILEÑO: RELATO DE EXPERIENCIA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-017

**Data de submissão:** 13/07/2026 **Data de publicação:** 27/08/2026

**Ícaro Soares de Carvalho Pinheiro**
Enfermeiro Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: icaro.soares@aluno.uespi.br

**Maria de Lourdes Machado de Resende Neta**
Profissional de Educação Física Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: maria.machado@aluno.uespi.br

**Paulo Henrique de Sousa Gomes**
Profissional de Educação Física Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: paulo.gomes@aluno.uespi.br

**Luísa Chrisdayla Macêdo Santos**
Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: chris.dayla@gmail.com

**Letícia Rebeca Soares Melo**
Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: leticia.soares@aluno.uespi.br

**Lorena Uchôa Portela Veloso**
Doutora em Enfermagem
Instituição: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: lorenaupveloso@gmail.com

**RESUMO**
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa um dos principais desdobramentos da Reforma Psiquiátrica brasileira ao propor a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma atenção territorial, comunitária, intersetorial e orientada pelos direitos humanos. Entretanto, a existência formal de diferentes pontos de atenção não garante, por si só, que eles funcionem de maneira integrada. Nesse cenário, os grupos condutores da RAPS podem constituir espaços estratégicos de

coordenação, pactuação, monitoramento e educação permanente. Este trabalho objetiva relatar a experiência de residentes de saúde mental e atenção psicossocial na participação em reuniões de um grupo condutor da RAPS em um estado do Nordeste brasileiro, discutindo as contribuições desse espaço para a gestão compartilhada, a articulação intersetorial, a participação social e a formação em serviço. Trata-se de relato de experiência, de natureza descritiva e crítico-reflexiva, construído a partir da participação dos residentes nas reuniões e da sistematização das situações vivenciadas. Entre as pautas acompanhadas, destacaram-se a apresentação dos encaminhamentos do IV Encontro Piauiense da Luta Antimanicomial, a discussão sobre a criação de cinquenta leitos de saúde mental, a proposição de estratégias de educação permanente nos municípios e a problematização da baixa cobertura de Serviços Residenciais Terapêuticos em Teresina. A experiência evidenciou que o grupo condutor pode ultrapassar uma função administrativa, tornando-se dispositivo de produção de rede, circulação de saberes e transformação de demandas coletivas em agendas de gestão. Conclui-se que a participação dos residentes favoreceu uma formação crítica e política, ao mesmo tempo em que contribuiu para qualificar debates orientados pelo cuidado em liberdade. A efetividade desse espaço, contudo, depende de continuidade institucional, representação plural, acompanhamento dos encaminhamentos e participação efetiva de usuários e familiares.

**Palavras-chave:** Rede de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Gestão Compartilhada. Participação Social. Residência Multiprofissional.

**ABSTRACT**

The Psychosocial Care Network (RAPS) is one of the main outcomes of the Brazilian Psychiatric Reform, as it proposes the progressive replacement of the hospital-centered model with territorial, community-based, intersectoral and human-rights-oriented care. However, the formal existence of different care points does not, by itself, ensure that they operate in an integrated manner. In this context, RAPS steering groups may constitute strategic spaces for coordination, agreement, monitoring and continuing professional development. This paper reports the experience of mental health and psychosocial care residents participating in meetings of a RAPS steering group in a state in Northeastern Brazil and discusses the contributions of this space to shared management, intersectoral coordination, social participation and in-service education. This is a descriptive and critical-reflective experience report based on residents' participation in meetings and on the systematization of the situations experienced. The main topics included the presentation of proposals from the Fourth Piauí Anti-Asylum Movement Meeting, discussions about creating fifty mental health beds, the development of permanent education strategies in municipalities and the low coverage of Therapeutic Residential Services in Teresina. The experience showed that the steering group can go beyond administrative functions and become a device for producing networks, circulating knowledge and transforming collective demands into management agendas. Residents' participation fostered critical and political education while contributing to debates guided by care in freedom. The effectiveness of this space, however, depends on institutional continuity, plural representation, monitoring of agreed actions and the effective participation of service users and their families.

**Keywords:** Psychosocial Care Network. Mental Health. Shared Management. Social Participation. Multiprofessional Residency.

**RESUMEN**

La Red de Atención Psicosocial (RAPS) representa uno de los principales desdoblamientos de la Reforma Psiquiátrica brasileña al proponer la sustitución progresiva del modelo hospitalocéntrico por una atención territorial, comunitaria, intersectorial y orientada por los derechos humanos. Sin embargo, la existencia formal de diferentes puntos de atención no garantiza, por sí sola, que funcionen de manera

integrada. En este escenario, los grupos conductores de la RAPS pueden constituir espacios estratégicos de coordinación, pactuación, monitoreo y educación permanente. Este trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia de residentes de salud mental y atención psicosocial en la participación de reuniones de un grupo conductor de la RAPS en un estado del Nordeste brasileño, discutiendo las contribuciones de este espacio para la gestión compartida, la articulación intersectorial, la participación social y la formación en servicio. Se trata de un relato de experiencia, de naturaleza descriptiva y crítico-reflexiva, construido a partir de la participación de los residentes en las reuniones y de la sistematización de las situaciones vivenciadas. Entre los temas acompañados, destacaron la presentación de los derivaciones del IV Encuentro Piauiense de la Lucha Antimanicomial, la discusión sobre la creación de cincuenta camas de salud mental, la proposición de estrategias de educación permanente en los municipios y la problematización de la baja cobertura de Servicios Residenciales Terapéuticos en Teresina. La experiencia evidenció que el grupo conductor puede superar una función administrativa, convirtiéndose en dispositivo de producción de red, circulación de saberes y transformación de demandas colectivas en agendas de gestión. Se concluye que la participación de los residentes favoreció una formación crítica y política, al mismo tiempo que contribuyó a calificar debates orientados por el cuidado en libertad. La efectividad de este espacio, sin embargo, depende de continuidad institucional, representación plural, seguimiento de los derivaciones y participación efectiva de usuarios y familiares.

