conversas em
PSICOLOGIA
ISSN 2764-5053

Recebido em:06/02/2026
Publicado em: 27/10/2026
DOI: https://doi.org/10.33872/conversaspsico.v7n2.e002

INTERFACE ENTRE ECONOMIA SOLIDÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I (CAPS I) DE PARANAÍBA (MS)

Fernando Luís Oliveira Athayde Paes[1] Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6556-4139

Thiago de Sousa Bagatin[2] Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2196-6763

RESUMO. Este artigo relata a experiência de estágio supervisionado em Psicologia realizado, em 2024, no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Paranaíba (MS) e tem como objetivo problematizar os desafios presentes no cotidiano da atenção psicossocial, além de identificar as potencialidades impulsionadas. A prática de estágio foi orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária, fundamentada em autores como Amarante (2007), Singer (2002) e Machado (1978) e outros. Foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas, como observações diretas e participativas, acolhimentos, dinâmicas de grupo, palestras e diálogos com os usuários. Os resultados ressaltam a importância da formação prática e crítica no campo da saúde mental, ao mesmo tempo em que evidenciam fragilidades na infraestrutura e resistências institucionais à mudança do modelo de atendimento no CAPS I de Paranaíba (MS).

Palavras-chave: Estágio. Psicologia. Economia Solidária.

INTERFACE BETWEEN SOLIDARITY ECONOMY AND PSYCHIATRIC REFORM IN THE PSYCHOLOGY INTERNSHIP

[1] Doutor em Educação, professor da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Endereço eletrônico para contato: fernandofortiori@gmail.com.

[2] Doutor em Psicologia, professor da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Endereço para contato: thiagobagatin@ufpr.br.

conversas em
PSICOLOGIA
ISSN 2764-5053

EXPERIENCE AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER I (CAPS I) IN PARANAÍBA (MS)

ABSTRACT. This article reports the experience of a supervised internship in Psychology carried out, in 2024, at the Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) in Paranaíba (MS) and aims to problematize the challenges present in the daily life of psychosocial care, in addition to identifying the potentialities promoted. The internship practice was guided by the principles of Psychiatric Reform and Solidarity Economy, based on authors such as Amarante (2007), Singer (2002) and Machado (1978) and others. Different methodological strategies were used, such as direct and participatory observations, receptions, group dynamics, lectures and dialogues with users. The results highlight the importance of practical and critical training in the field of mental health, while also highlighting weaknesses in the infrastructure and institutional resistance to changing the care model at CAPS I in Paranaíba (MS).
KEYWORDS: Internship. Psychology. Solidarity Economy.

Introdução

Este artigo tem como objetivo refletir sobre as experiências de estágio supervisionado realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Paranaíba (MS), entre os meses de março e novembro de 2024, no âmbito do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba (UFMS/CPAR).

As práticas de estágios nos levaram à revisão crítica dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica e à valorização do cuidado humanizado. A obra *O Homem e a Serpente*, de Amarante (1996), juntamente com trabalhos de outros autores como Amarante (2007), Machado (1978), Yasui (2010), Singer (2002) e Carvalhães (2008), fundamentaram as observações acerca da articulação entre a Luta Antimanicomial e a Economia Solidária (Ecosol) com percepções ligadas à solidariedade e à inclusão social.

A abordagem metodológica utilizada incluiu observação-participante, diagnóstico situacional e institucional, dinâmicas de grupo e rodas de conversa com registros organizados em diário de campo que foram digitalizados e armazenados no notebook para análises. Desse modo, inspirados por Bagatin (2021), priorizamos a escuta da realidade local para orientar intervenções alinhadas ao cotidiano e às motivações dos usuários.

A Ecosol mostrou-se como estratégia eficaz para a reabilitação psicossocial e inclusão produtiva de pessoas em sofrimento. Sendo as atividades envolvidas em observações e intervenções junto à equipe e aos usuários, na promoção da integração entre profissionais, comunidade, usuários e familiares, com ênfase na construção coletiva do

conhecimento e na formação prática em saúde mental. Contudo, observamos evidencias de fragilidade na base estrutural e rigidez estrutural à mudança do modelo de atendimento.

Este trabalho apresenta-se estruturado da seguinte forma: na segunda seção apresentamos o cenário histórico da Luta Antimanicomial no Brasil. Em seguida, na terceira parte, apresentamos as experiências de estágio no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Paranaíba (MS**)**. Na quarta seção, trouxemos os fundamentos da Ecosol como procedimento metodológico. E, por fim, na quinta seção, analisamos nossa experiência de estágio no CAPS e demonstramos como a prática de estágio em psicologia contribui para a formação profissional.

A luta antimanicomial no Brasil: contextos, avanços e resistências

No Brasil, Machado (1978), em suas pesquisas sobre a medicina social e a psiquiatria brasileira, analisou a criação do Hospício de Alienados Pedro II, considerado um marco inaugural da psiquiatria no país. Essa instituição fez parte de projeto mais amplo de normalização social, inserindo-se nos esforços da ciência médica de oferecer respostas normativas à sociedade da época.

Em 1830, os médicos da época lançaram o lema: *AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO*; o preceito foi a tentativa de responder aos desafios colocados pelas pessoas com transtornos mentais, muitas das quais viviam abandonadas nas ruas das cidades ou eram internadas de forma inadequada na Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro. Com êxito, essa mobilização resultou na promulgação do DECRETO DE 18 DE JULHO DE 1841**,** que autorizou a criação do HOSPÍCIO DE ALIENADOS PEDRO II**,** localizado na Praia Vermelha. No entanto, foi apenas em 1852 que a instituição passou a receber efetivamente os chamados *alienados mentais*, oriundos de diversas províncias do Império.

