

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 19
N° 03 SAÚDE MENTAL

2025

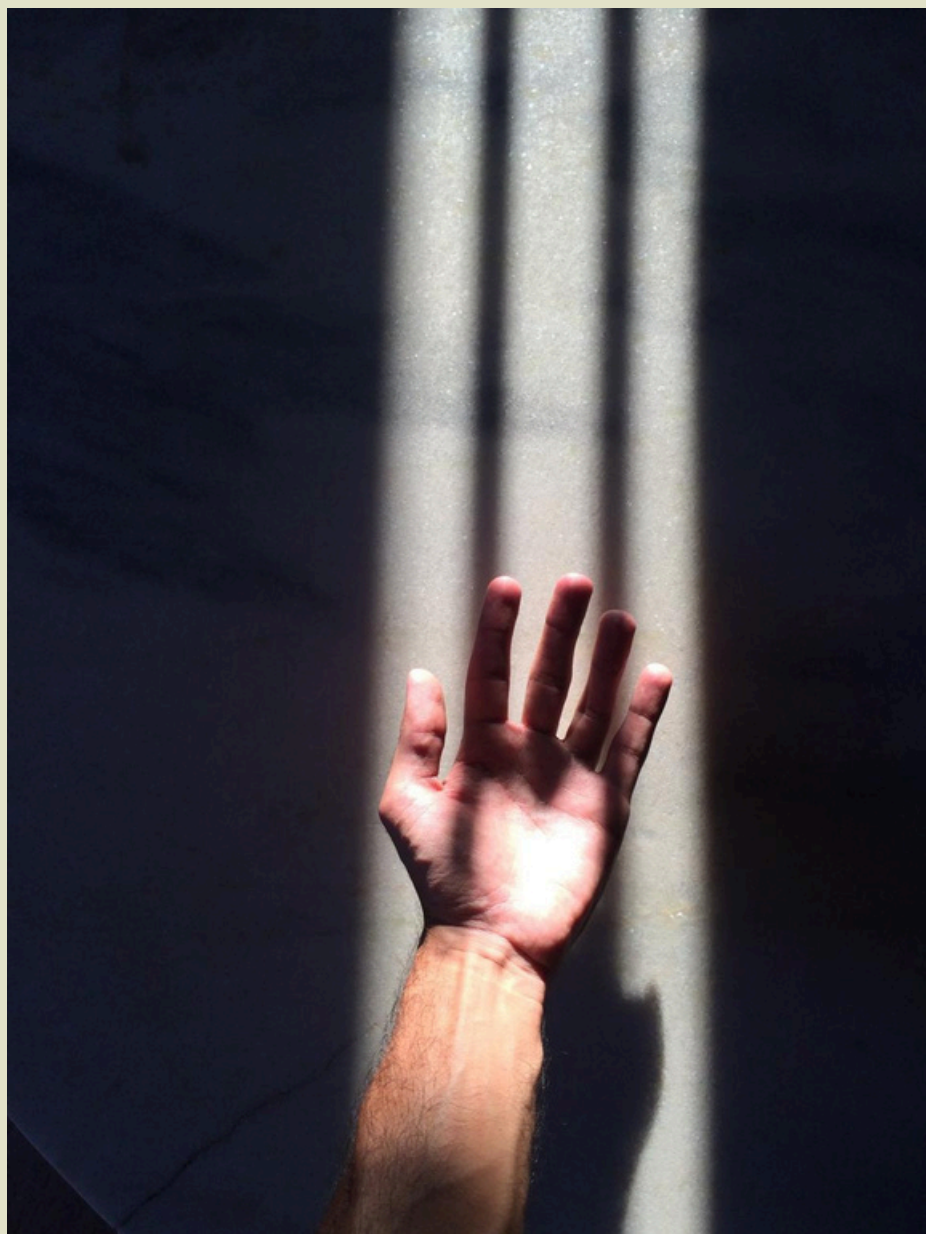


FOTO: RAUL DE LIMA

EDITORAS:
MARIA DA GLÓRIA LIMA
ANDREIA OLIVEIRA

**A DESISTITUCIONALIZAÇÃO
COMO DIREITO: UM RECORTE
DA REALIDADE DO DF**

**CUIDADO EM LIBERDADE:
INTERFACES ENTRE SAÚDE,
ASSISTÊNCIA SOCIAL E JUSTIÇA**

**RESOLUÇÃO CNJ 487/2023:
O DIREITO À SAÚDE
E AO TERRITÓRIO**

© 2026 Editora ECoS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Institucional

Editora ECoS, vinculada ao Laboratório ECoS (Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB)

Organização Editorial

Andréia de Oliveira
Maria da Glória Lima
Lúcio Willian Mota Siqueira
Miriam de Souza Leão Albuquerque
Marlúcia Ferreira do Carmo

Normalização e Montagem

Angelo A. Alves Cerqueira
Eduardo Felipe N. dos Santos
Fabrícia Sales de O. Santos
Lavinia Almeida M. Rodrigues
Maria Izabel O. Moura

Diagramação e Publicação

Angelo A. Alves Cerqueira
Eduardo F. N. dos Santos
Fabrícia Sales de O. Santos
Lavinia A. M. Rodrigues
Maria Izabel O. Moura
Mônica Peres

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Regina Peres
Laís R. O. Normando

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva

Tempus Actas em Saúde Coletiva:
E-mail: revistatempusactas@gmail.com
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/about>

Foto da Capa

Raul de Lima

Arte da Capa

Fabrícia Sales de O. Santos

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça; Elmira L. M.S. Simeão - v. 19, n.03. - Brasília : Editora Ecos, 2025. / Organizadores Elmira L. M. S. Simeão; Mônica Peres; Luana Dias da Costa. - Andréia de Oliveira, Maria da Glória Lima

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da coleção ISSN 1982-8829

1. Saúde Pública 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica 4. Periódicos. I. Brasil. Editora ECoS, Laboratório ECoS (Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde).

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Ana Valéria Machado Mendonça,

Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão, *Universidade de Brasília, Brasil*

Editores Assistentes

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Mônica Regina Peres, *Universidade de Brasília, Brasil*

Antonio Sergio de Freitas Ferreira, *Universidade de Brasília, Brasil*

Conselho Consultivo

Maria Cecília Minayo, *Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro, Brasil*

Maria Fátima de Sousa, *Universidade de Brasília, Brasil*

Margareth S. Zanchetta, *Toronto Metropolitan University*

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia Maria Araújo Drummond, *Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Ângela de Oliveira Carneiro, *Universidade Federal do Vale do São Francisco*

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, *Universidade Federal do Pará*

Jeferson Santos Araújo, *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil*

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Josivania Silva Farias, *Universidade de Brasília, Brasil*

Katarinne Lima Moraes, *Universidade de Brasília, Brasil*

Lise Renaud, *Université du Québec à Montréal, Canadá*

Maria Célia Delduque, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Maria da Glória Lima, *Universidade de Brasília, Brasil*

Mariella Silva de Oliveira-Costa, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Miguel Ângelo Montagner, *Universidade de Brasília, Brasil*

Natália Fernandes de Andrade, *Universidade de Brasília, Brasil*

Soraya Resende Fleischer, *Universidade de Brasília, Brasil*

Wânia Ribeiro Fernandes, *Universidade Federal do Amazonas, Brasil*

Ximena Pamela Díaz Bermúdez, *Universidade de Brasília, Brasil*

SUMÁRIO

Apresentação

Expediente e Sumário

Editorial - Páginas 1 a 4

Artigos Originais

1 Desafios da Política Social no Brasil Contemporâneo: impactos regressivos do neoliberalismo financeirizado na saúde mental - Páginas 5 a 23

Lúcio Willian Mota Siqueira

Miriam de Souza Leão Albuquerque

Marlucia Ferreira do Carmo

2 Direitos humanos, saúde mental e assistência social: tessituras e desafios - Páginas 24 a 40

Marco José de Oliveira Duarte

Carolina Morais Simões de Melo

Isadora de Souza Alves

3 A participação social como dispositivo de cidadania para pessoas usuárias das políticas sociais de saúde, saúde mental e assistência social - Página 41 a 57

Fernanda Scalzavara

4 Intersetorialidade e territorialidade na Saúde Mental: desafios na articulação entre assistência social, saúde e justiça - Páginas 58 a 77

Alcicleide Cristiane Fernandes Coelho

Olga Maria Pimentel Jacobina

Juliana Sangoi

5 As Comunidades Terapêuticas no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - Páginas 78 a 99

Andréia de Oliveira

Maria Luísa Nogueira Lemos Amaral de Oliveira

6 Desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Páginas 100 a 121

Thayane Ferreira da Silva

Lúcio Willian Mota Siqueira

7 Os desafios da implementação da Resolução CNJ n.º 487/2023 - Páginas 122 a 141

Jamila Zgiet

8 Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: contradições e desafios para a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade - Páginas 142 a 166

Andreia de Oliveira

Maria da Glória Lima

Maria Aparecida Gussi

Karina Aparecida Figueiredo

9 Residência Terapêutica e Residência Inclusiva: Perspectivas do atendimento territorializado - Páginas 167 a 185

Ana Luíza Câmara
Lívia Vasco Mota

10 Entrevista com Carolina Barreto Lemos - a Resolução 487/2023: desinstitucionalização, saúde mental e promoção dos direitos humanos - Páginas 186 a 193

Maria da Glória Lima
Andréia de Oliveira
Mirian de Souza Leão Albuquerque

EDITORIAL

Reforma Psiquiátrica e Política Antimanicomial: Desinstitucionalização e Intersetorialidade no Cuidado em Liberdade

*Andreia Oliveira
Lúcio Willian Mota Siqueira
Maria da Glória Lima
Marlúcia Ferreira do Carmo
Miriam de Souza Leão Albuquerque*

O modelo manicomial penal brasileiro configura-se como um sistema marcado por graves violações de direitos humanos e que precisa ser superado. Historicamente, a forma de cumprimento das medidas de segurança impostas pelo sistema de justiça a pessoas que cometeram infrações penais em contexto de adoecimento mental revela a permanência de um modelo de atendimento baseado na articulação entre controle penal e medicalização da loucura, materializado nos chamados Manicômios Judiciários. Também denominados Hospitais de Custódia, caracterizam-se como instituições totais, marcadas pela privação da liberdade por tempo indeterminado e pela reprodução da segregação social de um grupo, cuja punição vem ocorrendo sem garantias penais plenas, assemelhando-se à prisão perpétua. Ou seja, sob o argumento da proteção e do tratamento, consolidou-se historicamente uma prática de institucionalização de pessoas consideradas inimputáveis, frequentemente submetidas a condições desumanas, e marcada pela invisibilidade institucional.