**Palabras clave:** Red de Atención Psicosocial. Salud Mental. Gestión Compartida. Participación Social. Residencia Multiprofesional.

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental no Brasil foi historicamente marcada pela centralidade do hospital psiquiátrico, pela segregação de pessoas em sofrimento psíquico e pela redução de experiências humanas complexas a diagnósticos e condutas de controle. A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu em oposição a esse modelo e se consolidou como processo social, político, jurídico, cultural e assistencial. Seu horizonte não se limita ao fechamento de instituições asilares: envolve a construção de novas formas de compreender a loucura, produzir cuidado, garantir direitos e sustentar a vida das pessoas em seus territórios. Nessa perspectiva, desinstitucionalizar significa transformar relações de poder, práticas profissionais e respostas sociais que reproduzem tutela, exclusão e silenciamento, mesmo quando realizadas fora dos muros hospitalares (Amarante; Nunes, 2018).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, constitui um marco nesse percurso ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial. Entre seus princípios, destaca-se a preferência pelo tratamento em serviços comunitários e pelo uso da internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, resguardadas as garantias legais e assistenciais (Brasil, 2001). A mudança normativa expressa uma concepção de cuidado que deve preservar a dignidade, a autonomia, os vínculos familiares e comunitários e a cidadania dos usuários.

Em 2011, a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção destinados às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Posteriormente, as normas da rede foram consolidadas no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2011; Brasil, 2017). A RAPS reúne diferentes componentes, como Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e iniciativas de reabilitação psicossocial. Em 2024, a Portaria GM/MS nº 5.738 incorporou e regulamentou os Centros de Convivência (CECO) como componente da rede, reforçando a importância da convivência comunitária, da cultura, da produção coletiva e da inclusão social (Brasil, 2024).

O conceito de rede, entretanto, não pode ser confundido com a simples soma de estabelecimentos. Uma rede se produz quando os pontos de atenção se reconhecem como corresponsáveis, compartilham informações pertinentes, constroem fluxos, discutem casos e necessidades territoriais, planejam ações conjuntas e asseguram continuidade do cuidado. Quando predominam encaminhamentos burocráticos, especialidades que não se comunicam e relações hierárquicas entre serviços, a existência de equipamentos distintos pode conviver com a fragmentação

do percurso assistencial. Estudos sobre a RAPS mostram que a desarticulação compromete a integralidade, favorece a medicalização e concentra demandas nos serviços especializados, enquanto estratégias formais de comunicação, matriciamento e planejamento compartilhado fortalecem o cuidado territorial (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Essa necessidade de articulação torna-se ainda mais evidente em estados marcados por grandes distâncias, desigualdades regionais, vazios assistenciais e concentração de serviços nas capitais. Nos municípios de menor porte, as equipes frequentemente convivem com oferta limitada de profissionais especializados, rotatividade de trabalhadores, fragilidade de transporte sanitário e dificuldade para organizar respostas às crises. Por isso, a regionalização da RAPS exige instâncias capazes de conectar a gestão estadual, os municípios, a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, a urgência e emergência, o sistema de justiça, as instituições de ensino e os setores responsáveis por assistência social, educação, cultura, trabalho e direitos humanos.

Os grupos condutores da RAPS inserem-se nesse desafio. Embora suas configurações variem conforme os arranjos estaduais, regionais e municipais, esses coletivos podem atuar no diagnóstico da rede, na definição de prioridades, na elaboração de fluxos, no acompanhamento de indicadores, na negociação entre instituições e na avaliação dos encaminhamentos pactuados. A experiência relatada por Andreeti *et al.* (2022) demonstra que um grupo condutor pode funcionar simultaneamente como ferramenta de gestão, comunicação e educação permanente, criando vínculos entre profissionais de diferentes municípios. O mesmo estudo adverte, porém, que a continuidade do grupo é sensível a mudanças de coordenação, à falta de apoio dos gestores e à insuficiente qualificação para o trabalho coletivo.

O potencial desses espaços está relacionado à cogestão. Gerir de forma compartilhada não significa apenas reunir representantes em uma mesma sala, mas distribuir capacidade de análise, fala e decisão, explicitar divergências e produzir compromissos verificáveis. A presença de diferentes atores permite que problemas vistos isoladamente por cada serviço sejam compreendidos como questões da rede. Ao mesmo tempo, a pluralidade não elimina assimetrias de poder: gestores, profissionais, instituições jurídicas, universidades, residentes, usuários e familiares ocupam posições distintas e nem sempre têm as mesmas condições para influenciar decisões. A democratização da gestão depende, portanto, de regras de participação, circulação prévia das pautas, registro das decisões, devolutiva aos territórios e acompanhamento dos responsáveis e prazos.

A participação social é um elemento constitutivo desse processo. A Reforma Psiquiátrica brasileira foi impulsionada por trabalhadores, usuários, familiares e movimentos sociais que recusaram a naturalização da violência manicomial. A literatura ressalta que a presença de mecanismos de

participação é indispensável para democratizar a política de saúde mental, embora ainda existam obstáculos como estigma, deslegitimação dos saberes da experiência, fragilidade das organizações coletivas e dificuldades materiais para deslocamento e permanência dos participantes (Romano *et al.*, 2023). Assim, uma instância de condução da RAPS ganha densidade democrática quando transforma demandas de conferências, fóruns, associações e encontros antimanicomiais em pautas com consequência institucional.

Nesse cenário, a inserção de residentes multiprofissionais em espaços de gestão possui relevância particular. A residência é frequentemente associada à aprendizagem clínica nos serviços, mas a atenção psicossocial requer também competências relacionadas ao planejamento, à negociação, à análise de políticas públicas e à leitura das necessidades do território. Participar de um grupo condutor possibilita compreender que o cuidado produzido na ponta é condicionado por decisões sobre financiamento, habilitação de serviços, regulação, educação permanente, fluxos assistenciais e articulação intersetorial. A gestão, portanto, deixa de ser percebida como dimensão externa ao cuidado e passa a ser reconhecida como parte da produção de saúde.