> [...] Durante todo o segundo reinado nenhum outro hospício foi concebido nas mesmas proporções, fazendo com que esta instituição representasse o principal estabelecimento deste cunho não só no Brasil como na América Latina. Até em Portugal, a construção do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, que se iniciou no final da década de 1860 e foi inaugurada em 1883, teve sua concepção arquitetônica inspirada no Hospício Pedro II, o que reforça a reverberação alcançada

> pela imponência do Palácio construído na Praia Vermelha (Gonçalves, 2013, p. 4).

Os registros historiográficos indicam que tanto a magnitude do decreto de edificação do Hospício Pedro II e da sua conformação arquitetônica; quanto a função desempenhada pelos médicos no serviço sanitário da instituição pode ser considerada como divisão fundamental para a conformação da Psiquiatria no Brasil.

Cunha (1988), ao dissertar sobre a história do Juquery, afirma que a Província de São Paulo passou por intenso e inesperado processo de urbanização e industrialização no final do século XIX e início do século XX. Os processos singulares no contexto de desenvolvimento social resultaram em inúmeras pressões junto ao poder público para resolver as ditas *adversidades sociais* produzidas pelos *loucos* que, às vezes, lotavam as cadeias públicas. Em 1898, as comoções vinculadas às preocupações da população diante do medo que os afligiam levaram à criação do Hospício de Juqueri, no estado de São Paulo. A instituição foi construída por Franco da Rocha após demorados períodos de negociações políticas.

Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até a década de 1960, a assistência psiquiátrica no Brasil foi marcada por um modelo centrado quase exclusivamente na internação compulsória em hospitais psiquiátricos públicos. Heitor Resende (1987), em sua análise histórica sobre as políticas de saúde mental no país, destaca que, com o golpe militar de 1964, a psiquiatria passou a adquirir o status de prática assistencial de massa, especialmente a partir da MERCANTILIZAÇÃO DA LOUCURA**;** viabilizada pelos convênios firmados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967.

A partir desse contexto, a psiquiatria institucionalizada transformou-se em um negócio altamente lucrativo, sustentado por um poderoso lobby que resistia (e ainda resiste) a qualquer tentativa de mudança no modelo vigente. Assim, consolidou-se um sistema hegemônico, HOSPITALOCÊNTRICO e EXCLUDENTE**,** baseado na segregação e na cronificação do sofrimento psíquico.

Delgado (1992), em *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, aponta que a consolidação da estrutura manicomial durante a Era Vargas fez parte de um projeto reformista do Estado, voltado para o controle e normatização dos

corpos desviantes. Já Resende (2001) argumenta que a palavra *exclusão* é a que melhor define e sintetiza a política de assistência em saúde mental ao longo do século XX, marcada por práticas de segregação e isolamento. Ainda segundo o autor, já nos primeiros anos desse século, destacam-se contribuições importantes como as do Dr. Ulisses Pernambucano, considerado um dos precursores da psiquiatria social no Brasil. Na mesma linha de pensamento, nos anos 1920, o Dr. Osório César, influenciado pela psiquiatria junguiana, passou a utilizar a expressão artística como recurso terapêutico no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, revelando novas possibilidades de abordagem do sofrimento psíquico fora da lógica exclusivamente medicalizante.

Seguindo essa mesma linha de mudanças, temos o importante trabalho da psiquiatra Nise da Silveira e o Museu de Imagens do Inconsciente nos anos 40, seguido de experiências relevantes de comunidades terapêuticas desenvolvidas em vários estados brasileiros, em especial São Paulo e Rio Grande do Sul, nos anos 60 e 70. Diversas experiências pontuais localizadas pelo país, realizadas ao longo do século XX, na tentativa de humanizar o atendimento no modelo hegemônico, serviram de reflexão para a produção de pequenas mudanças.

Outra questão relevante, o início do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser considerado contemporâneo à eclosão do Movimento Sanitário, no auge da década de 1970. Ambos os movimentos expressaram um forte desejo de transformação dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com ênfase na defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços e na valorização do protagonismo de trabalhadores e usuários nos processos de gestão e na produção de tecnologias de cuidado. Embora compartilhe princípios, ações e experiências com a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica tem a trajetória própria, vinculada a movimentos internacionais que visavam à superação da lógica asilar e da violência institucional contra pessoas em sofrimento psíquico.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), fundado durante a ditadura militar, lançou, em 1987, em seu II Encontro (conhecido como Congresso de Bauru), a utopia reformista *Por uma Sociedade sem Manicômios*, que significava construir novos aspectos sociais e culturais para lidar com a considerada insanidade. Sabe-se que não almejavam a *cura da loucura*, ao contrário, a intenção era dar as

condições e possibilidades para a produção da vida humanzada. Desinstitucionalizar a loucura representaria acreditar na reinvenção dos seus modos de continuar na vida fora dos muros do manicômio.

Para sustentar políticas de amparo aos internos dos manicômios, na década de 1980, principalmente tendo como referência a Reforma Psiquiátrica Italiana e o otimismo em relação à redemocratização brasileira, buscava-se criar as condições necessárias para modificar a lógica fundadora do dispositivo alienista pineliana. Pode-se afirmar que esse era o cenário em que, em 1987, foi fundado, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Luís Cerqueira) e marca o avanço significativo na direção de assistência em saúde mental de base comunitária. Mais de uma década depois, esse movimento foi consolidado com a promulgação da Lei nº 10.216/2001[3], que estabeleceu diretrizes para a substituição das internações psiquiátricas por serviços abertos. A lei propôs a criação de dispositivos que evitassem hospitalizações, acolhessem os egressos dos hospitais psiquiátricos e ofertassem atendimentos intensivos às pessoas em sofrimento psíquico e priorizar o cuidado em liberdade.

O CAPS em território nacional é regulamentado principalmente pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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).

