



## **Política Nacional de Saúde Mental e Sobre Drogas no Brasil: reflexões etnográficas das práticas do cuidado e resistência da luta antimanicomial<sup>1</sup>**

Maycon Leandro da Conceição (UFSCar, São Paulo, Brasil)<sup>2</sup>

Nathália Gonçalves Zapparoli (SEDUC-SP, São Paulo, Brasil)<sup>3</sup>

**Resumo:** Esta pesquisa visa analisar o sofrimento psicossocial, práticas de cuidados e resistências antimanicomial nas margens urbanas em interface com as estratégias de desinstitucionalização das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Para fazê-lo, realizamos um estudo etnográfico nos Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas-SP e São Paulo-SP. Os dados foram sistematizados por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), dando ênfase em discursos que articulem as subjetividades, práticas e saberes e sintetizado em eixos norteadores: práticas de cuidado e cidadania; conflitos a judicialização da saúde; desdobramentos do neoliberalismo que acentuam a precarização do trabalho e assistência à saúde mental e desafios para o processo de desinstitucionalização por meio de itinerários nas cidades, que (re)produzem subjetivação e vulnerabilidades. Conclui-se, para os nossos interlocutores embora haja um certo consenso dos avanços da reforma psiquiátrica em promover mudanças das instituições psiquiátrica e política-institucional, sustentar ações antimanicomiais exigem resistências, um cuidado como uma micropolítica e enfrentamento ao racismo, LGBTfobia e gramáticas morais que aniquilam os corpos, sobretudo, das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização; Política Nacional de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira.

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia 2024.

<sup>2</sup> Doutorando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: mayconleandro819@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos. Professora da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo (SEDUC-SP). E-mail: ngzapa@hotmail.com

## **1. Introdução**

O presente trabalho visa analisar as políticas públicas de saúde e saúde mental, com o objetivo de propor diálogos acerca das possibilidades, disputas e desafios das estratégias de desinstitucionalização das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Mobilizados por essa questão, neste trabalho, partimos dos pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, onde “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001) em interface com os desdobramentos das ações do Estado para implementações de políticas-institucionais de saúde mental, como as construções de serviços de base comunitária e territorial ao invés do modelo asilar.

No que diz respeito a uma discussão sobre as práticas de cuidado e assistência voltados para as estratégias de desinstitucionalização no contexto brasileiro, um marco importante ocorreu com a aprovação da Lei Federal nº 10.708/2003, sendo constituições por um tripé de ações como o Programa de Redução de Leitos Hospitalares, o Programa de Volta Para Casa (PVC) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2004). Dessa forma, o PVC é um importante elemento de inclusão social, pois possibilitam a garantia de um auxílio-reabilitação no valor mensal de 500 reais, destinados para pessoas com experiência de institucionalização e em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Ressalta-se que além do PVC, muitos usuários são beneficiados também com o Benefício da Prestação Continuada (BPC), previstos pela Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (Brasil, 1993).

Em relação ao percurso de desospitalização e garantia de moradias na comunidade aberta, foram implementados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pela Portaria nº 106 de 2000, caracterizados como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade e em zonas urbanas, destinados ao cuidado para os sujeitos com experiências de crônico/grave (intensidade de sintomas) e/ou persistente (tempo de acometimento de um sofrimento psíquico) e sem suporte financeiro e/ou laços familiares (Brasil, 2000). Surgiram inicialmente com a proposta de desinternação somente de pessoas vindas dos hospitais psiquiátricos, mas em 2019 por meio da Nota Técnica do Ministério da Saúde, passaram acolher egressos dos manicômios judiciários- HCTP, das unidades de acolhimento transitório, indivíduos em situação de rua e até mesmo pessoas de sistemas carcerários prisionais.

De maneira a cumprir com os objetivos a que se propõe o trabalho, além desta introdução, existem mais cinco seções. Na segunda seção, apresentamos o arcabouço metodológico. Na terceira seção, apresentaremos o debate sobre o processo de desinstitucionalização articulados com as práticas de cuidados e os caminhos possíveis de inclusão social. A quarta seção apresentamos dados da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito nacional e das cidades propostas para o estudo. Já na quinta seção abordaremos os avanços, rupturas e desafios da Política Nacional de Saúde Mental. Por fim, tem-se nas considerações finais a síntese do que foi apresentado ao longo do texto.

## **2. Materiais e métodos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em andamento na Atenção Psicossocial, na capital paulista e na cidade de Campinas-SP, dentro dos quais: dois Caps de tipo III, seis Serviços Residenciais Terapêuticos e um CAPS Álcool e Drogas, iniciado no ano de 2022. Realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos profissionais de saúde. Até o presente momento, realizamos 15 entrevistas semiestruturadas, constituída por 3 gestores, 5 psicólogos(as), 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional e 2 acompanhantes de serviços residenciais. O perfil dos trabalhadores entrevistados é composto por dez mulheres e cinco homens, com idades entre 30 e 63 anos. Além do mais, realizamos um levantamento de dados secundários dos marcos legais das políticas públicas de saúde mental (Leis, Decretos e Portarias) no período de 2001 até 2024.