Com base nessas considerações, este relato descreve a vivência de residentes de saúde mental e atenção psicossocial em um grupo condutor da RAPS no Piauí. A experiência é analisada não como modelo acabado, mas como oportunidade para refletir sobre as potências e os limites de um espaço coletivo de gestão em um território concreto, especialmente diante de pautas que expressam tensões centrais da política de saúde mental: participação social, atenção à crise, expansão de leitos em hospital geral, educação permanente, desinstitucionalização, cultura e inclusão pelo trabalho.

## 2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de residentes de saúde mental e atenção psicossocial na participação das reuniões de um grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial em um estado da região Nordeste do Brasil. Busca, ainda, discutir as contribuições desse espaço para o fortalecimento da articulação entre os componentes da rede, da gestão compartilhada, da intersetorialidade, da participação social e das práticas de cuidado em liberdade, bem como analisar os aprendizados produzidos para a formação crítica e política dos residentes.

## 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e crítico-reflexiva, elaborado a partir da inserção de residentes de saúde mental e atenção psicossocial nas reuniões periódicas de um grupo condutor da RAPS. O relato de experiência permite sistematizar conhecimentos produzidos no

encontro entre prática, contexto institucional e reflexão teórica, sem pretender a generalização estatística dos achados. Sua relevância reside na possibilidade de tornar comunicáveis os aprendizados, as tensões e os sentidos construídos por sujeitos implicados em determinada prática social (Daltro; Faria, 2019).

A experiência ocorreu em um grupo condutor de âmbito estadual no Piauí. O coletivo acompanhado apresentava composição interinstitucional e intersetorial, reunindo representantes da gestão estadual de saúde mental, da Atenção Primária à Saúde, da Defensoria Pública, da Universidade Estadual do Piauí e de outros segmentos envolvidos na organização da rede. Essa composição permitia que temas assistenciais fossem analisados em conexão com dimensões jurídicas, formativas, territoriais e administrativas.

As reuniões eram inicialmente mensais e, posteriormente, passaram a ocorrer a cada dois meses. A dinâmica observada seguia uma sequência relativamente estável: leitura ou retomada da ata anterior; verificação dos encaminhamentos pendentes; atualização das ações em andamento; apresentação de informes; discussão das pautas previstas; definição de responsáveis e novos encaminhamentos. Tal organização contribuía para preservar a memória institucional do grupo e para reduzir o risco de que os encontros se limitassem à exposição de problemas sem continuidade entre uma reunião e outra.

Os residentes participaram de forma ativa, acompanhando discussões, apresentando informações, formulando questões e relacionando as pautas às experiências vividas nos serviços e atividades da residência. A construção deste texto baseou-se na sistematização reflexiva dessas vivências e das informações institucionais apresentadas nas reuniões, com ênfase em quatro eixos: participação social e luta antimanicomial; atenção à crise e discussão sobre leitos de saúde mental; educação permanente nos municípios; e desinstitucionalização por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

O processo analítico ocorreu por aproximação temática. Inicialmente, foram identificadas as situações consideradas mais significativas para a compreensão do funcionamento do grupo. Em seguida, essas situações foram organizadas de acordo com sua relação com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da RAPS. Por fim, os eixos foram discutidos à luz de documentos normativos e de produções científicas sobre articulação de redes, cogestão, participação social, educação permanente, intersetorialidade e cuidado em liberdade.

Por se tratar de sistematização de uma experiência formativa e institucional, não foram reproduzidas falas individualizadas nem informações capazes de identificar usuários, familiares ou participantes das reuniões. O relato não avalia desempenho pessoal, não utiliza prontuários e não

apresenta dados clínicos. A ênfase recai sobre os processos coletivos, as pautas discutidas e os aprendizados decorrentes da participação. Em eventual submissão a periódico científico, recomenda-se adequar a descrição dos aspectos éticos às exigências editoriais e às orientações da instituição responsável pela residência.

É importante reconhecer que a posição dos residentes influencia a narrativa. A experiência foi observada a partir de sujeitos em formação, simultaneamente participantes e aprendizes, o que favoreceu proximidade com o cotidiano, mas também delimita o alcance das interpretações. Para enfrentar esse limite, buscou-se evitar juízos sobre pessoas ou instituições e concentrar a análise nas relações entre as situações vivenciadas, as diretrizes da política de saúde mental e os desafios reconhecidos na literatura.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 INSERÇÃO DOS RESIDENTES E DINÂMICA DO GRUPO CONDUTOR

A participação nas reuniões permitiu aos residentes acompanhar de maneira concreta como demandas assistenciais e sociais são traduzidas em pautas de gestão. Questões que nos serviços aparecem como dificuldades pontuais — ausência de um fluxo para crise, demora na continuidade do cuidado, necessidade de capacitação ou insuficiência de determinado dispositivo — passaram a ser compreendidas como problemas que envolvem responsabilidades distribuídas entre diferentes pontos da rede e níveis de gestão.

A retomada das atas anteriores mostrou-se um recurso relevante. Além de registrar decisões, a ata funcionava como mecanismo de responsabilização, permitindo verificar quais ações haviam avançado, quais dependiam de negociação adicional e quais permaneciam sem resposta. Para os residentes, esse acompanhamento evidenciou que a pactuação não se encerra no momento da reunião: requer comunicação com os territórios, definição de responsáveis, disponibilidade de recursos e avaliação dos efeitos produzidos.

O contato com representantes de diferentes instituições também ampliou a compreensão sobre os conflitos presentes na gestão da RAPS. Nem sempre as prioridades coincidiam. Demandas por resposta imediata à crise podiam favorecer soluções centradas na ampliação hospitalar, enquanto outros participantes enfatizavam a necessidade de fortalecer serviços comunitários. Questões jurídicas relacionadas à internação compulsória exigiam diálogo entre saúde e justiça. Propostas de reinserção social demandavam articulação com cultura e trabalho. O grupo, assim, apresentava-se como espaço de negociação entre perspectivas que precisavam ser confrontadas e integradas.