Esse arranjo institucional de isolamento, por tempo indeterminado, de pessoas consideradas inaptas ao convívio comunitário e social, evidencia uma contradição estrutural: a utilização do ocultamento e da privação de liberdade como resposta a demandas que deveriam ser enfrentadas no campo da saúde e da proteção social. Dessa forma, a indeterminação das medidas de segurança, associada à centralidade da noção de periculosidade, tem produzido situações de prolongamento indefinido da institucionalização, muitas vezes dissociadas de critérios clínicos ou jurídicos consistentes. Tal realidade revela não apenas fragilidades normativas e institucionais,

mas também a reprodução de desigualdades estruturais, uma vez que essas medidas incidem majoritariamente sobre sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Em resposta a tal situação de grave violação de direitos humanos, foi instituída a Resolução N° 487/2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), norma elaborada após inúmeros debates realizados por representantes da sociedade civil, movimentos sociais, estudiosos e especialistas da área da saúde mental e de segurança pública, representando um avanço considerável ao incorporar os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. A referida norma inova ao afirmar o cuidado em liberdade como diretriz prioritária, redirecionando as práticas do sistema de justiça, historicamente baseadas na institucionalização, tendo como referência os avanços da reforma psiquiátrica brasileira.

Essa renovação normativa expressa uma inflexão importante no reconhecimento de que a institucionalização prolongada em estabelecimentos de custódia não se configura como resposta adequada às necessidades dessas pessoas. Nesse sentido, a Resolução do CNJ alinha-se a um conjunto mais amplo de iniciativas que, nas últimas décadas, têm buscado afirmar a centralidade dos direitos humanos no campo da saúde mental. É sabido que a desinstitucionalização em questão, que adota o cuidado em liberdade, demanda uma rede de serviços públicos substitutivos, instalados nos territórios, com alcance nacional, e dirigida às pessoas em medida de segurança e a seus respectivos familiares. Sem o suporte especializado, a saída das instituições totais pode resultar em abandono, com a reiteração das práticas infracionais que originaram a aplicação da medida de segurança.

A conhecida fragilidade das políticas sociais no Brasil, caracterizada pela focalização e insuficiência de alcance do atendimento às necessidades sociais das pessoas e famílias demandantes dos serviços, benefícios, projetos e programas, configuram uma forte barreira para a devida articulação entre justiça, saúde e demais políticas sociais. A não implementação plena da reforma psiquiátrica no Brasil se expressa pela ausência/escassez de equipamentos de saúde que ofertem os serviços substitutivos necessários ao cuidado em liberdade.

Neste contexto, a insuficiência de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um dos principais entraves à efetivação da desinstitucionalização de pessoas acometidas de sofrimento mental, especialmente àqueles em cumprimento de medida de segurança. A inexistência ou precariedade de equipamentos como Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas limita a capacidade do Estado de oferecer suporte adequado para a reinserção social dessas pessoas. Soma-se a esse cenário a ausência de formação especializada para atendimento à nova demanda que se apresenta aos serviços a partir da implementação da Resolução 487/2023.

Nesse sentido, a consolidação da Reforma Psiquiátrica e da política antimanicomial no Brasil exige o fortalecimento de estratégias intersetoriais que articulem, de forma integrada, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais políticas públicas no território. A intersectorialidade, mais do que um arranjo institucional, constitui um princípio organizador do cuidado em liberdade, ao possibilitar respostas mais abrangentes às necessidades sociais, em consonância com os pressupostos ético-políticos da desinstitucionalização e da garantia de direitos.

Com o intuito de aprofundar a compreensão das múltiplas dimensões que atravessam esse debate, esta edição especial da revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* organiza-se em torno de eixos analíticos complementares. Um primeiro conjunto de artigos situa a saúde mental no contexto das transformações contemporâneas das políticas sociais, evidenciando os impactos do neoliberalismo, da austeridade fiscal e do subfinanciamento das políticas públicas na produção do sofrimento psíquico e na fragilização das respostas institucionais, com destaque para processos de remanicomialização e mercantilização do cuidado.

Um segundo eixo enfatiza a centralidade dos direitos humanos e das interseccionalidades, bem como a necessidade de fortalecimento da intersectorialidade entre SUS e SUAS como condição para a efetivação do cuidado em liberdade, problematizando a emergência de novas formas de institucionalização e reafirmando estratégias de resistência aos retrocessos asilares.

No plano das práticas e experiências, um terceiro bloco aborda a intersectorialidade como prática concreta nos territórios, destacando o papel das redes de atenção, das seguranças socioassistenciais e das iniciativas comunitárias na construção de alternativas à institucionalização, incluindo o fortalecimento da participação social e do controle democrático.

Outro eixo relevante reúne análises críticas sobre dispositivos contemporâneos que tensionam a Reforma Psiquiátrica, com destaque para o debate sobre as Comunidades Terapêuticas, evidenciando suas ambiguidades institucionais e sua inserção no financiamento público, muitas vezes em desacordo com os princípios do cuidado em liberdade.

Por fim, um conjunto expressivo de textos dedica-se à interface entre saúde mental e sistema de justiça, discutindo os desafios da superação do modelo manicomial penal à luz da Resolução nº 487/2023. Esses trabalhos analisam criticamente a persistência da lógica da periculosidade, os riscos de transinstitucionalização e as condições necessárias para a efetivação de processos de desinstitucionalização sustentados por redes públicas de cuidado.

Dessa forma, a desinstitucionalização deve ser compreendida como um processo complexo, que demanda não apenas mudanças no plano institucional, mas também transformações no campo das concepções e práticas profissionais, exigindo a incorporação de uma perspectiva ética orientada pelo reconhecimento de direitos. A articulação interdisciplinar e intersetorial reafirma-se, portanto, como condição indispensável para a consolidação de um modelo de cuidado em liberdade.

Diante do contexto apresentado, a presente edição reúne contribuições que analisam criticamente as medidas de segurança no Brasil, discutem os desdobramentos da Resolução nº 487/2023 e apresentam experiências voltadas à construção de práticas de cuidado em liberdade. Ao explicitar a diversidade de abordagens e temas aqui reunidos, busca-se oferecer ao leitor não apenas um panorama crítico, mas também subsídios para o aprofundamento do debate e para a formulação de estratégias de enfrentamento comprometidas com a dignidade, a cidadania e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Desejamos a todas e todos uma excelente leitura.

Desafios da política social no Brasil contemporâneo: impactos regressivos do neoliberalismo-financeirizado na saúde mental

*Challenges of social policy in contemporary Brazil:
regressive impacts of financialized neoliberalism on mental health*

*Desafíos de la política social en el Brasil contemporáneo:
impactos regresivos del neoliberalismo-financiarizado en la salud mental*

Lúcio Willian Mota Siqueira¹
Miriam de Souza Leão Albuquerque²
Marlúcia Ferreira do Carmo³

RESUMO

Este artigo analisa a política social brasileira no contexto da crise estrutural do capital e da hegemonia do neoliberalismo-financeirizado, compreendendo-a como mediação fundamental da reprodução das relações sociais no capitalismo dependente. Do ponto de vista metodológico, fundamenta-se no referencial histórico-crítico, orientado pelo materialismo histórico-dialético, articulando revisão bibliográfica de autores da tradição crítica. Discute-se a reconfiguração regressiva e ressignificação das políticas sociais desde a década de 1990, marcada pela focalização, mercantilização e subordinação do fundo público aos interesses do capital financeiro. O estudo evidencia que, especialmente no período pós-2016, as políticas de austeridade e as contrarreformas intensificaram a precarização da Seguridade Social e a restrição de direitos, redefinindo o papel do Estado como garantidor da valorização do capital. No campo da saúde mental, tais transformações se expressam na desestruturação da Rede de Atenção Psicossocial, no subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e no avanço de práticas de caráter manicomial e privatista, configurando um processo de remanicomialização e mercantilização do cuidado. Argumenta-se que a intensificação do sofrimento psíquico está diretamente relacionada às condições materiais de existência, evidenciando uma dupla determinação: o capitalismo amplia o sofrimento social-mental enquanto desmonta as respostas institucionais. Por fim, destaca-se o caráter contraditório da política social e da saúde mental como campos de disputa entre projetos societários antagônicos.

Palavras-chave: política social; neoliberalismo; financeirização; saúde mental; capitalismo dependente.

ABSTRACT

This article analyzes Brazilian social policy within the context of the structural crisis of capital and the hegemony of financialized neoliberalism, understanding it as a fundamental mediation in the reproduction of social relations in dependent capitalism. From a methodological standpoint, it is grounded in a historical-critical framework, guided by historical-dialectical materialism, articulating a bibliographic review of authors from the critical tradition. The study examines the regressive reconfiguration and re-signification of social policies since the 1990s, marked by targeting, commodification, and the subordination of public funds to the interests of financial capital. It demonstrates that, particularly in the post-2016 period, austerity policies and counter-reforms have intensified the precarization of

Social Security and the restriction of rights, redefining the role of the State as a guarantor of capital valorization. In the field of mental health, these transformations are expressed in the dismantling of the Psychosocial Care Network, the underfunding of the Unified Health System, and the expansion of institutional and privatizing practices, configuring a process of re-manicomialization and commodification of care. It is argued that the intensification of psychological suffering is directly related to material living conditions, revealing a dual determination: capitalism expands social-mental suffering while dismantling institutional responses. Finally, the contradictory nature of social policy and mental health is highlighted as fields of dispute between antagonistic societal projects.

Keywords: social policy; neoliberalism; financialization; mental health; capitalism.

RESUMEN

Este artículo analiza la política social brasileña en el contexto de la crisis estructural del capital y de la hegemonía del neoliberalismo financiarizado, entendiéndose como una mediación fundamental en la reproducción de las relaciones sociales en el capitalismo dependiente. Desde el punto de vista metodológico, se fundamenta en el enfoque histórico-crítico, guiado por el materialismo histórico-dialéctico, articulando una revisión bibliográfica de autores de la tradición crítica. Se examina la reconfiguración regresiva y la resignificación de las políticas sociales desde la década de 1990, caracterizadas por la focalización, la mercantilización y la subordinación del fondo público a los intereses del capital financiero. El estudio evidencia que, especialmente en el período posterior a 2016, las políticas de austeridad y las contrarreformas intensificaron la precarización de la Seguridad Social y la restricción de derechos, redefiniendo el papel del Estado como garante de la valorización del capital. En el ámbito de la salud mental, estas transformaciones se expresan en la desestructuración de la Red de Atención Psicosocial, en el subfinanciamiento del Sistema Único de Salud y en el avance de prácticas de carácter manicomial y privatizador, configurando un proceso de remanicomialización y mercantilización del cuidado. Se sostiene que la intensificación del sufrimiento psíquico está directamente relacionada con las condiciones materiales de existencia, evidenciando una doble determinación: el capitalismo amplía el sufrimiento social y mental mientras desmantela las respuestas institucionales. Finalmente, se destaca el carácter contradictorio de la política social y de la salud mental como campos de disputa entre proyectos societarios antagónicos.