Podemos dizer que os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas em sofrimento psíquico com o objetivo de estimular a integração social e familiar dos seus usuários, como também apoiá-los na busca de autonomia; outro aspecto relevante é a abordagem nos determinantes sociais da saúde. Os Centros devem assumir enfoque biopsicossocial e considerar não apenas os aspectos biológicos e psicológicos, mas os fatores sociais e ambientais que influenciam a saúde mental.

Buss e Pellegrini Filho (2007), em suas análises sobre a saúde e seus determinantes sociais, direcionam suas reflexões para a perspectiva da saúde ampliada, conforme definida nos preceitos da Conferência de Ottawa (1986), que enfatizou a

[3] A Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, estabeleceu normas que regulam os direitos das pessoas com transtornos mentais e os tipos de internação psiquiátrica.

importância de condições de vida dignas, acesso a recursos essenciais e apoio social para a promoção da saúde. As autoras Ramminger e Brito (2011), em *Cada Caps é um Caps: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental,* afirmam que os CAPS visam o atendimento em regime de atenção diária na tentativa de criar e efetivar projetos terapêuticos personalizados, promover a inserção social dos usuários por meio de ações que envolvam diversos setores, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica e supervisionar as unidades hospitalares psiquiátricas do território.

Segundo Ribeiro (2004), ao dissertar sobre a criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo, nos anos 1980, existiram diversas experiências regionais que contribuíram para a construção de proposta nacional de serviços antimanicomiais, como: "[...] a Casa da Palmeira no Rio de Janeiro; os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos (SP); os Centros de Convivência, em São Paulo (SP); a Pensão Nova Vida, Rio Grande do Sul, entre outros" (Ribeiro, 2004, p. 95).

Integraram-se a esse processo as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), que tiveram papel decisivo na crítica e reformulação das políticas de saúde mental no Brasil. A I CNSM, realizada em 1987, questionou o modelo assistencial hospitalocêntrico, classificando-o como dispendioso, ineficaz, segregador e violador de direitos humanos. Já a II CNSM, em 1992, reafirmou essas críticas e consolidou o compromisso com a substituição gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede territorializada, integrada e comunitária de atenção psicossocial.

Dando continuidade às propostas das conferências anteriores, a III CNSM, realizada em 2001, teve como tema a Reorientação do Modelo Assistencial. Essa edição consolidou um modelo de atenção em saúde mental pautado pela ética, pela qualidade do cuidado e pelo controle social, atribuindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um papel estratégico na superação do paradigma manicomial.

Observa-se que apesar das dificuldades enfrentadas na consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, sobretudo em razão das resistências impostas pela cultura manicomial ainda presente, diversas experiências antimanicomiais têm produzido resultados importantes, promovendo a autonomia e a inclusão social.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam função central no desenvolvimento dessas práticas, embora não sejam os únicos dispositivos responsáveis por sua implementação. Yasui (2010), por exemplo, considera que a Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou o surgimento de novos equipamentos de atenção em saúde mental e inclusão social, sobretudo com experiências inovadoras na perspectiva da clínica, da ética, da solidariedade, da cidadania, da produção de vida e da invenção da saúde. Foram criados novos instrumentos que procuram trabalhar na perspectiva da economia solidária, como as Cooperativas e Associações de Usuários de Saúde Mental.

Sabe-se que, a partir da década de 80, as cooperativas sociais expandem o seu potencial internacional; no contexto nacional, porém, as discussões eram ainda limitadas. Segundo Nicácio, Mangia e Ghirardi (2005), em pesquisa sobre projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem, em 1994, foi proposto um projeto de lei[4] para a criação de cooperativas e para regulamentar a inserção de pessoas em situação de desvantagem social no mercado de trabalho. Por exemplo, indivíduos com transtornos mentais, físicos e sensoriais, dependentes químicos, egressos de sistema prisional, idosos de suporte social restrito, adolescentes. A proposta de Lei tramitou no Congresso Nacional, sendo alterado e promulgado em 1999.

Economia Solidária e saúde mental: fundamentos para a Atenção Psicossocial

A Economia Solidária (Ecosol) surgiu no final do século XX como uma proposta de organização autogestionária do trabalho e da produção, baseada em práticas coletivas voltadas à busca de novos caminhos para a inclusão social e o desenvolvimento territorial. Estruturada nos princípios da autogestão, da cooperação e da solidariedade, caracteriza-se pela igualdade entre os membros e pela promoção de relações de trabalho socialmente justas. Segundo Medeiros e Medeiros (2007), a Ecosol rompe com a lógica capitalista, fundamentada na competição, no individualismo e na primazia do capital sobre o trabalho humano, ao adotar valores e princípios que visam o bem-estar dos trabalhadores, assegurando-lhes poder de decisão e corresponsabilidade na gestão dos empreendimentos.

[4] Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.

Andrade (2008), em suas reflexões sobre saúde mental e atenção psicossocial, aponta que o marco histórico do movimento da Economia Solidária (Ecosol) no Brasil foi o encontro realizado em 2000, na cidade de Mendes, no Rio de Janeiro. O evento teve como pauta central as experiências de economia popular e autogestão, reunindo cooperativas, associações, sindicatos e instituições de diversos países da América Latina e da Europa. Esse encontro representou passos decisivos para a criação do Grupo de Trabalho Brasileiro de Economia Solidária, formalizado no ano seguinte, em 2001, durante o Fórum Social Mundial (FSM), realizado em Porto Alegre.

Outro marco importante foi a I Plenária Nacional da Economia Solidária, realizada em 2002, na cidade de São Paulo, onde foi elaborada a Carta ao Governo Lula[5]. A flexibilização, a redução dos salários dos trabalhadores e a instabilidade dos empregos fizeram com que a Ecosol se desenvolvesse como possível alternativa, podendo recuperar o "valor atribuído à democracia e à igualdade dentro dos empreendimentos, a instância na autogestão e o repúdio ao assalariamento" (Singer, 2002, p.111).