A cartografia escolhida em dois municípios justifica-se pelo pioneirismo da reforma psiquiátrica brasileira. Ou seja, na capital paulista foi inaugurado em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”, conhecido como CAPS Itapeva, primeiro Caps no Brasil, atualmente é administrado pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo e em parceria com a Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM-Afiladas). Em Campinas, a fundação do primeiro Caps na cidade ocorreu em 2000, o Centro de Atenção Psicossocial Estação (CAPS III), atualmente administrado pelo Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e por meio de um contrato de cogestão e única Organização Social de Saúde na cidade.

A observação participante concentra-se nos serviços intra-institucionais na Atenção Psicossocial e extra-institucionais, por meio de passeios socioculturais, lazer e os caminhos possíveis pela mobilização na cidade, saberes e percepção sobre o cuidado. Ressalta-se também a importância de um estudo em interface com a perspectiva da

interdisciplinaridade frente aos saberes e práticas do sofrimento psíquico e social. Segundo a antropóloga Cynthia Sarti, a pluralidade de distintos olhares e saberes no campo da saúde (Sarti, 2003; 2010), permitem compreender as questões sobre o corpo, saúde, adoecimento e, conseqüentemente, saberes locais sobre a “dor e sofrimento”, que são dinâmicas socioculturais e não somente como saberes biomédicos. Dito de outras formas, “a concepção do humano, o *anthropos*, construção necessariamente social e histórica, que está pressuposta nas diversas concepções e práticas que envolvem o corpo, a saúde e a doença, em qualquer âmbito da vida social, em qualquer tempo ou espaço” (Sarti, 2010, p.83, grifos da autora).

Os dados foram sistematizados por meio da técnica de pesquisa da Análise do Discurso (Bardin, 2016), constituídos pela pré-análise, exploração dos dados e levantamento bibliográfico e construções de categorias temáticas de análises. Para isso, enfatizamos discursos relativos aos saberes e práticas de cuidados em liberdade, corpo e subjetividades, transformações das instituições psiquiátricas brasileiras e, sobretudo, as possibilidades do direito à cidade das pessoas com experiência de sofrimento e adoecimento psicossocial.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores atuantes nas moradias e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Informamos que encaminhamos convites para todos os trabalhadores via e-mail, incluindo apresentação do estudo proposto em algumas reuniões gerais com os profissionais. Ressaltamos também que a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), instituição proponente, e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, instituição coparticipante, sob os números CAAE 5478.8121.8.00005504 e 54781221.8.0086, respectivamente.

### **3. Possibilidades, conflitos e desafios do cuidado em liberdade**

Precisamos fazer das moradias um lugar transitório, principalmente os usuários encaminhados dos hospitais de custódia, a ida para as moradias mesmo com todas as restrições, às vezes acaba, sendo uma extensão da pena. Já vem marcado por uma ação judicial. Tentamos negociar com o judiciário, essa questão a reforma psiquiátrica não enfrenta como deveria, a questão do Hospital de Custódia! Precisamos visitar antes de

chegar aqui, temos que colher um pouco mais de história, até mesmo para construir o caso no território, a pessoa só chega e temos que reconstruir do zero, acho nada democrático (Psicólogo, CAPS adulto tipo III).

Hospital não é coisa para ser viver não! Minha vontade era sair de lá. Vou te falar uma coisa: todo dia ajoelhava antes de dormir, quando acordava rezava para sair daquele inferno. Não comia o que gosto, não podia passear, às vezes estava em poucos passeios e eles tiravam e amarravam. (...) Eu passei uma vida difícil, eu passei uma vida bem difícil (Trecho de diário de campo, 2022).

Iniciamos a subseção com um discurso de um psicólogo no que se refere às novas diretrizes de desinstitucionalização dos egressos dos hospitais judiciários, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), n. 487/23 que implementa política manicomial no Judiciário. Dessa forma, a partir do ano de 2022, não ocorre a admissão de novas pessoas aos hospitais de custódia estão suspensas e prevê as diretrizes do fechamento dos HCTP ao longo do ano de 2024. Ademais, o segundo trecho discurso é caso que da Ana que está em processo de desinstitucionalização, sendo uma mulher com 47 anos, autodeclarada negra, nascida na capital paulista e internada desde a infância no interior do estado de São Paulo, vivencia as experiências do cuidado em liberdade há cerca de dez anos em SP.

Ao iniciarmos a pesquisa de campo, não era possível imaginarmos para quais caminhos ela se dirigia, tinha um norte em que as memórias passadas e vividas são constituídas por uma luta de reconhecimento em interface com as lutas de emancipação e justiça social (Honneth, 2009, Rawls, 2003). Nesse sentido, ao analisar o processo do cuidado à saúde e o adoecimento psíquico por meio da perspectiva dos usuários, abre espaço de como os direitos são vivenciados no cotidiano, impactados em conflitos de espaços, leis, regras, interesses e violências. Para fazê-lo, partimos dos pressupostos da liberdade como uma luta constante, proposto por Angela Davis (2018).