Palabras clave: política social; neoliberalismo; financiarización; salud mental; capitalismo dependiente.

1 INTRODUÇÃO

A política social brasileira, particularmente no contexto contemporâneo, tem sido profundamente atravessada por determinações estruturais vinculadas à crise do capital, à financeirização e à reconfiguração do papel do Estado sob a égide do neoliberalismo. Este artigo emerge de um processo formativo desenvolvido junto a assistentes sociais e psicólogas da Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES), em parceria com o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e o Conselho Regional de Psicologia

(CRP/DF), no âmbito das atividades do Grupo de Pesquisa GEPSaúde da Universidade de Brasília, realizado em dezembro de 2024.

O presente artigo tem como objetivo analisar criticamente a política social brasileira no contexto da crise estrutural do capital e da hegemonia do neoliberalismo-financeirizado, com ênfase em seus desdobramentos no campo da saúde mental. Parte-se da hipótese de que a reconfiguração contemporânea da política social, especialmente a partir da década de 1990 e intensificada no período pós-2016, expressa um movimento regressivo de restrição de direitos, subordinação do fundo público e reorientação do Estado à lógica de valorização do capital.

Do ponto de vista metodológico, o estudo fundamenta-se no referencial histórico-crítico, orientado pelo materialismo histórico-dialético, compreendendo a política social como expressão das relações sociais de produção e como mediação inscrita na totalidade das relações sociais. A análise foi construída a partir de revisão bibliográfica de autores da tradição crítica, articulada à sistematização das reflexões produzidas no processo formativo mencionado, possibilitando a articulação entre mediações teóricas e expressões concretas da intervenção profissional no âmbito das políticas sociais.

Ancorado na tradição da teoria social crítica, o trabalho busca apreender a política social como mediação contraditória da reprodução social no capitalismo dependente-periférico, evidenciando suas tensões internas entre a ampliação formal de direitos e os processos concretos de sua negação, mercantilização e reconfiguração regressiva. Nesse sentido, articula a análise da financeirização, das contrarreformas neoliberais e dos retrocessos na política de saúde mental, compreendendo tais processos como expressões de uma mesma racionalidade societária, que redefine os contornos da proteção social no Brasil. No período recente, tais processos se intensificam, aprofundando a subordinação do fundo público aos imperativos do capital financeiro e restringindo as possibilidades de efetivação dos direitos sociais.

Nesse cenário, a política de saúde mental se apresenta como uma expressão particularmente significativa desses processos regressivos. Após os avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica e a consolidação de um modelo de atenção psicossocial territorializado e orientado pelos direitos humanos, observa-se, especialmente no tempo presente, a desestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o subfinanciamento dos serviços substitutivos e o fortalecimento de práticas e instituições de caráter manicomial, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Esses movimentos indicam

tendências de remanicomialização, medicalização e privatização do cuidado, articuladas à racionalidade neoliberal, que fragiliza os princípios da universalidade, integralidade e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, o artigo problematiza os limites e as possibilidades da política social no Brasil contemporâneo, evidenciando como a intensificação da financeirização e a crescente subordinação do fundo público aos interesses do capital impõem obstáculos estruturais à garantia de direitos. Ao mesmo tempo, destaca-se o caráter contraditório das políticas sociais e, em particular, da saúde mental, como campos de disputa entre projetos societários antagônicos.

1.1 A política social na encruzilhada da crise do capital

A política social brasileira no contexto contemporâneo está profundamente atravessada pelas crises estruturais do capital e pela hegemonia do capital neoliberal-financeirizado, que reconfiguram e ressignificam o papel do Estado e redefinem a relação entre direitos sociais e lógica de mercado. A partir da década de 1990, em toda América Latina, mas principalmente no Brasil, observa-se a ascensão de um novo paradigma de proteção social, orientado pela focalização, seletividade e condicionalidade, em substituição ao projeto de implementação de políticas sociais universais inscritas na Constituição Federal de 1988 Siqueira¹ (2023, p. 2-3). Como sintetiza Behring² (2009, p. 27), “as reformas neoliberais jamais requereram a minimização do Estado, mas sim sua reconfiguração em favor de novos interesses e objetivos”.

A implementação das contrarreformas neoliberais, com forte influência dos organismos multilaterais, à exemplo do Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), instituiu uma nova arquitetura social para o continente latino-americano que, sob a justificativa da eficiência, eficácia, gestão eficiente e da responsabilidade fiscal, resultou na precarização dos sistemas de seguridade social e no rebaixamento da proteção social estatal à classe subalternizada. Nesse movimento, “as políticas sociais passam a ser justificadas não como direito, mas como instrumento de compensação àqueles que não têm acesso ao mercado de trabalho” Behring² (2009, p. 27).

O Brasil, enquanto país de capitalismo periférico-dependente, manifesta as contradições da política social de forma profunda. Como assinala Mota³, (2008, p. 182), a

tendência da proteção social contemporânea é a regressão das políticas redistributivas e a ampliação das políticas compensatórias, reduzindo a proteção social a ações focalizadas para populações em situação de extrema pobreza. Neste sentido, no Brasil, os programas de transferência de renda, à exemplo da menina dos olhos dos governos petistas, o Bolsa Família, embora tenham efeitos imediatos na melhoria das condições de consumo das famílias pobres, operam numa lógica de reprodução do ciclo de acumulação e da pacificação social. Conforme Lavinias (apud Siqueira, 2023, p. 5)³, “esses programas instituem uma cidadania pelo consumo, sem garantir a cidadania pelos direitos”.

Esse processo evidencia a funcionalidade das políticas sociais dentro do neoliberalismo-financeirizado: buscam inserir os trabalhadores no mercado pela via do consumo, sem romper com as bases estruturantes da desigualdade. Como alerta Ivo⁴ (2004, p. 76), “transferência de renda condicionada não rompe com a lógica da seletividade nem com a financeirização da vida”, mas, sim, aprofundam os processos de mercadorização da proteção em saúde, como planos populares, fundos privados de previdência e acesso à educação privada como sentimento de ascensão no status de classe.

Outro fator agravante é o processo de financeirização do fundo público, que subordina o orçamento estatal aos interesses da dívida pública e do capital especulativo-rentista. Segundo Paulani⁵ (2017, p. 30), o Estado brasileiro, especialmente a partir dos anos 1990, torna-se “um garantidor da reprodução do capital financeiro”, direcionando recursos públicos prioritariamente para a manutenção dos altos lucros do capital rentista, em detrimento dos investimentos sociais. Essa lógica se perpetua mediante mecanismos como a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a ausência de uma reforma tributária progressiva. Para Boschetti e Behring⁶ (2003, p. 11), a dilapidação da diversidade das bases de financiamento da seguridade social compromete profundamente a perspectiva de universalização dos direitos sociais no Brasil.

Deste modo, a trajetória regressiva da política social no Brasil se manifesta em diferentes intensidades e formatos ao longo dos governos recentes. Durante os governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso (FHC), a política social foi subordinada à cartilha neoliberal, em um contexto de intensa abertura econômica e implementação de ajustes estruturais impostos pelos organismos internacionais.

No governo Collor (1990–1992), inaugurou-se de maneira abrupta o projeto de liberalização econômica no Brasil, com a abertura comercial desordenada, a desregulamentação dos mercados e o ataque direto às bases do pífio Estado Social construído.

Essa abertura foi articulada à narrativa de que o Estado era ineficiente (Estado-Elefante) e deveria ceder espaço ao setor privado, preparando o terreno para a financeirização da economia nacional. O chamado "Plano Collor" promoveu o congelamento da liquidez financeira da população, a privatização de empresas públicas estratégicas e a reorientação das políticas sociais para modelos focalizados e de baixo custo. Em termos sociais, houve a fragmentação do sistema de proteção social e o aprofundamento da pobreza, miséria, exclusão e desigualdade social.

A partir de 1995, no governo de FHC, essa dinâmica foi aprofundada com a execução sistemática de uma ampla contrarreforma do Estado. O que para Behring² (2010, p. 28), tratou-se de uma verdadeira "dissociação entre política econômica e política social", em que o ajuste fiscal e o compromisso com o superávit primário passaram a orientar todas as ações governamentais. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, concebido por Bresser-Pereira, redefiniu o Estado como mero regulador de mercados e promotor de parcerias público-privadas, relegando a prestação direta de serviços públicos a um papel residual.

Nesse período, o Plano Real, lançado em 1994, estabilizou a inflação, mas às custas da intensificação da abertura comercial e da elevação das taxas de juros para atrair capitais especulativos (Siqueira, 2023, p. 4)¹. A âncora cambial valorizada e a política de juros altos favoreceram a entrada maciça de capitais financeiros, consolidando o Brasil como plataforma de valorização financeira em detrimento da indústria nacional e do mercado de trabalho protegido, esses últimos, uma realidade histórica que fundamenta as bases do desenvolvimento sócio histórico do capitalismo dependente brasileiro. Como resultado, a financeirização da economia avançou de forma acelerada, reforçando a primazia dos interesses rentistas sobre qualquer projeto de desenvolvimento nacional e, principalmente, avançando no fundo de vida do trabalhador através dos mecanismos que compõe a superexploração do trabalho

Nesse contexto, a política social foi redesenhada sob a lógica da focalização e da seletividade. As reformas da Previdência (1998) e da assistência social reduziram direitos, introduziram contribuições previdenciárias para aposentados e aposentadorias complementares de caráter privado. O discurso da "eficiência" justificou o esvaziamento dos investimentos públicos em saúde, educação e seguridade, enquanto proliferavam programas assistenciais focalizados e de curta duração, voltados apenas para a extrema pobreza.

O incentivo explícito ao capital financeiro foi uma marca registrada desse período. Como adverte Paulani⁵ (2017, p. 30), o Estado brasileiro tornou-se “um garantidor da reprodução do capital financeiro”, operando a favor dos mercados de capitais e da dívida pública interna, em detrimento do fortalecimento das políticas sociais. A crescente financeirização do fundo público drenou recursos da seguridade social para o pagamento de juros, precarizando ainda mais os sistemas públicos e enfraquecendo a capacidade estatal de garantir direitos universais.