Para Martins (2007), ao dissertar sobre a relação entre saúde mental e economia solidária, afirma que um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica é a valorização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. No entanto, a inserção direta no mercado formal nem sempre promove autonomia ou bem-estar; podendo, ao contrário, gerar sofrimento psíquico. Isso ocorre porque várias empresas, pautadas por valores capitalistas, estruturam-se de forma hierárquica e incentivam a competitividade entre os trabalhadores. Em contraposição, a Economia Solidária surge como alternativa ao individualismo do modelo capitalista, promovendo relações horizontais, cooperação e humanização. Nesse contexto, suas premissas apresentam-se como estratégia relevante para a geração de renda aliada ao cuidado com a saúde mental.

Importa-nos ressaltar que a primeira experiência de cooperativa com a inclusão de usuários com sofrimento mental foi criada na década de 1970, no manicômio de San Giovanni, em Trieste, na Itália. De acordo com Nicácio, Mangia e Ghirardi (2005), no

[5] A Carta propunha que a *Economia Solidária* poderia ser utilizada como estratégia política de desenvolvimento do país e propunha a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária, o que veio a acontecer em 2003, tornando essa economia fortalecida e divulgada, mediante políticas públicas integradas.

artigo intitulado *Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas*, o objetivo da Cooperativa Lavoratori Uniti, criada na primeira experiência documentada, era a valorização do trabalho das pessoas que se encontravam internadas, ex-internos, hóspedes e trabalhadores da cidade. Essas ações foram juridicamente reconhecidas, em 1974, com o desenvolvimento de serviços de limpeza dentro do próprio hospital.

No Brasil, em 2004, foi realizado o primeiro Encontro Nacional de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), período em que também ocorreu a promoção conjunta, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, da primeira Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental. Naquela ocasião, foram identificadas cento e cinquenta e seis (156) iniciativas de geração de renda formadas por pessoas em sofrimento mental.

Dessa experiência, constatamos que a formação inicial de empreendimentos solidários apresenta dificuldades e precisa de incentivo constante até sua autonomia, visto que o mercado de trabalho faz parte de um sistema competitivo e, ao mesmo tempo, desigual, impondo dificuldades para os empreendimentos solidários competirem no mercado formal. No caso de iniciativas de usuários dos serviços de saúde mental, a desvantagem pode ser ainda maior devido às limitações impostas pelos rótulos, efeitos colaterais dos medicamentos, baixa autoestima, além do empecilho da família pelo medo de que o usuário perca o benefício, o auxílio-doença.

Segundo Babinski e Hirdes (2004), em *Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul*, a atenção oferecida nos CAPS deveria ser constantemente reinventada, com foco nas necessidades dos usuários e na promoção de seu protagonismo como parte essencial do processo terapêutico. Entretanto, observa-se que, em muitos casos, os usuários seguem sendo tutelados, infantilizados e até mesmo institucionalizados dentro desses serviços. Dessa forma, os CAPS, cuja proposta original é justamente se contrapor às práticas manicomiais, acabam, por vezes, reproduzindo-as sob o manto de um discurso antimanicomial.

Nesse contexto, a Ecosol surge como um instrumento estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, ao promover a autonomia e o protagonismo dos

usuários, sobretudo frente aos desafios da geração de renda. Participar de suas práticas possibilita às pessoas em sofrimento psíquico e historicamente excluídas, não apenas acessar fontes de renda, mas fortalecer sua reabilitação psicossocial, a inclusão social e relações com diversas redes de pertencimento.

Na busca pela consolidação da metodologia do método proposto, procuramos adotar um conjunto de estratégias graduais de inserção no campo, fundamentadas na escuta sensível, na observação participante e na construção de vínculos com os sujeitos envolvidos. Tal perspectiva metodológica compreende o campo não apenas como espaço de coleta de dados, mas como território relacional, atravessado por dimensões históricas, culturais, políticas e afetivas.

Dessa forma, a aproximação com os participantes do CAP I de Paranaíba (MS) ocorreu de maneira processual, com respeito aos seus tempos, dinâmicas e especificidades do grupo. Essa metodologia privilegiou as relações dialógicas, a valorização dos saberes locais, entendida como elemento constitutivo do próprio processo investigativo e interventivo.

Vivência de estágio no CAPS I: perspectivas e aprendizados

O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Paranaíba (MS) foi fundado em 2001, sendo o primeiro e único serviço dessa natureza no município, localizado na região leste do estado de Mato Grosso do Sul. Sua estrutura física apresenta limitações, com espaços reduzidos e adaptados para o funcionamento das atividades. Os ambientes estão distribuídos em: uma (01) sala destinada ao atendimento do médico psiquiatra; uma (01) sala administrativa que também abriga a diretoria; um (01) consultório compartilhado por psicólogos e pela assistente social; uma (01) sala destinada às atividades dos oficineiros; e uma (01) área de serviço. Complementam a estrutura uma (01) farmácia, uma (01) cozinha e um (01) almoxarifado, que, embora essenciais ao funcionamento do serviço, também operam em espaços restritos, o que evidencia a necessidade de melhorias na infraestrutura para garantir maior qualidade no atendimento e nas condições de trabalho da equipe.

A instituição está instalada em imóvel adaptado, com características semelhantes às de residência familiar, o que impõe diversas limitações quanto à infraestrutura e à capacidade de acolhimento à saúde. Em dias de consulta, muitos usuários aguardam atendimento em pequena sala de espera ou em cadeiras dispostas sob barraca improvisada na entrada do local, posicionada próximo a árvore frondosa que oferece sombra e algum conforto.