No Brasil, o modelo manicomial instituiu por década privação de liberdade, estigmatização, violências e exclusão da loucura na vida social, fundado no isolamento terapêutico, que gerou a institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e sua retirada do convívio coletivo e da participação social, com a perda do direito à cidade,

violações de direito humanos e práticas higienistas/eugenistas da “industrialização da loucura” (Amarante, 1996, 2007). Tais ações foram pautados no modelo biologizante do psiquiatra francês Philippe Pinel e na criação do primeiro hospital psiquiátrico denominado Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com o seguinte propósito biomédico que produziu sofrimentos e aniquilamentos: “O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2007, p.45).

Tal lógica manicomial pode ser entendida nos acontecimentos das violações da condição humana na visão da Hannah Arendt (2010) e acentuadas durante a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Brasil no hospital colônia em Barbacena em 1979, associando os manicômios vigentes naquele momento como campos de concentração-“Holocausto Brasileiro” (Arbex, 2013). Neste enquadramento reflexivo, o objetivo do campo de concentração não serve somente para exterminar ou degradar, mas promovendo a destruição de todos os círculos da convivência, da vida cotidiana, da sobrevivência, sendo mecanismo cruciais da solidariedade humana. Servem para eliminar a espontaneidade das identidades, transformando a personalidade humana em simples coisa. Portanto, homens, mulheres e crianças são reduzidos a menos que animais (Arendt, 2012, 2010).

As instituições psiquiátricas produziram a manicomialização da vida por meio do saber biomédico, especialmente, a desumanização e degradação da população negra (Pereira, Passos, 2019, p.28). Nesse sentido, em 2014 foi divulgado o censo dos hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, através de censo sob a ótica étnico-racial promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisadores da Escola de Enfermagem da USP, o recorte da pesquisa foi em 56 hospitais psiquiátricos dos 58 existentes no estado de São Paulo, localizados em 38 municípios e com usuários internados antes de 2007 (Barros, e. al., 2014). O resultado do censo demonstrou que a população negra no censo do IBGE de 2000, era estimada em 27,4% da população do estado de São Paulo é preta e parda e na população moradora de hospitais psiquiátricos, esse número atingiu a estatística de 38,36%. Como resultados, constatou-se uma maior proporção de negros que estão em privação de liberdade ao longo.

Durante as horas de observação participante e entrevistas com os trabalhadores, o vocábulo mais presente foi “crises”, inseridos nas crises do SUS; crises agudas dos usuários; crise da saúde pública ocasionada pela pandemia de Covid-19; crises das

violências urbanas, privatização dos serviços públicos como crises da rede psicossocial e crises de adoecimento psíquico com os trabalhadores. Se aprofundando a discussão da concepção das crises, todas estão interligadas ao neoliberalismo para além das políticas econômicas, mas de uma racionalidade de governamentalidade também presentes nas sociedades neoliberais, desdobradas em mercantilização, desmonte das políticas públicas e impactando a precarização do trabalho e da vida (Brown, 2019; Butler, 2020).

Dentro da perspectiva neoliberal no cuidado à saúde. O sofrimento social, provocado pelas desigualdades sociais, também produz processo de sofrimento mental nas sociedades neoliberais na contemporaneidade. Pois as mudanças do capitalismo, o sistema de produção está inserido em todas as relações sociais, produzindo processos de subjetivação, precarização do trabalho e, especialmente, (re)produções de uma modelo manicomial também nos serviços territoriais por meio da biomedicalização e mercantilização do sofrimento psíquico. Nesse sentido, a trabalhadora salienta as crises da sociedade neoliberal: *Infelizmente o modelo biomédico é muito presente nos serviços, a urgência do laudo, urgência do diagnóstico, a escolha da medicalização e urgência de não suportar a crise por meio de uma escuta mais ativa.* (Enfermeira, CAPS adulto tipo III).

Em outro discurso refere-se às crises dos usuários: *Eu vejo muitos trabalhadores com medo para lidar com as crises agudas, medo do próprio manejo. Esse medo não acontece do nada, aconteceram coisas que não foram olhadas pela instituição e outros colegas. Como vou ofertar um cuidado quando você não tem, digo até mesmo de violências físicas ao manejar* (monitor no SRT). Percebe-se, que a realização do manejo está ligada ao neoliberalismo, com os suscetíveis cortes da saúde, reduz o corpo de trabalhadores e assim, a equipe fica mais exposta para uma violência ao realizar uma contenção mecânica e/ou reproduzem uma lógica asilar em não promover uma escuta e excesso de medicamentos e, especialmente, o cenário de privatização e afastamento do Estado das questões sociais (Harvey, 2012; Dardot; Laval, 2016)

Podemos dizer que o atual contexto político e econômico do neoliberalismo do século XXI, acentuam as desigualdades engendradas nos desmonte de serviços públicos que afetam também os trabalhadores, devido à baixa profissionalização dos cuidadores das moradias e alta rotatividade de trabalhadores no SUS. Nesta seara, durante a coleta de dados tenho refletido o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico no interior dos serviços extra-hospitalares, está sob risco de se tornar uma instituição com forte tendência à priorização dos protocolos tradicionais biomédicos. Sendo assim, trazemos um trecho

de uma trabalhadora aos impactos do neoliberalismo, seja pela falta de recursos humanos como contratação de mais profissionais, ataques das leis trabalhistas e pela alta rotatividade da equipe multiprofissional que afeta diretamente no vínculo e construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários(as):