A política de privatizações de setores estratégicos, como energia, telefonia e mineração, além de ampliar a dependência externa, comprometeu ainda mais o financiamento das políticas públicas. Como aponta Behring² (2010, p. 28), as privatizações não apenas fragilizaram o Estado como agente econômico, mas também eliminaram fontes importantes de receita para a sustentação dos serviços sociais.

Portanto, o ciclo iniciado com Collor e consolidado com FHC estruturou no Brasil um modelo de Estado mínimo para os direitos sociais e máximo para a reprodução do capital financeiro. A política social, longe de ser concebida como instrumento de justiça distributiva, foi reconfigurada como mecanismo de gestão da pobreza e de legitimação da ordem neoliberal-financeirizada.

Nos governos Lula e Dilma (2003–2016), o cenário das políticas sociais no Brasil apresentou simultaneamente avanços e permanências dos programas governamentais dos antecessores e traços regressivos estruturais. De um lado, é inegável a ampliação do financiamento para programas sociais, como o Bolsa Família, a valorização real do salário mínimo, manutenção dos preços dos alimentos e da cesta básica e a expansão de algumas ações de assistência e seguridade social. De outro, persistiram elementos fundamentais da racionalidade neoliberal, particularmente o compromisso com a política macroeconômica, a responsabilidade fiscal e a continuidade de medidas de retração dos direitos sociais de caráter universalistas.

Como destaca Siqueira¹ (2023, p. 6), a ampliação das políticas sociais no período se deu dentro de um marco de "responsabilidade com o superávit primário", o que limitou estruturalmente a expansão de direitos sociais universais. Embora tenha havido aumento dos repasses federais para a área social, isso ocorreu sob forte ênfase em programas focalizados de transferência de renda, em detrimento do fortalecimento de políticas públicas universais e estruturantes, como saúde, educação e previdência social públicas e de qualidade que, de fato, possuem propensão à satisfação das necessidades humanas básicas.

Essa ênfase na transferência de renda atendeu a uma lógica de combate à pobreza extrema sem alterar as bases da desigualdade estrutural. Segundo Lavinias (apud Siqueira, 2023, p. 5)¹, esses programas operam mais como instrumentos de cidadania pelo consumo do que pela efetivação plena dos direitos sociais. Ao priorizar a integração das camadas populares ao mercado de consumo sem alterar consideravelmente as condições de produção e reprodução da desigualdade, os governos Lula e Dilma contribuíram para a manutenção da lógica neoliberal-financeirizada, ainda que sob uma roupagem progressista.

Neste contexto, opera-se um processo de captura do imaginário social das classes subalternas pela via do consumo. A política de transferência de renda condicionada promoveu a incorporação dos pobres à lógica mercantil, deslocando o horizonte de luta social da conquista de direitos universais para a capacidade de consumir. A cidadania passou a ser identificada com a possibilidade de acesso ao mercado, esvaziando-se a perspectiva de direitos sociais enquanto dimensões inalienáveis da condição humana, há uma migração da percepção do sentido de cidadania portadora de direitos para a lógica da cidadania pela via do consumo de bens e mercadorias.

Essa captura do imaginário pelo consumo contribuiu para a conformação de uma nova subjetividade nas classes trabalhadoras, mais voltada à integração individual no mercado do que à organização coletiva pela transformação social. Como resultado, naturalizou-se a ideia de que a superação da pobreza poderia ser alcançada apenas por meio da inclusão no consumo, sem enfrentamento das estruturas de exploração, aprofundando a passivização política e a fragmentação das lutas sociais por meio da cooptação dos movimentos sociais.

De forma dinâmica e contraditória, assistiu-se à negação das necessidades humanas básicas na formulação das políticas públicas, que passaram a ser concebidas sob a ótica dos mínimos sociais. Como pontua Siqueira¹ (2023), os direitos sociais foram ressignificados não como expressões da cidadania plena, mas como garantias de subsistência mínima para os extremamente pobres, relegando à margem da política pública a promoção universal da educação, da saúde e da previdência. Assim, a satisfação das necessidades humanas básicas, como o direito à moradia digna, à educação de qualidade, à saúde integral e à proteção social, foi subordinada à lógica da focalização e da mitigação imediata da pobreza de consumo.

No plano econômico, houve continuidade do incentivo ao capital neoliberal e à financeirização. Como aponta Paulani⁵ (2017, p. 30), o Estado brasileiro manteve sua função de garantidor da reprodução do capital financeiro, destinando volumosos recursos ao pagamento de juros da dívida pública. Mustafa⁷ (2015, p. 99) reforça que, enquanto

programas sociais como o Bolsa Família representavam apenas 0,46% do PIB, as despesas financeiras com a dívida pública alcançavam valores muito superiores, demonstrando o verdadeiro centro das prioridades estatais. Mota³ (2008, p. 134) analisa que a expansão dos investimentos sociais "esconde a abertura de novos e lucrativos mercados para o capital privado", enquanto se promovia uma imagem de fortalecimento da proteção social, na prática abria-se espaço para a mercantilização dos direitos sociais.

Outro aspecto fundamental do período foi a estratégia de conciliação de classes e de passivização dos trabalhadores, marcas importantes da configuração da identidade do lulismo. A adoção de políticas sociais de alívio imediato da pobreza, sem o enfrentamento das estruturas de exploração e desigualdade, promoveu a integração subordinada da classe trabalhadora ao projeto de crescimento econômico orientado para o mercado externo e o agronegócio, por muitos denominado como "neodesenvolvimentismo". Essa estratégia, ainda que tenha reduzido indicadores de pobreza extrema, resultou na fragmentação das lutas sociais e na desmobilização dos setores populares.

A conciliação operada pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) procurou articular interesses de frações do capital financeiro, industrial e agrário a ceder com concessões pontuais à classe trabalhadora, dentro de um pacto de governabilidade que evitasse rupturas com a ordem neoliberal. Como sintetiza Mota³ (2008, p. 137), "a inclusão dos excluídos serviu de discurso de legitimação para o avanço do capital sobre os ativos públicos", evidenciando o caráter contraditório da política social nesse período.

A Reforma da Previdência de 2003 (EC 41/2003), aprovada no primeiro mandato de Lula, foi emblemática desse processo, uma vez que, ao endurecer as regras de aposentadoria dos servidores públicos e introduzir o regime de previdência complementar, a reforma promoveu o desmonte progressivo da proteção previdenciária pública, em favor da ampliação dos mecanismos privados. Portanto, o ciclo Lula-Dilma, embora tenha apresentado inovações no combate à pobreza extrema, perpetuou a lógica da focalização, da financeirização e da subordinação das políticas sociais às exigências do capital neoliberal. A ausência de uma ruptura com a lógica regressiva instalada nos anos 1990 limitou a capacidade transformadora da política social e contribuiu para a fragilidade das conquistas em momentos de crise.

Com os governos conservadores e ultra neoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro (2016–2022), a dinâmica regressiva da política social atingiu um novo patamar de radicalização. As medidas de austeridade e ajuste fiscal, já presentes desde os anos 1990,

foram aprofundadas e sistematizadas como parte de um projeto explícito de reconfiguração ultraliberal do Estado e da proteção social.

Um marco decisivo desse período foi o documento *Ponte para o Futuro*, lançado em 2015 pela Fundação Ulysses Guimarães, braço político do MDB, como programa orientador com propostas a eliminação dos pisos constitucionais de saúde e educação, o aumento do percentual da desvinculação das receitas da seguridade social e a implantação de uma política de ajuste fiscal permanente, baseando-se na lógica de que os direitos sociais representam um peso insustentável para o Estado (Siqueira, 2023)¹. A *Ponte para o Futuro* expressa claramente a intenção de transformar o Estado em mero garantidor da estabilidade monetária e da remuneração do capital financeiro, relegando os direitos sociais a uma dimensão residual e subordinada.

A partir dessa diretriz, a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 instituiu o congelamento dos gastos primários da União por vinte anos, afetando diretamente os investimentos em saúde, educação, assistência social e previdência e demais políticas públicas que protegem direta e indiretamente a classe trabalhadora. Segundo Pereira⁸ (2018, p. 2192), essa medida representou “um ataque sem precedentes aos direitos sociais”, ao cristalizar constitucionalmente a política de austeridade e reduzir estruturalmente a capacidade do Estado de promover a inclusão social.

No campo das relações de trabalho, a Reforma Trabalhista de 2017 alterou mais de cem dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), flexibilizando direitos históricos conquistados pela classe trabalhadora. A contrarreforma das Leis de Regumantação do Trabalho legalizou e aprofundou modalidades de contratação precarizadas, fragilizou o poder de negociação coletiva e ampliou o poder do empregador, aprofundando a lógica da superexploração da força de trabalho típica do capitalismo dependente.

No governo Bolsonaro, o projeto de desmonte do parco Estado Social brasileiro e de fortalecimento do capital financeiro foi ainda mais intensificado. A aprovação da Reforma da Previdência de 2019 (EC 103/2019) alterou profundamente as regras de acesso à aposentadoria pública, impondo idade mínima elevada, novo cálculo de benefícios e mecanismos de transição duros para os trabalhadores da ativa. Tais reformas consolidam a substituição da proteção social pública e solidária por mecanismos privados e capitalizados, ampliando o mercado de previdência privada e, conseqüentemente, os lucros do setor financeiro.

Além dessas reformas estruturais, o avanço da agenda de privatizações, a desregulamentação de setores estratégicos da economia e a precarização dos serviços públicos expressaram a plena adesão dos governos Temer e Bolsonaro à lógica do capital neoliberal-financerizado. Como destaca Paulani⁵ (2017, p. 30), o Estado foi reduzido a mero garantidor da valorização do capital financeiro, abandonando seu papel de mediador das desigualdades sociais. Paralelamente, assistiu-se à ascensão de um conservadorismo político, social e cultural que buscou legitimar esse projeto regressivo. O governo Bolsonaro, em especial, promoveu uma cruzada ideológica contra os direitos humanos, os movimentos sociais, as minorias e a própria ideia de igualdade social. Esse movimento operou uma "captura do imaginário social" pela extrema direita, naturalizando a retirada de direitos como parte de um discurso de moralização da política e da gestão pública.

O conservadorismo emergente forneceu a base ideológica para a criminalização da pobreza, a culpabilização das vítimas da desigualdade e a difusão da ideia de meritocracia individual como único critério legítimo de ascensão social na sociabilidade capitalista produtora e reprodutora da própria desigualdade. Nesse sentido, a ofensiva contra os direitos sociais foi duplamente articulada: pelo desmonte legal e institucional das políticas públicas e pela disseminação de valores que deslegitimam a solidariedade social como princípio.