O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 6h às 16h, e conta com a equipe multidisciplinar composta por quatorze (14) profissionais: técnico administrativo, técnico de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, psicólogo, médico psiquiatra, oficineiros, terapeuta ocupacional e a coordenadora da unidade. Esses profissionais atuam de forma integrada na oferta de cuidados, acolhimentos e encaminhamentos necessários aos usuários.

No período de estágio, em 2024, em torno de trezentos (300) usuários estavam cadastrados no serviço, embora aproximadamente quarenta (40) participavam regularmente das oficinas; sendo a maioria composta por mulheres. A procura pelo serviço apresenta um padrão: enquanto as mulheres buscam atendimento majoritariamente por transtornos mentais (depressão), os homens o fazem, quase exclusivamente, por questões relacionadas ao uso de álcool ou outras drogas.

No que se refere à metodologia e ao planejamento de trabalho, a instituição adota o conceito de clínica ampliada, por considerá-lo mais abrangente na compreensão do processo saúde/doença. Essa abordagem busca integrar diferentes saberes, promovendo a articulação entre os conhecimentos técnicos dos profissionais e os saberes populares trazidos por usuários e familiares. O acolhimento é entendido como estratégia fundamental para facilitar a organização dos fluxos de cuidado e fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários na constituição de relações mais humanas, horizontais e efetivas no contexto do cuidado em saúde mental.

O CAPS I de Paranaíba (MS), em consonância com suas responsabilidades, busca acolher a ampla diversidade de demandas que lhe são encaminhadas, abrangendo o atendimento a diferentes faixas etárias e contextos sociais. Todos os usuários assistidos são residentes do próprio município, tanto a zona urbana quanto a área rural e os distritos, cuja população total não ultrapassa quinze mil (15.000) habitantes.

As oficinas terapêuticas configuram-se como importantes espaços de socialização entre os usuários. Nos momentos de estágio foi possível observar participantes sonolentos, possivelmente em decorrência dos efeitos colaterais do uso contínuo de medicamentos. As atividades desenvolvidas são variadas, como teatro, crochê, pintura, entre outras; e promovem ambiente potencialmente socializador. Outra prática recorrente é a pintura de desenhos previamente impressos que, após serem coloridos pelos usuários, são expostos em um quadro branco na parede da sala de oficinas. Tais ações são consideradas como a valorização da produção artística individual e incentivam a expressão subjetiva, fortalecendo os vínculos e a autoestima dos participantes.

Alguns funcionários, quando questionados acerca do diagnóstico mais frequente entre os usuários do serviço, responderam que a maioria sofre de depressão nos mais variados graus. A instituição recebe demandas de mulheres vítimas de violência doméstica e, atualmente, existe a crescente demanda de adolescentes que buscam o atendimento por uso de drogas ilícitas.

Logo nas primeiras práticas de estágio, direcionamos nossa atenção para os usuários que realizam atividades nas oficinas. Para os registros dos fenômenos que ocorreram durante a experiência de formação, utilizamos fichas de registros elaboradas de acordo com as nossas observações e impressões; em seguida, digitalizamos e armazenamos as informações no computador.

Realizamos um diagnóstico situacional e institucional, conforme os pressupostos de Bagatin (2021), não com a finalidade de avaliar o serviço, mas com o propósito de nos aproximarmos da linguagem, das relações, do cotidiano e das motivações dos usuários. Esse processo metodológico envolveu observações, entrevistas com profissionais e diálogos com os próprios usuários.

Nas Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos CAPS, elaboradas pelo Conselho Federal de Psicologia (2022), encontramos algumas ações que poderiam ser desenvolvidas por psicólogos, tais como: “acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social[6], dentre outras” (CFP, 2022, p. 85).

[6] Grifo nosso

Essas informações reforçaram as impressões obtidas durante o diagnóstico situacional e institucional, especialmente quanto à necessidade de idealizarmos atividades voltadas para a reinserção social, a geração de renda e o fortalecimento do protagonismo dos usuários. Nossas inquietações a esse respeito foram valorizadas nos momentos de supervisão de estágio. A partir dessas reflexões, identificamos que as ações a serem desenvolvidas no Plano de Intervenção deveriam ter como eixo central a Economia Solidária, cujos fundamentos têm se mostrado potentes na promoção da inclusão social por meio do trabalho.

Um dos principais elementos identificados no diagnóstico situacional e institucional foi a potencialidade dos usuários na produção de diversos itens artesanais, como panos de prato, bonecas, tapetes, temperos, pães, polpas de frutas, entre outros produtos com potencial de comercialização. Muitos desses itens são produzidos nas oficinas do CAPS, enquanto outros são confeccionados em casa, de forma individual, como uma estratégia de complemento de renda.

Dessa forma, direcionamos nossos estudos à construção e ao aprofundamento dos diálogos entre Saúde Mental e Economia Solidária. Foram realizadas seis reuniões: a primeira com a equipe multidisciplinar, a segunda com os oficineiros, e as demais com os usuários, com o objetivo de apresentar e discutir nossa proposta de trabalho fundamentada nos princípios da Economia Solidária.

Para estimular a participação dos usuários nas propostas relacionadas ao tema, optamos por utilizar dinâmicas de grupo, reconhecendo seu papel fundamental como ferramenta de socialização. Essas atividades favorecem a interação, o reconhecimento mútuo e o fortalecimento dos vínculos entre os participantes. Ao aliarem elementos lúdicos e reflexivos, contribuem para a construção de um ambiente de confiança e cooperação, aspectos essenciais para o fortalecimento de iniciativas coletivas.