## 4.2 SOCIALIZAÇÃO DO IV ENCONTRO PIAUIENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Uma das atividades de maior destaque foi a apresentação do relatório do IV Encontro Piauiense da Luta Antimanicomial, promovido pela Residência em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí em 16 de maio de 2025. O evento, realizado no auditório da instituição, teve como tema "É preciso reencontrar-se e reencantar-se com a luta antimanicomial" e contou com apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e da Universidade Federal do Piauí.

Participaram 210 pessoas: 141 estudantes, 51 profissionais e 18 usuários e familiares. A diversidade do público favoreceu a circulação de experiências entre ensino, serviço, gestão e participação social. Mais do que uma atividade comemorativa, o encontro funcionou como espaço de formulação coletiva. As propostas elaboradas foram sistematizadas pelos residentes e apresentadas ao grupo condutor, criando uma passagem entre mobilização social e agenda institucional.

Os encaminhamentos abrangeram diferentes dimensões da política estadual de saúde mental. Na atenção à crise, propôs-se discutir e redefinir o fluxo de atuação entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Polícia Militar, buscando evitar respostas descoordenadas ou predominantemente coercitivas. Também se sugeriu criar uma comissão para avaliar internações compulsórias e traçar o perfil dos casos, possibilitando maior acompanhamento das indicações, dos percursos assistenciais e das condições de continuidade do cuidado após a alta.

No campo da participação social, foi proposta a criação de um grupo de trabalho estadual para elaborar plano de ação voltado ao protagonismo de usuários e familiares, com representação de usuários, familiares, estudantes, profissionais e gestores. Reivindicou-se, ainda, previsão orçamentária para viabilizar participação em eventos, atividades formativas e espaços de controle social, reconhecendo que o direito à participação depende de condições materiais e não apenas de convites formais.

Outras propostas enfatizaram a necessidade de diálogo com instituições de ensino para enfrentar estigma e preconceito; divulgação, entre gestores, da importância de implantar e qualificar equipes multiprofissionais; realização de um censo estadual dos CAPS; garantia de continuidade anual do encontro antimanicomial; inclusão de apresentações culturais protagonizadas por usuários; parcerias com as secretarias de cultura e trabalho; implantação de Centro de Convivência; e ampliação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos CAPS e na Atenção Básica, conforme deliberações anteriores da política de saúde mental.

A recepção dessas propostas pelo grupo condutor mostrou que eventos de participação social podem produzir insumos concretos para o planejamento da rede. Ao mesmo tempo, a apresentação do

relatório permitiu discutir a necessidade de transformar propostas amplas em planos de ação: definir prioridades, responsáveis, prazos, recursos necessários e formas de acompanhamento. Para os residentes, essa etapa foi fundamental para compreender a diferença entre mobilizar uma pauta e sustentá-la institucionalmente.

### 4.3 DISCUSSÃO SOBRE A CRIAÇÃO DE CINQUENTA LEITOS DE SAÚDE MENTAL

Outra pauta relevante foi a proposta de criação de cinquenta leitos de saúde mental no estado. A discussão considerou a distribuição regional da oferta e a necessidade de responder a situações agudas que demandam atenção hospitalar. Os participantes analisaram a importância de evitar concentração excessiva dos leitos na capital e de articular a nova oferta aos demais componentes da RAPS.

Os residentes contribuíram para problematizar o risco de que a ampliação de leitos fosse tratada como resposta autossuficiente às lacunas da rede. A atenção hospitalar integra a RAPS e pode ser necessária em momentos de crise, especialmente quando organizada em hospital geral, por período breve e com preservação de direitos. Entretanto, a efetividade desse recurso depende de acesso oportuno, projeto terapêutico, comunicação com os serviços de referência, planejamento de alta e seguimento territorial. Sem essas conexões, o leito pode reforçar trajetórias de internação recorrente e deslocar investimentos que deveriam alcançar CAPS, Atenção Primária, atenção domiciliar, urgência, serviços residenciais e estratégias de reabilitação psicossocial.

O debate não produziu uma oposição simplista entre hospital e território. Em vez disso, evidenciou a necessidade de avaliar para que, onde e sob quais fluxos os leitos seriam implantados. A questão central passou a ser a função do componente hospitalar dentro de uma rede orientada pelo cuidado em liberdade. Essa compreensão favoreceu uma análise mais qualificada, na qual a resposta à crise deveria combinar retaguarda hospitalar, cuidado comunitário intensivo, prevenção de rupturas de vínculo e acompanhamento após a alta.

### 4.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO AOS MUNICÍPIOS

O grupo discutiu a implementação de estratégias de educação permanente em saúde mental nos municípios. A pauta surgiu da percepção de que muitas equipes locais enfrentavam dificuldades para acolher demandas de saúde mental, manejar situações de crise, elaborar projetos terapêuticos singulares e compartilhar o cuidado com serviços especializados. Também foram mencionadas desigualdades na disponibilidade de profissionais e no acesso a oportunidades formativas entre a capital e o interior.

Durante o debate, diferenciou-se uma lógica de capacitação pontual, centrada na transmissão de conteúdos, de uma proposta de educação permanente vinculada aos problemas reais do trabalho. A segunda pressupõe que as situações do cotidiano sejam analisadas pelas próprias equipes, com apoio de facilitadores, gestão e outros pontos da rede. Nessa perspectiva, reuniões de matriciamento, discussão de casos, construção de fluxos, supervisão clínico-institucional e encontros regionais podem produzir aprendizagem ao mesmo tempo em que reorganizam práticas.

Os residentes reconheceram que o próprio grupo condutor tinha potencial educativo. Ao reunir diferentes saberes e permitir que impasses fossem examinados coletivamente, as reuniões ampliavam a capacidade dos participantes para interpretar a rede e intervir nela. Essa aprendizagem não se limitava aos residentes: gestores e profissionais também compartilhavam experiências, normas, dúvidas e soluções construídas nos territórios.