A maioria das pessoas que vão até o CAPS é somente para buscar medicamentos e passar pelo psiquiatra. Eu até conversei com os usuários e informo que os grupos coletivos retornaram e da importância de passar também pelo psicólogo. Eu falo vamos lá conhecer a sua nova referência! Escuto com muita frequência, eu não quero mais voltar ao meu passado, eu estou cansada! Estou cansada de ficar toda vez falando de mim, chega! Eu quero a minha medicação e quero ir embora. Essa pessoa certamente irá entrar em crise e cada vez mais cansada pela mudança sempre na equipe (Técnica de enfermagem no SRT).

De acordo com esse discurso, é possível perceber que os CAPS estão se tornando uma clínica especializada voltadas só para atendimentos de casos muito graves e de internações, fugindo também da proposta de oferecer tratamento através das oficinas de trabalho, grupos coletivos e individuais. De acordo com Rosana Onocko-Campos e Naomi Bandeira (2021), a clientela que frequentam ou frequentaram os Caps III da cidade refere sentir mal-estar de estar dentro dos serviços, que é “percebido pelo usuário como não acolhedor, ameaçador, perturbador, desorganizado, abandonado, malcuidado” (p. 100). No cenário de sucateamento do SUS, muitos serviços atuam com a lógica de ambulatorização, devido a não contratação e rotatividade dos profissionais, fechamentos dos hospitais psiquiátricos e não ampliação da rede extra-hospitalar, como os Hospitais Gerais e enfermarias psiquiátricas, que são serviços essenciais para uma crise aguda.

Partindo dessas considerações, Helder Lima et. al. (2022) e Salles e Passos (2016), abordam alguns desafios para a desinstitucionalização, a estigmatização e violências nos trajetos cotidianos, subfinanciamento para as moradias, precarização do trabalho para os profissionais atuantes nas casas, que muitas das vezes (re)produzem violências manicomial, conflitos com os familiares e terceiros que fazem uso nocivo e abusivos dos benefícios sociais, vínculos familiares não restabelecidos após a desinstitucionalização, sentimento de não pertencimento em alguns bairros e sequelas das instituições asilares. Ademais, Salles e Passos (2016) e Zanello (2018), pontuam que

os hospitais produzem cronicidade, violências psicológicas/físicas, incluindo um uso inadequado de medicalização ao longo da vida que afetam de autonomia laboral, motora, das singularidades e geram uma dependência dos serviços de saúde mental até em cuidado em liberdade.

#### 4. Rede de Atenção Psicossocial no cenário das estratégias de desinstitucionalização

A Rede de Atenção Psicossocial, que visa garantir serviços em interface com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como a descentralização, regionalização e participação social. Desse modo, a RAPS instituída pela Portaria 3.088/2011 e reafirmada pela Portaria n. 3.588/2017 prevê a implantação de uma rede de serviços intersetorial voltados para a promoção da saúde. Atualmente, a RAPS no Brasil, dispõe em: 2.836 Centros de Atenção Psicossocial, subdivididos nas seguintes modalidades: Caps I- 1.429; Caps II- 527; Caps III-126; Caps Infanto-Juvenil-285; Caps AD-331; Caps AD III-135 e Caps AD IV-3<sup>4</sup>. Dos 813 Serviços Residenciais Terapêuticos, subdivide-se em 306 moradias do tipo I e 507 moradias do tipo II. Possuem também 234 Equipes Multiprofissionais, 14.614 leitos em Hospital Geral e 70 Unidades de Acolhimento, sendo 45 Unidade de Acolhimento para adultos (UAA) e 25 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) para crianças e adolescentes, responsáveis pelo cuidado transitório para situações de vulnerabilidade social e com uso decorrente de álcool e substâncias psicoativas (Brasil, 2022).

**Tabela 1.** Rede de Atenção Psicossocial no Brasil (2022)

Região	CAPS	SRTs	Unidades de Acolhimento	Equipes Multiprofissionais	Leitos em Hospital Geral	População
<b>NORTE</b>	<b>183</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>172</b>	<b>18.906.912</b>
Acre	8	-	1	-	71	906.877
Amapá	5	-	-	-	-	877.613
Amazonas	25	8	-	-	28	4.269,995
Pará	94	1	-	1	29	8.777.124
Rondônia	21	-	-	-	12	1.815,278
Roraima	10	-	1	-	11	652, 713

<sup>4</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial tipo I e II, são serviços destinados para adultos nos municípios com população estimada entre 20.000 e 200.000 habitantes. Ressalta-se que o atendimento não é 24 horas. Já os CAPs tipo III, é responsável pela assistência para adultos em municípios com população acima de 200 mil habitantes, 24 horas e 7 dias por semana e apresenta-se leitos para acolhimento integral e temporário (até 15 dias).