Sendo assim, nossos estudos foram dirigidos para a construção e desdobramentos de diálogos entre Saúde Mental e Economia Solidária. Realizamos seis (06) reuniões, a primeira com a equipe multidisciplinar e a segunda com os oficineiros e as outras com os usuários para apresentarmos nossa proposta de trabalho acerca dos fundamentos da Ecosol.

No encontro, realizado com a equipe multidisciplinar do CAPS I, procuramos ouvir os profissionais envolvidos na dinâmica dos atendimentos. E apresentamos nosso plano de trabalho fundamentado na Economia Solidária contribuições fundamentais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, pois atua como ferramenta de reabilitação psicossocial para tratamento clínico tradicional. Também foi ressaltado é possível promover a inclusão social, a geração de renda e a cidadania de pessoas com transtornos mentais; pois coloca-as no lugar de sujeitos produtores de vida e não apenas pacientes.

A coordenadora do CAPS ressaltou a necessidade dessa abordagem no atendimento aos usuários e acrescentou, durante a formação, que os diferentes setores do Estado de Mato Grosso do Sul já haviam solicitado a incorporação dessas reflexões na instituição, fundamentadas na valorização do ser humano, na autogestão e na cooperação.

Aplicamos a primeira dinâmica de grupo como nome *Entrelaçando Fios* e promovemos debate aberto sobre o tema *Economia Solidária e sua utilização como estratégia de inclusão social*. A dinâmica, realizada no segundo encontro, simbolizava a importância da interconexão entre as pessoas para o fortalecimento das relações sociais e o êxito nas interações coletivas. Já o debate possibilitou reflexões sobre princípios como autogestão, democracia, solidariedade, cooperação, respeito ao meio ambiente, comércio justo e consumo solidário.

As discussões mencionadas se mostraram alinhadas com a urgência de enfrentar os obstáculos sociais e culturais vivenciados cotidianamente por pessoas em sofrimento mental. Também adotamos a metodologia dos diálogos abertos com o objetivo de escutar, acolher e criar redes de ideias, promovendo um espaço participativo e respeitoso para a expressão de todos.

No encontro seguinte, propusemos a dinâmica de grupo intitulada *A Fábrica de Sapatos*, na qual os usuários vivenciaram, de forma lúdica e reflexiva, a realidade de uma fábrica tradicional organizada sob o modelo de gestão fordista. Nessa simulação, os trabalhadores são tratados como peças substituíveis, com a única função de obedecer às ordens, sendo submetidos à exploração física e mental.

A dinâmica reproduziu o processo produtivo capitalista, permitindo que os participantes assumissem os papéis de patrão e operários. Todos se engajaram ativamente

na atividade e, ao final, estabeleceram conexões entre as características da economia solidária e os contrastes presentes no modelo de produção capitalista. A experiência suscitou reflexões importantes sobre relações de trabalho, autonomia e cooperação.

Para as atividades que ocorreram semanalmente, sobretudo no quarto encontro, consideramos os percalços que viriam e procuramos dar sentido para o estabelecimento de trabalho cooperativo, participativo e democrático em processos decisórios e de autogestão. Para esses encontros, provocamos reflexões para verificar a potencialização do protagonismo diante da temática e a possibilidade de iniciarmos uma Feira da Economia Solidária como forma de interação e prática de alguns princípios já discutidos.

Com a dinâmica *concordo, não concordo, tanto faz*, tivemos como o objetivo estimular reflexões críticas diante de situações que exigem posicionamentos coerentes e bem fundamentados. Todos os participantes se engajaram na atividade, embora alguns tenham demonstrado certo desconforto ao justificar suas escolhas frente a situações sociais fictícias, elaboradas justamente para provocar debates sobre temas como consumo, bem coletivo, meio ambiente e expectativas em relação a um mundo mais justo.

As justificativas apresentadas, em sua maioria, revelaram fundamentos éticos e valores voltados ao cuidado com o outro; um princípio central da Economia Solidária. Ao contrário dos modelos centrados na lógica do lucro e da competitividade, a Economia Solidária valoriza a colaboração, a justiça social, o respeito mútuo e o desenvolvimento sustentável, princípios que orientam suas práticas e moldam as relações interpessoais e produtivas.

O foco desse encontro foi justamente fortalecer o protagonismo dos usuários, promover a socialização das opiniões individuais, ampliar a noção de democracia e discutir valores fundamentais aos empreendimentos solidários. Ao final da atividade, aproveitamos o momento para organizar os materiais que seriam expostos e comercializados na Feira da Economia Solidária, programada para o final de 2024. As tarefas foram divididas entre os participantes, que se comprometeram com a montagem da barraca e o atendimento ao público durante o evento.

No quinto encontro, animados com o envolvimento coletivo, o momento da divisão de tarefas foi marcado por sorrisos e descontração entre os usuários. Duas participantes demonstraram receio de não conseguirem desempenhar suas funções, mas

rapidamente se sentiram acolhidas e apoiadas pelo grupo. Nesse momento, observamos que sofrimento e prazer são dimensões inseparáveis na trajetória de enfrentamento de desafios naqueles que vivem sob riscos e pressões emocionais constantes, seja no contexto familiar ou social. Atentamo-nos que as experiências agradáveis de acolhimento e pertencimento influenciam de forma significativa as relações afetivas, de trabalho e melhoram as condições de vida das pessoas em sofrimento.

Verificamos que todos demonstraram entusiasmo com a iniciativa e disposição para colaborar com o que fosse necessário na realização da 1ª Feira de Economia Solidária do CAPS I de Paranaíba (MS). Durante a dinâmica de organização das tarefas, identificamos como principais desafios a compreensão de como os usuários realizam suas atividades, quais ações podem transformar o curso do sofrimento e de que maneira esse sofrimento pode ser ressignificado, especialmente com o apoio do outro; convertendo-se em força criativa e em condição favorável à promoção da saúde.