## 4.5 BAIXA COBERTURA DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM TERESINA

A baixa cobertura de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Teresina constituiu outra questão problematizada. Os participantes reconheceram que esses serviços são fundamentais para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas que perderam ou tiveram severamente fragilizados seus vínculos familiares e comunitários. A insuficiência de moradias pode retardar processos de desospitalização e manter pessoas em instituições não porque necessitem de cuidado hospitalar, mas porque não dispõem de alternativa habitacional e suporte territorial.

Os residentes destacaram que a expansão quantitativa dos SRT deve ser acompanhada por qualidade do cuidado e compromisso com a autonomia. Uma residência terapêutica precisa constituir-se como casa inserida na cidade, e não como pequena instituição total. Isso exige projetos terapêuticos singulares, respeito à privacidade e às escolhas dos moradores, acesso a renda e benefícios, circulação pelo território, vínculos com vizinhança, cultura, lazer, trabalho e serviços públicos. Também exige equipes capazes de oferecer suporte sem reproduzir tutela excessiva.

A discussão revelou que a desinstitucionalização depende de articulação entre saúde, assistência social, habitação, justiça, trabalho e cultura. A implantação de moradias não se resolve apenas com habilitação administrativa; requer imóveis adequados, financiamento contínuo, equipes de referência, cuidadores qualificados, acompanhamento dos moradores e abertura da comunidade para a convivência com a diferença. Nesse sentido, a pauta dos SRT conectou-se às propostas de Centro de Convivência, projetos culturais e geração de renda apresentadas pelo encontro antimanicomial.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 O GRUPO CONDUTOR COMO DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DA REDE

Os resultados evidenciam que o grupo condutor pode atuar como dispositivo de produção da RAPS, e não apenas como instância burocrática. Essa distinção é importante porque redes não se constituem exclusivamente por portarias, organogramas ou listas de serviços. Elas dependem de relações de confiança, mecanismos de comunicação, responsabilidades compartilhadas e capacidade de enfrentar conflitos. Experiências de cogestão mostram que a análise coletiva dos problemas pode articular educação permanente e transformação dos processos de trabalho (Da Costa; Flores; Andreeti, 2015). Lima e Guimarães (2019) demonstram que uma articulação pontual e baseada sobretudo em relações informais tende a reproduzir fragmentação e centralidade da especialidade. De modo convergente, Sampaio e Bispo Júnior (2021) ressaltam que a avaliação da RAPS deve considerar tanto sua estrutura quanto o processo de articulação do cuidado.

No grupo acompanhado, a leitura das atas, a atualização dos encaminhamentos e a discussão coletiva constituíram tecnologias simples, porém relevantes, de gestão. A ata produzia memória e visibilidade das decisões; a presença de diferentes instituições ampliava a análise; e a pactuação permitia distribuir tarefas. Entretanto, esses mecanismos só ganham efetividade quando acompanhados de prazos, responsáveis, indicadores e devolutivas. Uma pauta reiteradamente registrada, mas nunca executada, pode produzir desgaste e descrédito. O fortalecimento do grupo exige, portanto, um ciclo de gestão que articule identificação do problema, deliberação, execução, monitoramento e avaliação.

A experiência também mostrou que a heterogeneidade é uma potência e uma fonte de tensão. A presença da gestão estadual, Atenção Primária, Defensoria Pública e universidade favoreceu leituras distintas de um mesmo problema. Ao discutir internações compulsórias, por exemplo, a dimensão clínica não podia ser separada dos direitos, da rede familiar, das condições territoriais e das determinações judiciais. Ao abordar educação permanente, a universidade não aparecia apenas como ofertante de cursos, mas como parceira na análise dos processos de trabalho. Ao tratar de reinserção social, tornava-se evidente que o setor saúde não dispõe sozinho de todos os recursos necessários.

Intersetorialidade, contudo, não corresponde a encaminhar uma demanda de um setor para outro. Ela implica construir objetivos comuns, reconhecer a especificidade de cada política e assumir corresponsabilidade. Tãno e Matsukura (2019) observam que o trabalho intersetorial pode potencializar recursos territoriais e garantir direitos, mas encontra obstáculos na falta de alinhamento, na medicalização e na dificuldade de articulação com a Atenção Básica. Assim, convidar representantes de outros setores é apenas o início. O grupo condutor precisa produzir agendas

conjuntas, identificar recursos existentes, negociar responsabilidades e avaliar os efeitos das ações sobre a vida dos usuários.

## 5.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E TRADUÇÃO DE DEMANDAS EM COMPROMISSOS DE GESTÃO

A apresentação do relatório do IV Encontro Piauiense da Luta Antimanicomial foi uma das expressões mais significativas da articulação entre participação social, formação e gestão. O encontro reuniu estudantes, profissionais, usuários e familiares, e seus encaminhamentos alcançaram uma instância capaz de incorporá-los ao planejamento estadual. Esse movimento reduz a distância entre espaços de mobilização e estruturas administrativas e reafirma que a política de saúde mental deve ser construída com aqueles que utilizam e sustentam cotidianamente a rede.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi construída como luta por cidadania e transformação cultural. Por isso, a participação não pode ser tratada como elemento complementar ou cerimonial. Amarante e Nunes (2018) ressaltam o papel dos movimentos sociais na construção de um novo lugar social para a loucura. Romano *et al.* (2023), ao revisarem caminhos da participação popular em saúde mental, destacam a importância de mecanismos que reconheçam usuários e familiares como sujeitos políticos. O protagonismo implica capacidade de formular propostas, contestar práticas, acompanhar decisões e participar da avaliação das políticas.

Os dados do encontro também convidam a uma reflexão crítica. Entre 210 participantes, 18 eram usuários e familiares. Embora essa presença seja relevante, a proporção sugere a necessidade de ampliar condições para sua participação. Barreiras de transporte, renda, apoio familiar, acessibilidade, comunicação e receio de exposição podem limitar a presença desses sujeitos. A garantia de orçamento para participação social, proposta no evento, responde a uma dimensão concreta do problema: não há participação paritária quando alguns representantes dependem de recursos próprios para deslocar-se, alimentar-se ou permanecer nas atividades.