Tocantins	20	1		-	21	1.607,363
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>169</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1.129</b>	<b>16.707.336</b>
Distrito-Federal	13	-	1	-	148	3.094,325
Goiás	81	21	1	18	670	7.206,589
Mato Grosso do Sul	32	3	1	2	109	2.839,188
Mato Grosso	43	-	-	-	202	3.567,234
<b>NORDESTE</b>	<b>979</b>	<b>156</b>	<b>20</b>	<b>46</b>	<b>3.221</b>	<b>57.667.842</b>
Alagoas	66	7	1	2	455	3.365,351
Bahia	266	14	1	18	355	14.985,284
Ceará	152	4	9	-	560	9.240,580
Maranhão	86	5	-	7	583	7.153,262
Paraíba	113	10	3	8	235	4.059,905
Pernambuco	141	96	3	18	515	3.289,290
Piauí	66	6	-	2	183	
Rio Grande do Norte	45	3	-	-	241	3.560,903
Sergipe	44	11	3		94	2.338,474
<b>SUDESTE</b>	<b>1.043</b>	<b>573</b>	<b>32</b>	<b>73</b>	<b>6.354</b>	<b>89.632.912</b>
Espírito Santo	33	1	-	7	103	4.108,508
Minas Gerais	379	135	13	38	912	21.411,923
Rio de Janeiro	169	199	-	12	1.268	17.463,349
São Paulo	462	238	19	16	4.071	46.649,132
<b>SUL</b>	<b>462</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>84</b>	<b>3.738</b>	<b>30.402.587</b>
Paraná	153	17	6	41	1.897	11.597,484
Rio Grande do Sul	201	30	6	40	1.347	11.466,630
Santa Catarina	108	4	1	3	494	7.388,473
<b>Total</b>	<b>2.836</b>	<b>813</b>	<b>70</b>	<b>224</b>	<b>14.614</b>	<b>213.317,638</b>

**Fonte:** elaboração dos autores, adaptado pelo Ministério da Saúde (2022).

Os dados da tabela 01 trazem informações sobre a Atenção Psicossocial. Em SUS desde 1990, onde municípios com mais recursos conseguem implementar uma rede mais ampla. Em relação aos Caps, as regiões Nordeste e Sul apresentam a cobertura de serviços por 100 mil habitantes maior que a média nacional (Brasil, 2022, p.8). Destacam-se que apenas dois estados (Mato Grosso e Rondônia) ainda não têm serviços 24h (Caps III e AD III) e três estados (Acre, Roraima e Tocantins) não têm Caps infanto-juvenil. Já a região sudeste representa 36% da cobertura dos CAPS do país. Em relação ao estado de São Paulo, dos 462 Caps, a capital paulista concentra 21% dos serviços e Campinas 2,3%. Todavia, os dados mais preocupantes são relativos às moradias residenciais, das 813 moradias, a região sudeste concentra cerca de 70,4% dos serviços. O estado de São Paulo

dispõe de 238 SRTs, dos quais 72 serviços ficam na capital paulista, sendo 30%, e Campinas tem 20 moradias, representando 8,4%.

A Rede de Atenção Psicossocial de São Paulo é composta por: 101 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 33 Caps AD; 33 Caps Infanto-juvenil e 33 Caps adultos; 72 Serviços Residenciais Terapêuticos; 16 Unidades de serviços transitórios, 13 Hospital Geral, 33 equipes multiprofissionais, incluindo enfermarias psiquiátricas, consultórios na rua e 24 Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOS). Em Campinas, a Raps a assistência ocorre por meio da Prefeitura Municipal em parceria com uma Organização Social de Saúde- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que durante muitas décadas prestava atendimento somente pelo hospital psiquiátrico, criado em 1924 e a partir da década de 1990, começou o trabalho em conjunto com a prefeitura. Em relação aos equipamentos de serviços a rede, dispõe de: 6 Caps III; 3 Caps AD; 2 Caps Infanto-Juvenil, 20 SRTs e 5 CECCOS. Tais serviços são responsáveis pela assistência básica a uma população estimada em torno de 1.080.112 habitantes<sup>5</sup>.

Ao longo de mais duas décadas do Programa de Volta para Casa, a partir da Lei nº 10.708 de 2003, tem demonstrado importantes possibilidades na garantia de uma renda para o processo de inclusão social no cotidiano das cidades. Entretanto, as estratégias de desinstitucionalização não podem ser entendidas somente como ações de desospitalização e moradias como serviços extra-hospitalares, precisam promover o protagonismo e autonomia dos usuários indo em direção ao acesso de educação, trabalho por meio da Economia Solidária e itinerários em centros socioculturais e de lazer, como parques, museus, centros comerciais, oficinas terapêuticas e expansão dos Centros de Convivência e Culturais nos municípios menores (Amarante, Torre, 2018).