No dia do evento, realizamos o sexto encontro finalizado com a 1ª Feira de Economia Solidária do CAPS, os oficineiros participaram ativamente na montagem da tenda e na organização da exposição. Distribuíram os produtos em varais de forma cuidadosa e inventiva; sendo apresentados os itens confeccionados pelos próprios usuários durante as oficinas realizadas na instituição, com o propósito de serem comercializados na mostra.

O evento contou com a visita da comunidade de Paranaíba (MS), que prestigiou a iniciativa por meio da aquisição de produtos e manifestações de apoio, destacando a relevância das ações desenvolvidas. Embora todos os produtos expostos tenham sido feitos por usuários do CAPS, a maioria foi confeccionada de forma individual, sem a adoção de práticas cooperativas ou colaborativas durante o processo produtivo.

De modo geral, observou-se que a solidariedade se fez mais presente no momento da comercialização do que na fase de produção. A feira representou a etapa significativa no processo de amadurecimento do grupo, sobretudo ao fortalecer o protagonismo dos usuários, promover o reconhecimento social e estimular práticas de trabalho colaborativo, autônomo, inclusão social e bem-estar.

Reflexões e implicações da prática de estágio no CAPS I

A experiência de estágio no CAPS I nos proporcionou inúmeras ocasiões favoráveis de observação e participação da Psicologia no campo da saúde mental. Compreendemos que os momentos de vivência na instituição nos revelaram desafios permeados de potencialidades que serviram de base para a análise aqui apresentada e fundamentada em estudos acadêmico.

Alves, Santos e Alves (2019), em *Proposta de estágio supervisionado na área de psicologia com enfoque na saúde,* ressaltam a importância da imersão em práticas reais para a formação de psicólogos, pois elas permitem a aplicação dos conhecimentos e facilitam a aquisição de habilidades clínicas e a compreensão da complexidade do atendimento psicossocial.

Dessa forma, a experiência no CAPS I de Paranaíba (MS) promoveu a nossa imersão em um contexto social específico, levando-nos a reflexões e vivências a partir da escuta qualificada, análises, diagnósticos situacionais e institucionais, conduzindo-nos à elaboração de plano terapêutico grupais e outros.

Identificamos que um dos principais desafios enfrentados durante o estágio foi a precariedade da infraestrutura física do serviço. Os espaços disponíveis são bastante limitados, com cômodos pequenos e inadequados para a diversidade de atividades desenvolvidas. Essa limitação exige, com frequência, o revezamento entre os profissionais e estagiários, de modo a garantir a realização das ações previstas e o atendimento minimamente adequado aos usuários. A carência de ambientes apropriados restringe, por exemplo, a realização simultânea de atividades individuais e grupais; gera a sobreposição de demandas e dificulta a organização das rotinas. Além disso, impacta diretamente no bem-estar de todos os envolvidos e reforça a necessidade de investimentos públicos consistentes que priorizem a humanização do cuidado e a valorização dos espaços onde se constroem práticas de cuidado em saúde.

Entretanto, nossos estudos demonstraram que a realidade mencionada não é exclusiva de Paranaíba (MS). Dimenstein (1998), ao analisar a atuação de psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde, já apontava diversas deficiências estruturais e a escassez de profissionais, configurando desafios persistentes nos serviços de saúde mental no Brasil. No CAPS I de Paranaíba (MS), tais dificuldades são evidentes e reflete na falta de

comodidade tanto para usuários quanto para os profissionais, o que pode comprometer a qualidade dos atendimentos e o sucesso das intervenções terapêuticas.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos desafios enfrentados na implementação de exercícios e promoção da reinserção social dos usuários e, sobretudo, a humanização dos atendimentos como aspectos centrais de práticas observadas em diversos CAPS brasileiros. As nossas atividades, fundamentadas na economia solidária e apresentadas aos usuários, mostraram-se eficazes na tentativa de promover a inclusão social e a redução do estigma associado aos transtornos mentais. Além do mais, as iniciativas nos permitiram compreender o ser humano em sua complexidade nas dimensões biológica, psicológica e social.

Conforme os resultados da pesquisa de Buss e Pellegrini Filho (2007) sobre a saúde e seus determinantes sociais, a abordagem biopsicossocial proposta para ser adotada pelos CAPS é essencial para a promoção da sanidade mental, pois considera os determinantes sociais do bem-estar e busca melhorar as condições de vida dos usuários em diversos contextos.

A utilização da Ecosol como aliada da Reforma Psiquiátrica favoreceu discussões e reflexões perante as propostas de organização autogestionária do trabalho e da produção de materiais; envolvendo práticas coletivas em busca de novos procedimentos de inclusão dos indivíduos e desenvolvimento territorial. Para Martins (2007), esses procedimentos podem ser compreendidos como principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica por considerar a potencialização do trabalho como instrumento de inserção social dos usuários do serviço e a ampliação do acesso à renda.

No que diz respeito à equipe, identificamos certa resistência, por parte de alguns profissionais, em adotar práticas inovadoras baseadas nos princípios da Ecosol. A experiência de estágio revelou-nos a necessidade de reavaliar as concepções que muitos ainda mantêm sobre as pessoas com transtornos mentais, muitas vezes restritas ao modelo biomédico. Antunes e Queiroz (2007) destacam que a predominância desse paradigma, observada em suas pesquisas e em outros serviços, revela a hegemonia do saber médico e das demandas originadas por esse profissional. Essa lógica contribui para a manutenção de práticas centradas na patologia, que dificultam a construção de abordagens mais amplas e emancipatórias.