Para que os encaminhamentos não se dissolvam após o evento, o grupo condutor pode instituir mecanismos de acompanhamento, como matriz de responsabilidades, calendário de devolutivas e apresentação periódica do estágio de cada proposta. Também é recomendável que usuários e familiares participem diretamente desse seguimento, e não apenas tenham suas demandas representadas por profissionais ou residentes. A mediação realizada pela residência foi potente, mas não substitui a voz dos próprios sujeitos. A democratização plena requer presença contínua, possibilidade de discordância e condições para que o saber da experiência influencie prioridades e critérios de avaliação.

## 5.3 ATENÇÃO À CRISE, SEGURANÇA PÚBLICA E RISCO DE CRIMINALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

A proposta de redefinir o fluxo entre SAMU e Polícia Militar indica uma dificuldade recorrente na atenção às crises em saúde mental. Quando os papéis dos serviços não estão claros, usuários e familiares podem enfrentar demora, recusa, circulação entre portas de entrada ou intervenções centradas na contenção. A participação policial, quando acionada de forma automática ou sem coordenação sanitária, pode reforçar a associação entre sofrimento psíquico, perigo e controle, produzindo medo, estigma e violações.

Um fluxo orientado pelos direitos humanos deve estabelecer critérios para acionamento, responsabilidades de cada equipe, estratégias de comunicação, prioridade de abordagem em saúde, técnicas de desescalada, transporte seguro e registro dos episódios. Também precisa prever articulação com CAPS, Atenção Primária, urgência e hospital geral, de modo que a intervenção não termine com a remoção da pessoa. A crise é um acontecimento situado em uma história e em um território; sua abordagem deve incluir vínculos, condições de moradia, relações familiares, uso de substâncias, situações de violência e acesso anterior à rede.

A comissão proposta para avaliar internações compulsórias pode contribuir para maior transparência e proteção de direitos, desde que não se limite ao controle documental. O acompanhamento deve considerar a necessidade e proporcionalidade da medida, as alternativas previamente tentadas, o tempo de permanência, o projeto terapêutico, a comunicação com a rede territorial e o planejamento de alta. Também pode identificar padrões: municípios com maior número de solicitações, ausência de serviços que antecede a judicialização, grupos sociais mais expostos e recorrência de internações. Esse conhecimento transforma casos isolados em informação para o planejamento.

## 5.4 LEITOS DE SAÚDE MENTAL: COMPONENTE NECESSÁRIO OU VETOR DE RECENTRALIZAÇÃO?

A discussão sobre cinquenta novos leitos evidencia uma tensão histórica. A crítica ao hospitalocentrismo não implica negar toda atenção hospitalar, mas subordinar esse recurso a uma rede comunitária e a indicações claramente delimitadas. A Lei nº 10.216/2001 estabelece que a internação deve ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e a regulamentação dos serviços hospitalares de referência prevê sua articulação com a RAPS (Brasil, 2001; Brasil, 2012). Portanto, leitos em hospital geral podem compor o cuidado em situações agudas sem equivaler ao

retorno do manicômio, desde que sejam breves, territorialmente distribuídos e conectados a um projeto de continuidade.

O risco surge quando o leito se torna o centro organizador da rede, absorvendo recursos e substituindo investimentos em alternativas comunitárias. Uma expansão desarticulada pode aumentar internações evitáveis, enfraquecer o cuidado intensivo nos CAPS e reproduzir a chamada porta giratória, na qual a pessoa recebe alta sem suporte e retorna ao hospital em curto período. Por isso, o debate do grupo condutor foi qualificado ao deslocar a pergunta de "quantos leitos" para "qual função esses leitos exercerão na rede".

Alguns critérios podem orientar essa decisão: análise regional das necessidades; distância e tempo de deslocamento; perfil das crises atendidas; disponibilidade de CAPS III e outros recursos de cuidado intensivo; taxa e duração das internações; mecanismos de referência e contrarreferência; participação da equipe territorial na elaboração do plano de alta; e acompanhamento de reinternações. A implantação deve ocorrer com indicadores que permitam verificar se os leitos ampliam acesso e integralidade ou se passam a concentrar respostas que poderiam ser produzidas no território.

Também é necessário evitar que o aumento da capacidade hospitalar seja acompanhado de redução da responsabilidade dos serviços comunitários. Durante uma internação breve, CAPS e Atenção Primária devem permanecer vinculados ao caso, compartilhar informações relevantes e preparar o retorno. A alta não pode ser um ato administrativo isolado; precisa constituir transição de cuidado. Sob essa lógica, o hospital torna-se retaguarda e não destino, e a internação deixa de interromper a trajetória territorial.

## 5.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE, MATRICIAMENTO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A proposta de educação permanente nos municípios responde a um desafio estrutural da RAPS: a concentração do saber sobre saúde mental em serviços especializados. Quando a Atenção Primária considera que toda demanda deve ser encaminhada ao CAPS ou ao psiquiatra, produz-se sobrecarga, espera e fragmentação. Por outro lado, exigir que equipes locais assumam situações complexas sem apoio também é inadequado. O matriciamento busca superar essa polarização por meio de cuidado compartilhado, discussão de casos, atendimentos conjuntos, elaboração de projetos terapêuticos e construção de capacidade no território.

Educação permanente não se reduz a cursos esporádicos. Miccas e Batista (2014) assinalam que ela deve estar articulada ao processo de trabalho e à problematização das práticas. Na RAPS, Sousa *et al.* (2020) mostram que educação interprofissional e educação permanente podem favorecer cuidado

integral e deslocar intervenções restritas à prescrição e à lógica psiquiátrica. Desse modo, a estratégia debatida pelo grupo condutor terá maior potência se partir das necessidades levantadas pelos municípios, utilizar situações concretas e combinar diferentes modalidades de apoio.