Segundo Lima, *et.al* (2022) e André Guerrero *e.al.* (2019), ressaltam as dificuldades em torno da desinstitucionalização referentes a não ampliação do benefício do Programa de Volta para Casa e não garantia para as pessoas ainda internadas em hospitais psiquiátricos, tensionamentos na comprovação dos anos ininterruptos em instituições asilares, pois muitas pessoas são encaminhadas para as moradias em situação de rua e comunidades terapêuticas e, especialmente, a desigualdade em todo o território brasileiro. Em 2022, estima-se em torno de 4.073 pessoas beneficiadas e um custo anual de 12.503.500,00, sendo: 10 moradias na região norte, 3 no centro-oeste, 20 no Nordeste, 70 no Sudeste e 15 no sul do país (Brasil, 2022). Ressalta-se também que quando o

---

<sup>5</sup> Dados obtidos pelo portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em 23/06/2024.

programa foi lançado em 2003 previa uma cobertura em torno de 15.000 beneficiários e ao longo de duas décadas de implementação, o programa não seguiu conseguiu abranger nem 50% dos beneficiários.

## **5. Mudanças das políticas públicas de saúde mental**

O contexto das mudanças das políticas públicas de saúde e saúde mental, iniciou-se com o golpe da presidenta Dilma Rousseff e principalmente pela aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que restringe os gastos e limitações ao crescimento do Estado e da tentativa de desmonte da política de saúde mental, como por exemplo a implementação da Nota Técnica n.11 de 2019, que previa a “Nova Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Tais intervenções e novas diretrizes de paradigmas da reforma psiquiátrica atendem os interesses da hegemonia neoliberal e retorno da lógica manicomial nos cuidados. Considerados por intelectuais na área como um movimento de “contrarreforma” e retrocessos das lutas conquistadas. (Cruz, *et.al.*, 2020; Onocko-Campos, 2019; Nunes, 2019), infringindo até mesmo acordos internacionais como da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde.

Em 2017, ocorreu a aprovação da Portaria MS nº 3.588 que altera algumas ações da Raps de 2011, com destaque com a redução do protagonismo e financiamento para os hospitais gerais e da Estratégia da Saúde da Família (ESF), maior financiamento do Ministério da Saúde para as Comunidades Terapêuticas e consolidadas pela portaria n.243 de 2018, com maiores reajustes das diárias de leitos hospitalares e da construção do CAPS AD IV, que na prática não explicitar como o financiamento, avaliação e monitoramento, mas salienta que poderá ser um dispositivo de saúde com o intuito de mediar. Portanto, nas últimas décadas é notório a ascensão das Comunidades Terapêuticas na Política Nacional de Saúde Mental, sendo instituições de exclusão social e punitivas, não atuam na perspectiva da redução de danos e indo na contramão de décadas de lutas antimanicomiais. Ressalta-se que no ano de 2023, ocorreu o Decreto Presidencial n. 11.392 de 2023, onde foi criado o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2023).

No que tange a (re)manicomialização através da ascensão das Comunidades Terapêuticas (Passos, *et.al.*, 2020). No contexto brasileiro, foram criadas a partir da década de 1950 como unidades de cuidado e acolhimento transitório através das experiências do modelo inglês. Não há dados concisos atuais sobre os números dessas

instituições existentes no território nacional, estima-se em cerca de 2 mil (CEBRAP (2020). Observa-se que a partir de 2017 ganharam ascensão no cenário brasileiro e disputas pelos recursos públicos, muitas são criadas sob prerrogativa de “clínicas de reabilitação” para o tratamento das pessoas com álcool e usos de substâncias psicoativas e ocupando lacunas da própria lei da reforma psiquiátrica de 2001, no que se refere internações quando os serviços extra-hospitalares mostrarem insuficientes na Atenção Psicossocial. Todavia, muitas comunidades são ligadas às instituições religiosas, não inserção da política de redução de danos, abstinência e trabalho e fé como base de terapia biopsicossocial.

Ao debruçarmos nas questões que envolvem as estratégias de desinstitucionalização atuais, um marco importante ocorreu com a Resolução nº 487 em 2023, do Conselho Nacional de Justiça que estabelece a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e regulamenta questões vinculadas à Lei Antimanicomial. Assim, prevê o fechamento gradual de todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o encaminhamento dos internos para a Rede de Atenção Psicossocial. Em relação ao estado de São Paulo, abrange o maior número de manicômios judiciários no país, na cidade de Franco da Rocha abrange duas unidades de HCTP. A terceira unidade está situada no município de Taubaté, o HCTP “Dr. Arnaldo Amado Ferreira”, conhecido popularmente como “presídio de segurança máxima”. Nesse sentido, o último censo divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2014, a população internada em hospitais psiquiátricos, incluindo o HCTP, era de 6 mil internados<sup>6</sup>.

No contexto atual brasileiro, temos duas experiências para a superação do manicômio judiciário por meio de políticas públicas. Com o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) em Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Pali) em Goiás, representando importantes transformações para o enfrentamento da superação da lógica manicomial das pessoas em conflito com a lei. A segunda experiência decorrida no estado de Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator foi criado em 2005, por meio de ações da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e parcerias com Ministério Público, Poder Judiciário e da Defensoria Pública, composto por uma equipe multidisciplinar responsável em acompanhar os casos no processo das medidas de segurança também nos serviços de saúde e não mais fazendo uso das internações nos hospitais judiciários.