Nunes et al. (2008) destacam que, mesmo em dispositivos abertos como os CAPS, alguns profissionais ainda reproduzem práticas institucionalizantes. Superar essa lógica exige ressignificar o papel dos serviços e dos profissionais, com abertura para sair da zona de conforto e valorizar saberes populares e experiências comunitárias. Desse modo, vivenciar novas formas de cuidado e estabelecer vínculos a partir da escuta sensível e do respeito às singularidades revelou-se fundamental para a construção de práticas mais humanas e transformadoras. Assim, a abordagem mencionada amplia o cuidado para além do modelo biomédico e torna-o em prática ética e política voltada à dignidade, ao acolhimento e à inclusão social.

Considerações finais

O estágio realizado no CAPS I de Paranaíba (MS) proporcionou vivências fundamentais, aprendizado significativo e a ampliação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação acadêmica. Os elementos mencionados revelaram-se essenciais para a atuação profissional, sobretudo no desenvolvimento da escuta qualificada e na capacidade de manejo diante das diversas situações que permeiam o campo da saúde mental.

Para alcançar os objetivos propostos em nosso trabalho, foi necessário refletir sobre a reinvenção das práticas psicológicas, o que nos levou a escolher métodos fundamentados tanto em nossas experiências quanto na necessidade de transcender os conhecimentos prévios. Com isso, buscamos construir ações voltadas para a inclusão social por meio do trabalho coletivo, em vez de nos restringirmos à lógica da cura de doenças.

Nesse contexto, desenvolvemos ações orientadas pelos princípios da Economia Solidária, em consonância com os propósitos da Reforma Psiquiátrica. No entanto, observamos certa resistência por parte da equipe, possivelmente relacionada à cultura institucional vigente, que tende a perpetuar relações de dependência, nas quais os usuários depositam não apenas seus sofrimentos, mas também suas expectativas e esperanças.

Apesar das limitações estruturais e da resistência a mudanças, a experiência de estágio evidenciou o empenho da equipe do CAPS I de Paranaíba (MS) em oferecer atendimentos qualificados e humanizados. As observações realizadas durante o período

apontaram para a necessidade de implementação de políticas públicas que assegurem condições dignas de trabalho e incentivem a formação continuada dos profissionais de saúde mental.

Em síntese, outras experiências de estágio podem ampliar e aprofundar as reflexões aqui apresentadas, sendo fundamentais para o fortalecimento de atenção cada vez mais eficaz, integrada e humanizada, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As aprendizagens construídas ao longo da vivência de estágio destacaram a importância da formação prática e crítica na preparação de futuros psicólogos para os desafios complexos do campo da saúde.

Referências

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

____, Paulo. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Marcia Campos *et al.* Saúde mental e economia solidária: relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho. In: **IV NESOL – Núcleo de Economia Solidária da USP**, 2008. Disponível em: <http://www.unitrabalho.uem.br/artigos/pdf9.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ANTUNES, Sonia Maria Martins Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 1, p. 207-215, 2007. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3425/6930>. Acesso em: 11 de dez. 2024.

ALVES, Railda Sabino Fernandes; SANTOS, Gabriella Cézar dos; ALVES, Fernanda Tássia Fernandes. Proposta de estágio supervisionado na área de psicologia com enfoque na saúde. **Laplage em Revista,** v. 5, n. 1, p. 180–192, 2019.

BAGATIN, Thiago de Sousa. Ensino de psicologia para atuação em políticas públicas: formação técnica para além do tecnicismo. In: BARROCO, Sônia Mari Shima; IBETTI, Marli Lúcia Tonatto; FACCI, Marilda Gonçalves Dias. (Org.). **Psicologia e docência no ensino superior**: formação e atuação de professores. 1ed.Maringá: Eduem, 2021, p. 37-56.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental**. CAPS. Brasília: 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1>. Acesso em 10/12/2024.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto** – ENFERM, Florianópolis, v. 13, n. 4, dez. 2004.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARVALHÃES, André Gonçalves. **O lugar do trabalho solidário na Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 17/12/208. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS** — Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. Brasília: CFP, 2O22.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia,** Natal, RN, v. 3, n. p. 53-81, 1998.

DELGADO, Paulo Gilberto. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, R. C. A. **Saúde Mental e Economia Solidária**: Inclusão Social pelo Trabalho. In: Coordenação Nacional de Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://sites.poli.usp.br/p/augusto.neiva/nesol/Publicacoes/Anais%20%20Grava%E7%E3o/arquivos%20III%20Encontro/Tra-1.htm>. Acesso em: 06 de nov.

MEDEIROS, A. D. de; MEDEIROS, A. C. D. de. **Relações de trabalho na economia solidária:** novas formas de pensar e agir. 2007. Disponível em: <http://www.asbraer.org.br/Documentos/Biblioteca/rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20t>. Acesso em: 5 de nov. 2024.

NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019>. Acesso em: 12 de dez. 2024.

NICÁCIO, F.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo. v.16 n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S141510420050002000003&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de nov. 2024.

OLIVEIRA, F. B. de. et al. Reconstruindo novos paradigmas do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8 n. 4, p. 919-26, abr. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/9761/9887>. Acesso em: dez. 2025.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. . "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, 23 (spe.), 150-160, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a18v23nspe.pdf >. Acesso em: 5 de dez. 2024

RESENDE, Heitor. "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: TUNDIS S. A.; COSTA N. R. (Org). **Cidadania e loucura** – políticas de saúde mental no Brasil. 7ª Edição Petrópolis: Vozes, 2001. p.15-75.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. (2010). Encontros e desencontros entre Psicologia e Política**:** formando, deformando e transformando profissionais de saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília 30 (4), 854-867, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000400014>. Acesso em: 12 de nov. 2024.

RIBEIRO, S. Luiz. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Psicologia: Ciência e Profissão. 2004.

SINGER, Paul. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abano, 2002.

YASUI, Silvio. **Plantadores de sonhos**: a Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. E-book.