Entre as possibilidades estão encontros regionais regulares, apoio institucional, supervisão clínico-institucional, teleconsultoria, construção compartilhada de protocolos, rodas com usuários e familiares e comunidades de prática entre trabalhadores. A avaliação não deve limitar-se ao número de capacitações ou participantes. É necessário observar mudanças nos fluxos, redução de encaminhamentos desnecessários, aumento do compartilhamento de casos, melhoria do acolhimento e maior continuidade do cuidado.

O próprio grupo condutor pode coordenar essa política ao mapear necessidades, articular instituições formadoras e acompanhar resultados. A participação das residências é particularmente promissora porque aproxima formação, serviço e gestão. Entretanto, a atuação dos residentes precisa ocorrer com supervisão e sustentabilidade institucional; projetos não devem depender exclusivamente de turmas temporárias. O conhecimento produzido por cada ciclo de residência deve ser registrado, transferido e incorporado às rotinas da rede.

## 5.6 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, AUTONOMIA E DIREITO À CIDADE

A problematização da baixa cobertura de SRT em Teresina reafirma que a desinstitucionalização exige mais do que reduzir leitos psiquiátricos. Pessoas submetidas a longos períodos de internação podem perder documentos, renda, vínculos familiares, habilidades cotidianas e referências territoriais. Quando não existem moradia e suporte comunitário, a permanência institucional passa a ser determinada por abandono social, e não por necessidade clínica.

Os SRT oferecem uma resposta fundamental, mas sua potência depende do modo como são organizados. Silva *et al.* (2022) identificaram que diferentes configurações territoriais produzem distintos modos de autonomia no habitar, circular e administrar recursos. Os autores enfatizam que autonomia não equivale à independência absoluta; ela se amplia quando a pessoa pode construir e manejar uma rede diversificada de relações. Essa compreensão é central para evitar que o cuidado seja medido apenas pela capacidade de realizar tarefas sem ajuda.

Uma residência pode reproduzir práticas manicomiais quando impõe rotinas rígidas, controla recursos financeiros, restringe circulação ou transforma a casa em extensão do serviço de saúde. O desafio consiste em oferecer suporte proporcional às necessidades sem substituir as escolhas dos moradores. Isso demanda formação das equipes, acompanhamento dos projetos terapêuticos,

participação dos usuários nas decisões domésticas, acesso à cidade e conexão com políticas de renda, cultura, educação, trabalho e assistência social.

A proposta de implantar Centro de Convivência complementa essa agenda. A Portaria GM/MS nº 5.738/2024 reconhece o CECO como componente comunitário da RAPS, voltado à convivência, arte, cultura, produção coletiva e cidadania (Brasil, 2024). Diferentemente de um serviço clínico especializado, o CECO pode reunir pessoas com e sem histórico de sofrimento psíquico em atividades abertas, reduzindo segregação e estigma. Sua implantação no estado poderia fortalecer a circulação social de moradores de SRT, usuários de CAPS, familiares e comunidade.

As parcerias propostas com cultura e trabalho também ampliam a noção de cuidado. A reabilitação psicossocial envolve acesso a trocas sociais, contratualidade, renda, reconhecimento e participação na vida coletiva. Oficinas culturais e iniciativas de geração de trabalho e renda não devem ocupar usuários apenas como estratégia terapêutica; precisam reconhecer autoria, desejo, remuneração e direito à produção cultural. O grupo condutor pode atuar como articulador dessas políticas, evitando que inclusão social permaneça como responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde mental.

## 5.7 FORMAÇÃO DOS RESIDENTES E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-GESTÃO-COMUNIDADE

A participação no grupo condutor ampliou a formação dos residentes em dimensões pouco acessíveis quando o aprendizado se restringe à assistência direta. Eles puderam observar como normas são interpretadas, como recursos são disputados, como decisões atravessam diferentes níveis de governo e como conflitos entre modelos de cuidado se manifestam em pautas concretas. Essa vivência contribuiu para desenvolver capacidade de argumentação, leitura institucional, negociação e planejamento.

Também se tornou visível que a gestão é uma prática de cuidado. A definição de um fluxo de crise pode reduzir violência; a organização de leitos pode preservar vínculos ou produzir rupturas; a previsão de orçamento pode viabilizar participação; e a implantação de SRT pode permitir que alguém deixe uma instituição e reconstrua a vida na cidade. Decisões administrativas possuem efeitos clínicos, sociais e políticos. Compreender essa relação fortalece o compromisso ético dos residentes com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica.

A presença de residentes, por sua vez, pode beneficiar o grupo ao aproximar debates acadêmicos, experiências dos serviços e demandas identificadas em atividades comunitárias. A apresentação do relatório do encontro antimanicomial exemplificou essa contribuição. Todavia, é necessário evitar que os residentes sejam utilizados apenas como força de trabalho para tarefas de

registro e organização. Sua participação deve incluir acesso às informações, oportunidade de fala, supervisão, reflexão crítica e reconhecimento de autoria nas produções resultantes.

A integração ensino-serviço-gestão-comunidade é mais consistente quando cada parte reconhece sua responsabilidade. As instituições de ensino precisam orientar e acompanhar; os serviços devem abrir espaços de aprendizagem sem precarizar o cuidado; a gestão deve incorporar contribuições e garantir continuidade; e usuários e comunidades devem participar da definição do que é relevante aprender e transformar. O grupo condutor pode ser um lugar privilegiado para essa integração, desde que preserve sua pluralidade e não se converta em espaço exclusivamente técnico.

## 5.8 LIMITES E DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE DO GRUPO

Apesar das potencialidades observadas, alguns desafios precisam ser explicitados. A mudança da periodicidade mensal para bimestral pode ser adequada ao volume de trabalho e à disponibilidade dos participantes, mas também pode ampliar o intervalo entre identificação do problema e acompanhamento da resposta. Para reduzir esse risco, encaminhamentos urgentes necessitam de mecanismos intermediários de comunicação e grupos de trabalho com prazos definidos.