---

<sup>6</sup> Dados obtidos em: <[Secretaria da Administração Penitenciária \(sap.sp.gov.br\)](http://Secretaria da Administração Penitenciária (sap.sp.gov.br))>. Acesso 10/07/2024.

Ao entrecruzar as questões dos desafios enfrentados no campo da saúde mental, apontamos também as relações público-privadas corroboram para o sucateamento de serviços públicos e desigualdades nos territórios. As Organizações Sociais da Saúde (OSSs), foram implementadas no país por meio da aprovação da Lei Federal nº 9.637 de 1998, criando oportunidades de regulamentação das instituições denominadas de Terceiro Setor, entidades sociais sem fins lucrativos para atuar nos serviços públicos de saúde em parcerias através de convênios e contratos. De acordo com Telma Menucci (2007), o início da operacionalização do SUS, já nasceu numa conjuntura financeira-econômica não favorável com as diretrizes de ser um sistema igualitário, gratuito e universal, mas inseridos sob a ótica do neoliberalismo e da Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994/1995.

No campo da saúde mental, muitos serviços intersetoriais já foram criados sob a responsabilização das Organizações Sociais de Saúde a partir dos anos 2000. Sendo assim, o que está em jogo é as relações de jogos de poder, da renúncia do Estado no seu contrato social de responsabilidade de uma saúde pública digna. Tais críticas recaídas para o Terceiro Setor são relativas à falta de transparência nos contratos de gestão em muitos municípios, falta de fiscalização, supervisão ou controle, disputas pelo fundo público de saúde e da transparência pública das receitas, como por exemplo os salários do Conselho Diretor e Gestores. Para ilustrar tais desafios atuais, trazemos o exemplo da Comissão Parlamentar de Inquérito em 2018 no plano estadual de SP, realizada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp). Assim, os avanços do neoliberalismo não é somente um arranjo do tecido organizacional, mas de abordar o sofrimento psíquico como forma de mercantilização, indo em direção aos interesses das indústrias farmacêuticas e donos das OSSs e da desvalorização dos servidores públicos e do silenciamento dos movimentos de participação social. Conforme apresentado por uma servidora pública na cidade de São Paulo:

A própria terceirização dos Caps, me parece que vai de contramão da reforma psiquiátrica. Elas têm uma lógica de produção que vai no sentido da ideia de um projeto individual e voltados para o mercado. Eu ouço falar de rotinas nos serviços como empresas, nosso trabalho é gradual. Você tem alguns projetos existentes, mas rotinas não! Mas isso é natural das terceirizadas, nos serviços públicos eles mantêm uma característica que são contrárias às vias particulares, por exemplo, você estimular a participação no Conselho Gestor, fazer educação

continuada, esses movimentos fazem parte do projeto do SUS. Uma terceira via não faz isso, se ela faz isso é um tiro no pé. [...] Estimular direitos políticos, reivindicações e conscientização dos trabalhadores é algo que o particular nunca irá realizar. Somente trabalhadores públicos com estabilidade que irão fazer (Psicóloga, CAPS AD).

Ampliando um pouco mais sobre a discussão para a organização social dos serviços públicos, o neoliberalismo abalou profundamente os avanços sociais alcançados com o regime do Estado de bem-estar social, ocasionando também a regressão de direitos conquistados ao longo de mais do regime democrático. Não obstante, nas economias periféricas, em especial na América Latina, a difusão do neoliberalismo se manifestou como uma crítica ao Estado desenvolvimentista e atuou em prol de seu desmantelamento. Frente a isso, no sentido de dar uma “dimensão mais humana” aos ajustes neoliberais, uma nova concepção de desenvolvimento das garantias de liberdade (Sen, 2010), a qual propõe a ampliação do foco do desenvolvimento para além dos aspectos puramente econômicos, com ações pontuais do Estado e políticas públicas focalizadas conforme o público, para ampliar as capacidades dos indivíduos em acessar bens públicos, como educação e saúde.

Outra autora importante para o debate do neoliberalismo contemporâneo é a cientista política Wendy Brown. Em *Nas ruínas do neoliberalismo* (2019), a intelectual argumenta que o neoliberalismo gerou um filho disforme, um mecanismo de difícil nomeação, é ao mesmo tempo neofascista, ultra capitalista e conservadora (p.10). Dessa forma, salienta a importância do social e das lutas democráticas para gerar e proteger o imaginário democrático e sobre a importância da justiça social para gerar e proteger as práticas e instituições democráticas. Nos últimos anos temos acompanhado a ascensão de grupos conservadores articulados por uma lógica de reversão dos valores de uma sociedade democrática. Conquistas democratizantes, que ampliam a proteção de direitos, as liberdades e construções de sociedades plurais e democráticas. Entretanto, o neoliberalismo, desde sua fundação, buscou “destruir o social conceitual, normativo e praticamente” (Brown, 2019).