Assim, o período 2016–2022 representa não apenas a intensificação das reformas regressivas iniciadas nos anos 1990, mas sua radicalização sob a égide de uma nova ordem conservadora e ultraliberal. A política social foi definitivamente subordinada à lógica da acumulação de capital, a cidadania foi reduzida ao consumo, e o Estado transformado em instrumento de reprodução do rentismo financeiro.

A retirada sistemática de direitos, a precarização do trabalho e a mercantilização da proteção social consolidam o Brasil como laboratório avançado das experiências de ajuste estrutural e financeirização da vida social no capitalismo dependente. Como adverte Behring² (2010, p. 28), em tal contexto, “a política social deixa de ser expressão de cidadania para tornar-se mera estratégia de controle da pobreza e da ordem social”. Além disso, autores como Fernandes⁹ (1973, p. 40) e Borón¹⁰ (2008) ressaltam que essa trajetória reflete o caráter estrutural da dependência latino-americana e a subordinação das burguesias locais aos interesses do capital internacional. No Brasil, essa dinâmica consolidou-se na reprodução de uma política econômica voltada para a valorização do capital financeiro em detrimento da garantia de direitos sociais fundamentais.

Essa trajetória de regressão revela não apenas uma escolha política, mas uma estratégia de classe, como pontua Granemann¹¹ (2007, p. 52), que denuncia o "cântico devocional das elites" em nome do mercado e da austeridade. A criminalização dos direitos sociais e a culpabilização da população pobre — tida como responsável pelos déficits estatais — são parte integrante desse processo, resultando na naturalização do sofrimento social como efeito colateral necessário da “responsabilidade fiscal”.

Mészáros¹² (2011, p. 11) aprofunda essa análise ao afirmar que a crise das políticas sociais deve ser compreendida no interior da crise estrutural do capital, caracterizada pela conversão do trabalho, dos direitos e da natureza em mercadorias descartáveis. Nesse contexto, a superexploração da força de trabalho e a destruição ambiental tornam-se aspectos inseparáveis da reprodução do capital em sua fase mais destrutiva. Conforme adverte o autor, vivemos uma “processualidade incontrolável e profundamente destrutiva”, em que a valorização do capital suprime os imperativos humano-sociais mais elementares.

Diante desse cenário, os desafios contemporâneos da política social no Brasil transcendem a sua expansão quantitativa ou a gestão eficiente dos recursos. Trata-se, sobretudo, de disputar o seu conteúdo político e seu sentido histórico, reafirmando a centralidade dos direitos sociais universais, da valorização do trabalho, e, enquanto não forem enfrentadas as relações de dependência e subordinação ao capital imperialista, a política social permanecerá submetida à lógica da acumulação e distante de uma efetiva função emancipadora.

1.2 Os impactos regressivos das políticas sociais na política de saúde mental

Os ataques e a inflexão regressiva das políticas sociais no Brasil, especialmente a partir da consolidação do neoliberalismo-financeirizado e da agenda de austeridade, produziram efeitos diretos e profundos no campo da saúde mental, reconfigurando tanto suas bases institucionais quanto seus sentidos político-sociais. Esse processo não pode ser compreendido de forma isolada, mas como expressão da crise estrutural do capital e da contrarreforma do Estado em favor dos processos de acumulação, que redefinem o conteúdo das políticas sociais e subordinam sua lógica à reprodução ampliada do capital.

A política de saúde mental, portanto, deve ser analisada como parte da totalidade das políticas sociais e, assim, atravessada pelas mesmas determinações estruturais que incidem sobre o fundo público, o trabalho e os direitos sociais. No capitalismo contemporâneo, marcado pelo neoliberalismo-financeirizado e pela hegemonia do capital fictício, as políticas

sociais, ao serem ressignificadas, deixam de operar prioritariamente como mediações de proteção social e passam a assumir funções de regulação da pobreza, gestão da força de trabalho excedente e abertura de novos nichos de acumulação. Inserida nesse contexto, a saúde mental adquire centralidade estratégica, uma vez que incide diretamente sobre as formas de sofrimento social produzidas pelas contradições do capital e pelo agravamento das expressões da questão social.

No âmbito específico da saúde mental, essa regressividade se manifesta, em primeiro lugar, pelo tensionamento e pela desestruturação do projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira — historicamente construído sob a perspectiva da desinstitucionalização, do cuidado em liberdade e da centralidade dos direitos humanos — e que, na atualidade, se fragiliza diante da recomposição de interesses conservadores e privatistas. Como afirmam Pereira e Guimarães¹³ (2014, p. 82), a saúde mental deve ser compreendida no interior das determinações sociais mais amplas, como expressão da relação contraditória entre Estado e sociedade civil no capitalismo, o que demonstra que os rumos dessa política estão diretamente vinculados às disputas sociais e às correlações de forças.

A partir de 2016, com o avanço da agenda ultraneoliberal no Brasil, observa-se um processo de afastamento e desorientação normativa e financeira que compromete profundamente a lógica territorial e comunitária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Emenda Constitucional nº 95/2016 inaugurou um novo patamar de desfinanciamento, incidindo diretamente sobre o SUS e limitando a capacidade estatal de garantir o cuidado integral. Tal restrição deve ser compreendida à luz da financeirização do fundo público, que desloca recursos sociais para a reprodução do capital rentista.

Concomitantemente, verifica-se o fortalecimento de dispositivos alinhados à lógica asilar, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Esse movimento de remanicomialização expressa não apenas uma mudança na prestação de serviços assistenciais, mas uma regressão civilizatória, recolocando práticas de isolamento e controle social, acompanhadas de crescente transferência de recursos públicos para instituições privadas, o que explicita a mercantilização da saúde mental e converte o sofrimento psíquico em espaço de valorização do capital.

Nesse ponto, a contribuição de Giovanni Alves torna-se central para aprofundar a compreensão da relação entre capitalismo contemporâneo e adoecimento psíquico. Para o autor, a sociabilidade capitalista em sua fase neoliberal produz uma forma específica de subjetividade marcada por intensos processos de estranhamento e sofrimento. Como afirma

Alves¹⁴ (2011), o capital tornou-se um sistema sociometabólico universal que penetra todas as dimensões da vida social, produzindo formas de existência submetidas à lógica da valorização.

Esse processo implica uma reorganização profunda da subjetividade, na qual o indivíduo passa a internalizar as exigências do capital como imperativos pessoais. A vida cotidiana, o trabalho e até mesmo os afetos passam a ser mediados pelos valores-fetiche do mercado, produzindo formas de sofrimento que não podem ser reduzidas a dimensões individuais.

Nesse contexto, identifica-se a emergência de uma sociabilidade marcada por oscilações subjetivas que podem ser compreendidas como uma sociedade entre a depressão e a hipomania. De um lado, intensificam-se as exigências produtivistas, as metas e a competitividade; de outro, instala-se a frustração estrutural diante da impossibilidade de realização plena dessas expectativas. Desse modo, o estresse e a depressão se disseminam nas escolas, nos locais de trabalho e nas diversas instâncias da vida social, atingindo profundamente o mundo do trabalho (Alves, 2011)¹⁴.

Essa formulação é relevante por deslocar o debate da esfera individual para o plano das determinações sociais do sofrimento psíquico. O adoecimento mental, portanto, não se configura como anomalia, mas como expressão da própria normalidade do capitalismo contemporâneo. Ademais, Alves¹⁴ (2011) demonstra que o capitalismo neoliberal produz uma subjetividade permanentemente tensionada entre desempenho e fracasso, na qual o medo e a ansiedade diante de metas inalcançáveis geram culpa e sensação de insuficiência.

Essa dinâmica contribui para a disseminação de quadros de hipomania, depressão, desvio psicótico e burnout, ao mesmo tempo em que estimula momentos de hiperatividade e busca incessante por desempenho. Configura-se, assim, uma dupla determinação regressiva: enquanto o capitalismo intensifica o sofrimento, o Estado reduz sua capacidade de resposta, desmontando políticas públicas de proteção social. Tal movimento reforça a individualização do sofrimento e a culpabilização dos sujeitos, deslocando o debate das determinações estruturais para explicações moralizantes e psicologizantes.

Além disso, a expansão de comunidades terapêuticas, marcadas por abordagens moralizantes e pela centralidade da abstinência e da fé, expressa a articulação entre neoliberalismo e conservadorismo, operando como dispositivos de controle social. Em vez de enfrentar as causas estruturais do sofrimento, tais instituições reforçam práticas de disciplinamento e normalização.

Outro aspecto central refere-se à precarização do trabalho em saúde mental. A intensificação do trabalho, a flexibilização dos vínculos e a insuficiência de equipes comprometem a qualidade do cuidado, indicando que a crise da saúde mental também é uma crise das condições de produção do trabalho em saúde. A regressão dessa política, portanto, não representa apenas perda de direitos, mas sua ressignificação histórica: a saúde mental deixa de ser concebida como direito universal e passa a operar como instrumento de gestão da pobreza e controle das populações subalternizadas.

Os impactos regressivos das políticas sociais sobre a saúde mental revelam, assim, uma dinâmica profundamente contraditória: o capitalismo, ao mesmo tempo em que produz sofrimento psíquico em larga escala, desmonta as condições institucionais e políticas necessárias ao seu enfrentamento. A saúde mental configura-se, desse modo, como campo privilegiado para a análise das mediações entre crise do capital, Estado, políticas sociais e subjetividade, reafirmando a necessidade de uma abordagem crítica, totalizante e historicamente situada.

Diante desse cenário de regressão e ressignificação, é fundamental reconhecer que esse processo não se desenvolve de forma linear ou homogênea. Ao contrário, o campo da saúde mental permanece como espaço de disputas entre projetos societários antagônicos. De um lado, consolida-se a lógica mercantil e conservadora; de outro, resiste a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, orientada pelo cuidado em liberdade, pelos direitos humanos e pela transformação das condições sociais produtoras de sofrimento.

A política de saúde mental, portanto, não pode ser reduzida a uma trajetória unívoca de desmonte, devendo ser compreendida como campo de luta e contradição. Mesmo em contextos de regressividade, persistem resistências institucionais, profissionais e sociais que tensionam os retrocessos e mantêm abertas possibilidades de afirmação de direitos.

Uma das expressões mais relevantes dessas resistências encontra-se na atuação cotidiana dos trabalhadores do SUS, especialmente nos serviços territoriais da RAPS. Mesmo diante do subfinanciamento e da precarização, esses profissionais sustentam práticas alinhadas ao paradigma antimanicomial, reafirmando o cuidado territorial, interdisciplinar e centrado no sujeito. A prática em saúde mental, nesse contexto, assume caráter ético-político frente à ofensiva conservadora.