A continuidade institucional é outro ponto crítico. Experiências de grupos condutores mostram que mudanças de coordenação, baixa adesão de gestores municipais e ausência de liberação dos trabalhadores podem enfraquecer o coletivo (Andreeti *et al.*, 2022). A sustentabilidade depende de formalização, agenda regular, secretaria executiva, representação titular e suplente, apoio da gestão e integração com instâncias de pactuação do SUS. Ao mesmo tempo, a formalização não deve engessar o grupo nem impedir a entrada de novas pautas e atores.

Há ainda o desafio da representatividade. A composição interinstitucional acompanhada foi potente, mas o protagonismo de usuários e familiares precisa ocupar lugar estrutural. A presença eventual ou a apresentação indireta de demandas não produz o mesmo grau de participação que representação permanente com direito à fala, acesso prévio às pautas e condições materiais de presença. A inclusão de movimentos sociais, conselhos de saúde e associações pode fortalecer a legitimidade e a capacidade de controle social.

Por fim, o grupo necessita de instrumentos de monitoramento. Para as pautas descritas, seria possível acompanhar, por exemplo, tempo de implantação e distribuição regional dos leitos; percentual de altas com seguimento territorial pactuado; número e perfil das internações compulsórias; adesão dos municípios às ações de educação permanente; quantidade e cobertura de SRT; participação de usuários e familiares; implantação do CECO; e execução das parcerias com cultura e trabalho.

Indicadores não substituem a análise qualitativa, mas ajudam a verificar se as decisões estão produzindo efeitos.

Este relato também apresenta limites. A narrativa foi construída a partir da perspectiva dos residentes e não incluiu entrevistas com todos os participantes do grupo, usuários ou familiares. Não houve avaliação longitudinal do cumprimento dos encaminhamentos nem mensuração dos resultados assistenciais. A experiência corresponde a um contexto estadual específico e não pode ser generalizada para todos os grupos condutores. Esses limites, contudo, não anulam sua contribuição: ao explicitar processos, tensões e aprendizados, o relato oferece elementos para reflexão e para estudos futuros sobre governança da RAPS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada evidenciou que a participação de residentes de saúde mental e atenção psicossocial em um grupo condutor da RAPS constitui oportunidade relevante de formação, articulação e intervenção na política pública. O acompanhamento das reuniões permitiu compreender que a consolidação da rede depende não apenas da existência de serviços, mas da capacidade de conectá-los, pactuar responsabilidades, acompanhar decisões e incluir diferentes saberes na gestão.

A apresentação dos encaminhamentos do IV Encontro Piauiense da Luta Antimanicomial mostrou a potência de aproximar mobilização social e instâncias decisórias. Propostas relacionadas à atenção à crise, internações compulsórias, participação de usuários e familiares, formação, cultura, trabalho, Centros de Convivência e Práticas Integrativas puderam ingressar na agenda do grupo. Esse processo reafirma que a participação social produz conhecimento relevante para a gestão e que as demandas coletivas precisam ser acompanhadas até sua tradução em planos, recursos e ações.

O debate sobre cinquenta leitos de saúde mental revelou a necessidade de superar respostas polarizadas. A atenção hospitalar pode integrar uma rede territorial, desde que exerça função de retaguarda, preserve direitos e esteja conectada ao cuidado antes e depois da internação. Sua expansão deve ocorrer simultaneamente ao fortalecimento dos CAPS, da Atenção Primária, das estratégias de crise no território, dos Serviços Residenciais Terapêuticos e das ações de reabilitação psicossocial, evitando que a hospitalização volte a ocupar o centro do modelo assistencial.

A educação permanente apareceu como eixo transversal para qualificar equipes, reduzir desigualdades regionais e fortalecer o matriciamento. A discussão sobre a baixa cobertura de SRT, por sua vez, evidenciou que cuidado em liberdade requer moradia, renda, circulação pela cidade, cultura, trabalho e relações comunitárias. Esses temas confirmam que a RAPS é inseparável da intersetorialidade e da defesa de direitos.

Para os residentes, o grupo condutor tornou visível a dimensão política do trabalho em saúde. Planejamento, financiamento, regulação e pactuação deixaram de ser assuntos distantes da clínica e passaram a ser compreendidos como condições que ampliam ou restringem possibilidades de cuidado. A experiência fortaleceu competências de análise, diálogo e participação, contribuindo para uma formação comprometida com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica.

Conclui-se que os grupos condutores podem funcionar como dispositivos estratégicos de cogestão, educação permanente e produção de redes democráticas. Para concretizar esse potencial, precisam de continuidade institucional, representação plural, participação efetiva de usuários e familiares, recursos, transparência e mecanismos de monitoramento. Mais do que conduzir uma estrutura administrativa, trata-se de sustentar coletivamente uma direção ético-política: a construção de uma atenção psicossocial territorial, inclusiva e comprometida com a liberdade, a autonomia e a cidadania.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018.

ANDREETI, Tainara Oliveira; ROSO, Adriane; SANTOS, Catiele dos; COSTA, Diogo Faria Corrêa da. Grupos em saúde mental: um relato de pesquisa sobre um "Grupo Condutor". *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 11-21, 2022. DOI: https://doi.org/10.5380/riep.v26i1.78282.

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*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: suplemento, Brasília, DF, 3 out. 2017. Anexo V.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 dez. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/legislacao. Acesso em: 18 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 1 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

DA COSTA, Diogo Faria Corrêa; FLORES, Giovana Catalan; ANDREETI, Tainara Oliveira. Educação permanente e cogestão: experiência de um grupo gestor em saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 6, n. 1, p. 119-129, 2015. DOI: https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n1p119.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. DOI: https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290310, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498.

ROMANO, Bruna; SCHNEIDER, João Neri; COUTO, Alice Akherman; SERPA JÚNIOR, Octavio Domont de. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 2, e210875pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210875pt.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620.

SILVA, Gabriela Andrade da *et al.* Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 101-110, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19872021.

SOUSA, Francisca Maira Silva de; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300111, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300111.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290108, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108.