## **6. Considerações finais**

Este trabalho buscou apresentar dialógicos dos avanços, disputas e desafios das políticas públicas de saúde mental na contemporaneidade. Apesar dos avanços da

implementação da Política Nacional de Saúde Mental por meio da reforma psiquiátrica brasileira ao longo de décadas, foram permeadas por transformações das instituições psiquiátricas nas dimensões políticas, jurídicas e culturais. Todavia, as décadas de avanços da luta antimanicomial, observa-se a não ampliação dos benefícios sociais e conflitos da inclusão social por meio da educação, trabalho, participação social e movimentos artísticos culturais e direito à cidade, elas permanecem vinculadas a estigmatização social, preconceitos e dificuldades em romper com o modelo asilar manicomial nas rotinas cotidianas.

Como resultado parcial, notou-se os desafios da ampliação dos direitos e o panorama atual da desinstitucionalização. Portanto, para os nossos interlocutores a grande lacuna é relativa à ausência de diálogos com o Judiciário por meio de parcerias e conflitos com as medidas de segurança para as pessoas em processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O segundo aspecto é relativo as relações público-privados previstas no Sistema Único de Saúde. Ou seja, no campo da saúde mental desde a reforma do Estado da década de 1990, que atualmente está ganhando mais protagonismo na gestão também das Unidades Básicas de Saúde nos municípios de Campinas-SP e São Paulo-SP, consolidando-se na precarização do trabalho. Por fim, a terceira reflexão é relacionada à importância de um movimento antimanicomial antirracista e feminista voltados para lutas antiproibicionistas, práticas de cuidado e acolhimento para a comunidade LGBTQIA+, população negra por meio do protagonismo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para o enfrentamento das iniquidades do racismo institucional que impactam no sofrimento mental (Brasil, 2009).

Para finalizar, salientamos a importância das mobilizações de resistências das políticas públicas contra as violações degradantes da condição humana, perante as garantias dos direitos e cidadania assegurados na Constituição Cidadã. Contudo, tais disputas e conflitos atuais, como por exemplo, os ataques das instituições democráticas, também articulados com ascensão de atores conservadores, do fascismo e subfinanciamento/desfinanciamento das políticas públicas e sociais. Consolidando-se nas disputas de relações de poder, controle social e violências que exercem sobre as nossas subjetividades e liberdades, quando almejamos na construção de um mundo social mais digno, igualitário e com justiça social e uma luta antimanicomial.

## 7. Referências bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. “De volta à cidade, sr. cidadão” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52(6): 1090-1170, nov. dez. 2018.
- ANDRADE, Ana Paula; MALUF, Sônia. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde soc.** vol.26 n.1 São Paulo jan./mar. 2017.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARENDT, H. **A Condição Humana**. 11 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- ARENDT, H. **Origens do Totalitarismo**, tradução. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, Sônia; *et.al.* Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde. Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1235-1247, 2014.
- BRASIL. **Lei.8.742 de 07 de setembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 fev. 2000.
- BRASIL. **Lei 10216 de 06 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, 2001.
- BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egresso de internações.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.840 de 5 junho de 2019, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários/ dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, 2019

BRASIL. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**, setembro de 2022. Disponível: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>>.

BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da vida violência**. 1.ed.; 1 reimp, Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente**. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CEBRAP. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. Esse relatório do CEBRAP em parceria com a Conectas Direitos Humanos e com apoio da Open Society Foundation, 2020.

COSTA, J. **A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond Universitaria, 5ª edição, 2007.

CRUZ, N. F. *et.al.* Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DARDOT, P; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.

GUERRERO, André; *et.al.* O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.11-20, 2019.

HARVEY, David. **Paris, Capital of Modernity**. New York, 2003.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Editora 34, 2009.

LIMA, H, *et.al.* Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência &Saúde Coletiva**, 27(1). 89-100 p., 2022.

MENUCCI, Telma. **A implementação da Reforma Sanitária**: a formação de uma política. (orgs.) Hochaman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

NUNES, M, *et.al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Cien Saude Colet.** 24(12):4489-4498, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 (11) 31 out 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R; BANDEIRA, N. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.45, n.128, 202.

PASSOS, R G., *et al.*, Meyre da Silva Gomes, T., & de Castro Lopes de Araujo, G. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, 12(2), 125–140, 2020.

PEREIRA, M, PASSOS, R.G. Luta antimanicomial e feminismo: inquietações e resistências; Org Melissa de Oliveira Pereira, Raquel Gouveia Passos, 1.ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.

RAWLS, J. **Justiça como Equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SARTI, C. **O reconhecimento do outro: uma busca de diálogo entre Ciências Humanas e Ciências da Saúde**. São Paulo, tese de livre docência, Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina, 2003.

SARTI, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25 N° 74, 2010.

SALLES, A. C.; MIRANDA, Lilian. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicol Soc**; 28(2):369-379, 2016.

SEN, A. O desenvolvimento como expansão das capacidades. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.28/29, p.313-333, 1993.

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

ZANELLO. V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processo de subjetivação/ Valeska Zanello. -1 edição-Curitiba: Appris, 2018.