Paralelamente, os movimentos sociais — como o movimento da luta antimanicomial — desempenham papel central na denúncia de violações e na defesa da saúde mental como direito. Essa atuação articula-se a uma crítica mais ampla às políticas neoliberais, destacando

que o sofrimento psíquico está intrinsecamente vinculado às condições materiais de vida e às desigualdades estruturais.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde mental torna-se, portanto, fundamental. Conforme Araújo e Torrenté¹⁵ (2023), o enfrentamento das desigualdades sociais, raciais e de gênero constitui condição para a efetivação de uma política baseada em direitos. Tal perspectiva amplia a análise para além da clínica, situando o sofrimento psíquico como expressão da questão social.

A partir dessa chave analítica, as possibilidades emancipatórias vinculam-se diretamente ao fortalecimento do SUS enquanto sistema público, universal e integral. Isso implica a reversão das políticas de austeridade, a recomposição do financiamento e o investimento na RAPS. Contudo, não se trata apenas de ampliar recursos, mas de disputar o conteúdo político das políticas públicas.

A reconstrução da saúde mental exige enfrentar a mercantilização do cuidado, o avanço das comunidades terapêuticas e a captura do fundo público pelos interesses do capital. Trata-se, portanto, de uma disputa de projeto societário. A intersectorialidade, nesse contexto, deve ser compreendida como estratégia de enfrentamento das múltiplas determinações do sofrimento, articulando políticas de trabalho, renda, habitação, educação e assistência social.

Por fim, a perspectiva crítica permite reconhecer que a emancipação no campo da saúde mental não se esgota nas políticas públicas. Como aponta Mészáros¹² (2011), a superação do sofrimento socialmente produzido exige a transformação das próprias relações sociais. A luta por uma saúde mental antimanicomial, assim, articula-se a um projeto mais amplo de emancipação humana, que transcende os limites do Estado e das políticas sociais.

Também é fundamental considerar que as disputas em torno da saúde mental se dão no plano ideológico e cultural. A desnaturalização do estigma, a crítica à individualização do sofrimento e a construção de novas formas de sociabilidade são elementos centrais para a consolidação de uma política comprometida com a dignidade humana.

Desse modo, as possibilidades emancipatórias dependem da articulação entre resistência cotidiana, mobilização social, produção teórica crítica e disputa política mais ampla. Em um contexto de crise estrutural do capital, tais possibilidades não se configuram como tendências automáticas, mas como construções históricas que exigem organização coletiva, radicalidade crítica e compromisso com a transformação social.

2 CONSIDERAÇÕES E APONTAMENTOS FINAIS

A análise empreendida neste artigo permite afirmar que a política social brasileira, no contexto da crise estrutural do capital e da hegemonia do neoliberalismo financeirizado, encontra-se marcada por um movimento regressivo que ultrapassa dimensões conjunturais e se inscreve na própria lógica de reprodução ampliada do capital. Ao longo do período analisado, especialmente a partir da década de 1990 e com maior intensidade no pós-2016, observa-se a consolidação de uma racionalidade que redefine o papel do Estado, deslocando-o da condição de garantidor de direitos para agente de sustentação da valorização do capital, mediante a subordinação do fundo público aos interesses rentistas.

Nesse quadro, a política social deixa de operar prioritariamente como instrumento de universalização de direitos e passa a assumir funções de regulação da pobreza e gestão dos segmentos subalternos, expressando a contradição entre sua dimensão formalmente universalizante e sua efetivação concreta restritiva e seletiva. Tal inflexão revela que a regressividade observada não constitui um desvio, mas uma tendência estrutural do capitalismo em sua fase financeirizada, particularmente agudizada nas formações sociais dependentes.

No campo da saúde mental, essas determinações assumem contornos particularmente expressivos. O desmonte progressivo da RAPS, o subfinanciamento do SUS e a revalorização de dispositivos de caráter asilar e privatista configuram um processo de contrarreforma que tensiona os fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mais do que uma mudança organizacional, trata-se de uma redefinição do sentido da política, que passa a operar sob uma lógica de controle, medicalização e mercantilização do cuidado, em detrimento de uma perspectiva orientada pelos direitos humanos e pela integralidade da atenção.

Articulado a esse processo, o avanço do neoliberalismo incide também sobre a constituição da subjetividade, produzindo formas específicas de sofrimento psíquico diretamente vinculadas às condições materiais de existência e às dinâmicas contemporâneas de exploração e alienação. A intensificação das exigências produtivas, a instabilidade das relações de trabalho e a internalização das lógicas de desempenho e responsabilização individual indicam que o adoecimento mental não pode ser compreendido de forma dissociada das determinações sociais. Afirma-se, assim, uma dupla determinação: o capitalismo contemporâneo amplia as condições produtoras de sofrimento social e mental ao mesmo tempo em que fragiliza ou desmonta as respostas institucionais destinadas ao seu enfrentamento por meio das políticas sociais.

A análise desenvolvida também demonstra que a política de saúde mental permanece como campo de disputas. Ainda que atravessada por tendências regressivas, nela se inscrevem práticas de resistência, sustentadas pela atuação de trabalhadores do SUS, por experiências territoriais e comunitárias e pela mobilização de sujeitos coletivos comprometidos com a defesa dos direitos. Essa dimensão contraditória reafirma que as políticas sociais não são espaços neutros, mas arenas nas quais se confrontam projetos societários distintos.

Diante disso, a compreensão crítica da política social — e, em particular, da saúde mental — requer sua apreensão como mediação entre Estado, capital, trabalho e subjetividade, situada no interior das determinações do capitalismo dependente. Ao mesmo tempo, impõe-se o reconhecimento de seus limites históricos: embora possam produzir avanços parciais, as políticas sociais não são capazes, por si só, de superar as bases estruturais que produzem desigualdades e sofrimento social.

O fechamento analítico deste estudo aponta que a disputa em torno da política social e da saúde mental não se restringe ao plano institucional, mas integra a luta mais ampla pela redefinição dos fundamentos da sociabilidade. Nesse horizonte, a defesa dos direitos sociais, da Reforma Psiquiátrica e do SUS adquire centralidade estratégica, ao passo que a construção de alternativas efetivamente emancipatórias se mostra indissociável da transformação das relações sociais que sustentam o capitalismo contemporâneo e suas formas de produção e reprodução ampliada.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira LWM. Política de assistência social e a acumulação de capital: os programas de transferência de renda e seu papel na economia dependente brasileira [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2021.
2. Behring ER. Política social no contexto da crise capitalista. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. São Paulo: Cortez; 2009.
3. Mota AE. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: Mota AE, organizadora. O mito da assistência social. São Paulo: Cortez; 2008.
4. Ivo ABL. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo Perspect. 2004;18(2).
5. Paulani LM. Não há saída sem a reversão da financeirização. Estud Av. 2017;31(89).
6. Fernandes F. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar; 1973.
7. Granemann S. Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho. Em Pauta. 2007;20.
8. Pereira SLB, Guimarães SJ. Política social, Estado e sociedade: reflexões sobre a política de saúde mental. Serv Soc Rev. 2014;16(2):80-96.
9. Marini RM. Dialética da dependência. In: Traspadini R, Stedile JP, organizadores. Ruy Mauro Marini: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular; 2005.
10. Araújo TM, Torrenté MON. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. Epidemiol Serv Saúde. 2023;32(1).

Direitos humanos, saúde mental e assistência social: tessituras e desafios¹

*Human rights, mental health and social assistance:
complexities and challenges*

*Derechos humanos, salud mental y asistencia social:
complejidades y desafíos*

Marco José de Oliveira Duarte¹
Carolina Morais Simões de Melo²
Isadora de Souza Alves³

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) | E-mail: marco.duarte@ufjf.br¹
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) | E-mail: carolinamoraisdemelo@gmail.com²
Prefeitura de São João Del Rei-MG | E-mail: isa92alves@gmail.com³

RESUMO

O presente artigo problematiza o campo da saúde mental, enquanto política pública, seus atores, redes e tessituras, tratando de temas desafiadores na perspectiva da interseccionalidade e a intersetorialidade, em contexto que se faz o trabalho profissional, o cuidado em saúde, a garantia de direitos humanos e a defesa das políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Direitos Humanos. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This article discusses the field of mental health as a public policy, its actors, networks and structures, addressing challenging issues from the perspective of intersectionality and intersectorality, in the context of professional work, health care, the guarantee of human rights and the defense of public policies.

Keywords: Mental Health, Human Rights, Psychosocial Rehabilitation.

¹ Inconsistências nas citações e referências são responsabilidade da autoria.

RESUMEN

Este artículo problematiza el ámbito de la salud mental como política pública, sus actores, redes y estructuras, abordando temas complejos desde la perspectiva de la interseccionalidad y la intersectorialidad, en el contexto del trabajo profesional, la atención sanitaria, la garantía de los derechos humanos y la defensa de las políticas públicas.

Palabras clave: Salud Mental, Derechos Humanos, Rehabilitación Psicosocial

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é fruto das reflexões expostas por ocasião de um evento de formação voltado para assistentes sociais e psicólogas/os, ocorrido em outubro de 2024, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSSaúde) do Departamento de Serviço Social (SER/UnB), em parceria com os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia (CRESS/DF e CRP/DF) e a Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES). A conferência teve como foco os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental, no cotidiano profissional, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 487, de 15 de fevereiro de 2023¹.

Cabe registrar que tal Resolução tem como conteúdo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que consolida um conjunto de medidas executadas e incorporadas pelo CNJ em decorrência das respostas anunciadas no âmbito do monitoramento do cumprimento de sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA) do caso *Damião Ximenes Lopes vs. Brasil*².

²A Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) é um órgão judiciário autônomo do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, que é parte da Organização dos Estados Americanos (OEA). A Corte interpreta e aplica a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Ela tem como função principal dirimir controvérsias sobre violações de direitos humanos, emitindo decisões e medidas provisórias. Em 1º de outubro de 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu à Corte (CIDH) uma demanda contra a República Federativa do Brasil, a qual se originou na denúncia nº 12.237, recebida na Secretaria da Comissão, em 22 de novembro de 1999, em decorrência da petição apresentada por Irene Ximenes Lopes, denunciando violações de direitos, maus tratos e morte do seu irmão Damião Ximenes Lopes, 30 anos, com deficiência mental, internado na Casa de Repouso Guararapes, clínica ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Sobral, Ceará. O motivo do óbito foi primeiro registrado como “morte natural” e depois como “causa indeterminada”. O referido órgão, a CIDH, admitiu a petição em outubro de 2002, após silêncio do Estado brasileiro às solicitações de informação. Houve sentença e julgamento e o Brasil foi condenado, em 04 de julho de 2006, pelas violações de direitos, previstos na Convenção Americana. Além dos pagamentos de indenizações, custas e gastos, a responsabilização do Brasil implicaria em fiscalização dos serviços como

Portanto, após o referido encontro, em Brasília, tratamos dessa devolutiva, como estudo, no âmbito do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS), no Rio de Janeiro, com a equipe de estudantes de pós-graduação e egressos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ), que tem ultimamente tratado da saúde mental em seus diversos recortes e intersecções, com a infância e juventude, com o gênero, com o racismo em seus múltiplos objetos. Assim, problematizamos a questão, a partir do tratamento dado pelo primeiro autor, para elaboração e sistematização desse capítulo que compõem essa potente coletânea que se volta as/aos trabalhadores/as dos Sistemas Únicos de Assistência Social (SUAS) e da Saúde (SUS), na perspectiva da educação permanente e para a crítica do trabalho no cotidiano dos serviços sociais, com foco no cuidado em liberdade.

Assim, no sentido dessa produção escrita, didaticamente, o referido capítulo está separado em dois momentos, o primeiro tenta trazer uma abordagem da saúde mental e dos direitos humanos na perspectiva da interseccionalidade, assim como tratado por autoras como Patricia Hill Collins^{2,3} e com Sirma Bilge⁴ e outras autoras, como Kimberlé Crenshaw⁵, que a tomam como uma ferramenta de análise, para entender, como as diferentes formas de opressão e privilégio se sobrepõem e se entrelaçam, moldando as experiências individuais e de grupos sociais pelos marcadores de diferença, como raça, gênero, sexualidade, território e classe social. É uma perspectiva crítica que busca identificar as causas estruturais das relações de poder e de desigualdades, que se produzem, se mantêm e se manifestam nas relações sociais capitalistas.

Na segunda parte do capítulo, portanto, tratamos da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas e o debate da intersetorialidade, particularmente, com o campo da assistência social e da justiça, problematizando os avanços, retrocessos e desafios que se colocam na atualidade, principalmente, tomando a política

de promover medidas de não repetição, com o estabelecimento de programas de capacitação relacionados à saúde mental envolvendo a pasta governamental de Direitos Humanos e outros órgãos públicos, como o CNJ. Essa Resolução do CNJ, conhecida como Resolução Damiano Ximenes Lopes, estabelece procedimentos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais no âmbito do sistema de justiça, buscando garantir os direitos humanos dessas pessoas e evitar a internação em instituições com características manicomiais.

antimanicomial do Poder Judiciário em curso no país e as resistências de setores conservadores presentes nas esferas públicas governamentais.

1.1 Saúde mental, direitos humanos e interseccionalidades

A saúde mental, historicamente relacionada à exclusão, ao isolamento e à desumanização dos sujeitos em sofrimento psíquico, vem sendo ressignificada por meio da luta antimanicomial e da consolidação de uma política pública pautada nos direitos humanos. A institucionalização da loucura foi marcada por um modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, onde a lógica do aprisionamento predominava sobre a do cuidado. Em contrapartida, a Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária, propôs uma ruptura com essa lógica, ao afirmar a centralidade da liberdade, da cidadania e da participação popular no tratamento em saúde mental.

Essa mudança paradigmática implicou uma crítica radical às instituições como os manicômios e comunidades terapêuticas, onde os indivíduos são submetidos a um regime de controle total. A superação desse modelo institucional vai além da extinção física; requer a transformação das práticas de cuidado, com foco na inclusão social, na autonomia e no respeito às singularidades dos sujeitos.

A promulgação de leis e a efetiva participação popular permitiu que o modelo assistencial fosse redirecionado, instituindo a política de atenção psicossocial e criando os serviços substitutivos. Essa transformação, no entanto, não se deu de maneira linear ou pacífica. O processo foi - e continua sendo - marcado por disputas, resistências institucionais e tentativas de retrocesso, especialmente nos períodos de instabilidade democrática e de ascensão de projetos autoritários.

Dessa forma, a história da saúde mental no Brasil é atravessada por práticas de exclusão, repressão e silenciamento. Desde o início do século XX, a loucura foi tratada como ameaça à ordem e à moralidade, consolidando-se, com a promulgação da Lei dos Alienados, de 1903, o hospital psiquiátrico como espaço institucional exclusivo para tratamento, sob o monopólio da autoridade médica. A medicalização da diferença transformou a diversidade humana em doença, estabelecendo o hospício como território do confinamento e da invisibilidade social.

Durante a ditadura civil-militar-empresarial (1964–1985), os hospitais psiquiátricos se expandiram mediante convênios com instituições privadas, transformando a lógica da internação em mercadoria. Como apontado por Amarante⁶, a loucura passou a ser lucrativa. Nesse contexto, pessoas foram internadas em massa sem critérios clínicos, como no caso emblemático do Hospital Colônia de Barbacena, onde mais de 60 mil pessoas morreram em condições desumanas — a maioria sem diagnóstico psiquiátrico, sendo pobres, negras, mulheres, analfabetas e homossexuais.

Com o processo de redemocratização e a emergência dos movimentos sociais, entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o paradigma da assistência e do saber psiquiátrico hegemônico foi colocado em xeque. O movimento antimanicomial brasileiro articulou o fechamento progressivo dos manicômios à construção de uma rede territorializada, comunitária e intersetorial de atenção psicossocial. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) foram marcos nesse processo, ao estabelecerem a saúde mental como direito de todos e dever do Estado.

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária (p. 55)⁶

Além disso, no pós-ditadura, a Constituição Federal de 1988⁷ institucionalizou o direito universal à saúde, organizando o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A saúde mental, inserida nesse contexto, passou a ser compreendida como construção coletiva, relacional e territorializada, e não apenas como ausência de transtornos mentais.

A Lei nº 10.216/2001⁸ garantiu os direitos das pessoas com transtornos mentais à liberdade, ao convívio comunitário e ao tratamento digno e humanizado. Embora a lei não tenha extinguido imediatamente os manicômios, sua aprovação representou o resultado de intensa mobilização social, com protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores/as, gestores/as e parlamentares comprometidos com a saúde pública.

Sendo assim, a reforma psiquiátrica brasileira, representou a consagração de uma luta histórica pela superação do modelo manicomial e pela criação de uma rede de serviços substitutivos centrados na atenção comunitária e na promoção da autonomia

dos usuários, ou seja, o modelo de atenção psicossocial. Inspirada, em boa parte, na psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, frente aos processos de renovação desse campo em nível internacional. Mas também pelas críticas formuladas por diversos autores engajados e expoentes do movimento social da luta antimanicomial, essa reforma propôs a substituição do hospital psiquiátrico por uma lógica de cuidado em liberdade, em consonância com os princípios dos direitos humanos.

Passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (p. 7)⁹

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) concretizou os princípios da reforma. Esses serviços, organizados por nível de complexidade e população atendida, operam com equipes multiprofissionais, na elaboração dos projetos terapêuticos singulares (PTS) e em estratégias comunitárias. No entanto, sua implementação esbarra em desafios como o subfinanciamento do SUS, a descontinuidade de políticas públicas e a resistência de setores biomédicos e conservadores à lógica da atenção e do modelo psicossocial.

A saúde mental como direito humano é uma conquista fundamental da sociedade democrática. Contudo, sua efetivação ainda é tensionada por práticas autoritárias, medicalizantes e excludentes que historicamente relegaram a loucura à margem da sociedade. A institucionalização da diferença, por meio de manicômios, foi expressão de controle social sobre os corpos considerados “anormais”, sobretudo pobres, negros e indesejados¹⁰.

O paradigma da reforma psiquiátrica rompe com essa lógica ao afirmar o cuidado em liberdade e o protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico. A política pública de saúde mental deve reconhecer o sofrimento como fenômeno inseparável das condições sociais, políticas e econômicas vivenciadas pelos sujeitos.

Nesse sentido, os direitos humanos articulam-se à justiça social e à cidadania, exigindo do Estado a oferta de serviços públicos, universais e equânimes. A Declaração Universal dos Direitos Humanos¹¹ e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹² sustentam que todas as pessoas, independentemente de sua condição psíquica, têm direito à dignidade, ao cuidado e à não discriminação.

As expressões da questão social — como o desemprego, a fome, a violência e a insegurança habitacional — configuram determinantes estruturais do sofrimento mental, diretamente vinculados aos direitos fundamentais que asseguram a dignidade humana. Ao ignorar essas determinações, a política pública corre o risco de reforçar a medicalização da vida e a responsabilização individual pelo adoecimento. A medicalização excessiva, alimentada por interesses da indústria farmacêutica, despolitiza o sofrimento e transforma questões sociais em diagnósticos psiquiátricos.

Nesse sentido, a interseccionalidade permite compreender como raça, classe, gênero, sexualidade, deficiência e território moldam tanto as experiências de adoecimento quanto o acesso (ou a negação) aos direitos sociais. Mulheres negras, por exemplo, estão mais expostas à violência obstétrica, ao racismo institucional e à invisibilidade nos serviços de saúde mental. Já jovens negros, moradores de favelas, são frequentemente criminalizados e patologizados, tendo seus sofrimentos tratados como desvios de conduta¹³.

A segunda edição do Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM), divulgada em junho de 2024, evidenciou que pessoas transgênero, indígenas e de baixa renda apresentam os menores índices de bem-estar psicológico no Brasil. O estudo aponta que as pessoas trans são o grupo com pior resultado, com média de bem-estar de apenas 37,7 em uma escala de 0 a 100. Indígenas e pessoas negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica também figuram entre os mais afetados. Em contraste, homens brancos de alta renda relataram os melhores índices. Os dados reforçam que a saúde mental é atravessada por marcadores sociais como raça, classe, identidade de gênero e território, revelando desigualdades estruturais que impactam tanto o sofrimento psíquico quanto o acesso ao cuidado¹⁴.

Além disso, durante o governo Bolsonaro, aprofundaram-se os impactos negativos da desigualdade racial nas políticas públicas de saúde mental, como veremos no item a seguir. A negligência com as demandas da população negra, somada ao desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), agravou a precariedade do trabalho e do cuidado, sobretudo em territórios periféricos e vulnerabilizados. A lógica manicomial foi fortalecida com o financiamento a comunidades terapêuticas até hoje — muitas delas ligadas a grupos religiosos e sem respaldo técnico — em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essa conjuntura contribuiu para o aumento do sofrimento psíquico de pessoas negras, que já vivenciam cotidianamente o racismo, o encarceramento em massa, o genocídio da juventude negra e a negligência do Estado¹⁵. Principalmente, se essas tem intersecção com as dissidências em sexualidade e gênero, em territórios periféricos e favelados dentre outros marcadores sociais da diferença e da desigualdade¹⁶.

1.2 Política de saúde mental, álcool e outras drogas e intersectorialidade: avanços, retrocessos e desafios

Compreender a reforma psiquiátrica como processo social pressupõe compreender, primeiramente, que se trata de um processo em construção até os dias atuais e, em segundo lugar, que este é um movimento que não se constrói de forma linear, pelo contrário. A reforma psiquiátrica no Brasil conta com o vigor dos movimentos sociais, dos trabalhadores, familiares e usuários, mas também enfrenta diversas forças refratárias aos avanços propostos, constituindo-se, essencialmente, a partir da correlação de forças antagônicas que compõem a conjuntura brasileira nos últimos anos.

Ainda que os anos 2000, no Brasil, tenham sido marcados por diversos avanços no campo legislativo e pela expansão dos serviços substitutivos, principal estratégia de desinstitucionalização no país, presenciaram-se episódios de retrocesso na política de saúde mental particularmente a partir de 2010. Inicia-se um novo processo de manicomialização, que traz o debate do *crack* em detrimento das demais drogas e da aliança com setores conservadores, dando centralidade às comunidades terapêuticas. Conforme aponta Duarte¹⁷.

Numa conjuntura política de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras, reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra as drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista (p. 233)¹⁷

Duarte¹⁷, analisando o período de 2010 a 2018, sinaliza três tendências políticas que se desenrolam no campo da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. A

primeira propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, retomando os hospitais psiquiátricos como pontos da rede e reforçando o modelo hospitalar-manicomial e o corporativismo da ordem psiquiátrica. Há também uma inversão do modelo assistencial no campo do financiamento, que se desloca dos dispositivos psicossociais para ser reinvestido nos manicômios e nas comunidades terapêuticas.

Outra tendência diz respeito às parcerias público-privadas que vem crescendo, com contratos de trabalho celebrados com Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais de Saúde (OSS) para execução dos serviços da atenção psicossocial, representando na verdade uma mera reorganização dos serviços no âmbito de privatização da saúde.

Por fim, persiste a tendência histórica, que se vincula à gênese do movimento antimanicomial, que faz a crítica do modelo manicomial-hospitalocêntrico e do modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho, que persiste em muitas esferas governamentais.

Em 2017 emerge uma “nova” política de saúde mental a partir da Portaria GM/MS n. 3.588¹⁸ que reformula Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela não só reposiciona os hospitais como centrais na lógica assistencial, aumentando número de leitos e centralizando as internações como resposta, como também reorienta a direção territorial da saúde mental, reconfigurando o posicionamento dos CAPS, inserindo-os em uma hierarquia e uma especialização no âmbito do SUS, alterações realizadas sem a devida pactuação no Conselho Nacional de Saúde.

Em 2018 é aprovada a “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que se orienta para abstinência em detrimento da redução de danos. Em 2019, já no governo Bolsonaro, segue-se a mesma tendência, sendo emitida a Nota Técnica 11¹⁹ que tinha o objetivo de “esclarecer aspectos da nova política de saúde mental”.

Essa Nota, entre outras medidas, dá centralidade aos hospitais psiquiátricos na RAPS, cria ambulatórios especializados nos hospitais, retorna com os hospitais-dia, sem definir exatamente seu funcionamento, incentiva internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e o uso de eletrochoque. Houve duras críticas, nacionalmente,

por parte de ativistas, intelectuais e trabalhadores/as^{20,21,22,23} e foi suspensa posteriormente.

No primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), também foi sancionada a Lei 13.840²⁴, que autoriza a internação involuntária de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas sem autorização judiciária por profissionais da saúde e assistência social.

Em 2020, no contexto da pandemia de Covid-19 que se instala no Brasil e no mundo, instituindo o isolamento social como mecanismo de prevenção do contágio pela doença, destaca-se o fortalecimento e centralidade das comunidades terapêuticas, seja com o direcionamento de grandes volumes de financiamento público para essas instituições, com orientações e regulamentações de internações nestes locais, tendo a pandemia como justificativa, tanto de pessoas em situação de rua como de adolescentes, divergindo e se contrapondo às legislações e políticas públicas já existentes.

As alterações foram realizadas sem consulta às devidas instâncias de pactuação, como os conselhos de direito, gerando uma sobreposição de orientações e regulamentações contraditórias, num claro favorecimento das internações, do isolamento como terapêutica, impactando não apenas os dispositivos da RAPS, mas também das demais políticas setoriais.

É possível compreender a emergência de uma nova indústria da loucura no contexto ultraneoliberal e conservador, que tem como marcos o retorno do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado, da quebra do pacto do comando único na atenção em saúde, do avanço da lógica privatista e da medicalização e da ambulatorização dos serviços de saúde mental na direção de uma ordem médica psiquiátrica baseada no paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizado e manicomial²⁵.

Em 2023, com a reeleição do ex-presidente Luiz Inacio Lula da Silva (PT), é possível observar alguns avanços iniciais no campo da saúde mental. Além da nomeação da enfermeira, Dra. Sônia Barros, como diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Especializada de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, uma mulher negra e nordestina, que tem sua indicação respaldada pelos movimentos e entidades da luta antimanicomial e antiproibicionista, é possível apontar algumas recomposições importantes no campo legislativo em saúde mental.

As Portarias GM/MS nº 660²⁶ e nº 681²⁷, de 2023, instituem a recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados pelo Ministério da Saúde. Também em 2023, é aprovada a Portaria GM/MS nº 757²⁸, de 21 de junho de 2023 que revoga a Portaria 3.588 de 2017¹⁸, retomando os princípios e diretrizes da RAPS previstos pela legislação anterior, na Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011²⁹.

Outro acontecimento recente, de importante impacto no campo da saúde mental, diz respeito ao debate referente aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), antigos Manicômios Judiciários, ainda em funcionamento no Brasil. Apesar de várias legislações já indicarem a irregularidade destas instituições, elas ainda se mantêm em funcionamento em todo país. Em 2023, como já sinalizado, acima, é aprovada a Resolução CNJ nº 487¹, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência¹² e a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁸, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Tal política normativa visa assegurar os direitos de pessoas com transtornos mentais ou com deficiência psicossocial que estejam privadas de liberdade, cumprindo pena ou medida de segurança, em prisão domiciliar, medidas em meio aberto, entre outras condições que envolvam infrações penais. Busca orientar sobre os princípios e diretrizes que devem pautar a ação judicial tomando como referência os serviços territoriais e comunitários existentes em cada região, referenciando-se nas legislações vigentes concernentes à política de saúde mental.

Cabe destacar que, a despeito de tratar-se de um processo complexo e multifacetado, as orientações judiciais a respeito da desinstitucionalização dos internos/as dos hospitais de custódia têm gerado movimentos curiosos no campo das políticas públicas, em particular, da assistência social. Exemplos disso são a Resolução da CIT do MDASFCF nº 15, de 21 de agosto de 2024³⁰ e a Resolução do CNAS nº 166 de 18 de setembro de 2024³¹.

Esses dois instrumentos acima têm como função apresentar os parâmetros nacionais de atuação da Política de Assistência Social no atendimento às pessoas em sofrimento mental no processo de desinstitucionalização dos hospitais de custódia. As Resoluções apresentam, essencialmente, os princípios e diretrizes do Sistema Único de

Assistência Social (SUAS) e indicam que estes devem se aplicar a este público. Considera-se, então, que não trazem novas pactuações ou novas estratégias de assistência que não estejam contempladas nas legislações e políticas correlatas, em vigência desde as décadas de 1990 e 2000, respectivamente, período de promulgação da Lei do SUAS, do SUS e da regulamentação da Política Nacional de Assistência Social.

É interessante refletir que tanto a instituição da Política Antimanicomial do Judiciário quando as Resoluções citadas tenham sido aprovadas com mais de 40 anos após os primeiros questionamentos do modelo manicomial no Brasil e mais de 20 anos depois da implementação da reforma psiquiátrica. Estes fatores podem expressar os retrocessos no campo da reforma psiquiátrica e do desmonte das políticas públicas, mas também indicam que as políticas setoriais precisam se apropriar dos princípios da reforma psiquiátrica e das diretrizes da política de saúde mental, bem como dos princípios e diretrizes de suas legislações próprias, que nascem no mesmo chão histórico das reformas sanitária e psiquiátrica.

A assistência social é parte do tripé da Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988, lei esta que institui o Estado Democrático de Direito no Brasil. A Seguridade Social compreende um *conjunto integrado* de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, instituindo a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social como direitos universais e dever do Estado.

A Lei nº 8.742, aprovada em 1993, conhecida como Lei do SUAS³², indica que a assistência social deve prover os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, determinando princípios e diretrizes de atendimento e apontando a estruturação e organização desta política através de serviços, programas e projetos. Junto com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004³³, tem como público as famílias em sua inserção territorial e comunitária, direcionando ações e serviços de proteção a pessoas com rompimento de vínculos familiares e comunitários. Também prevê serviços e benefícios para pessoas com deficiência em situação de pobreza, apontando que as pessoas egressas das longas internações psiquiátricas, seja no início da Reforma Psiquiátrica, seja atualmente, nos manicômios judiciais, são público prioritário desta política em sua gênese.

Se não há novidades nos parâmetros legislativos e de organização das políticas públicas, percebe-se que se mantém ao longo destes anos o enorme desafio da

intersetorialidade, não apenas na articulação de serviços e programas e construção de fluxos, como propõem as Resoluções citadas anteriormente, mas também na retomada dos princípios que integram todas as políticas sociais na garantia dos direitos sociais e sua filiação democrática não só à Constituição Federal de 1988, mas também aos movimentos sociais e populares que sustentaram as Reformas e romperam os paradigmas anteriores.

Os princípios antimanicomiais, indicadores de uma transformação social radicalmente democrática, se expressam nas legislações e nas políticas sociais brasileiras desde sua implementação, não sem embates, disputas e acirramentos. Parece, porém, que o distanciamento dos princípios que regem as próprias políticas setoriais também tem avançado junto aos serviços e aos trabalhadores, fragilizando ainda mais a garantia de direitos e o cuidado em liberdade.

2 Considerações finais

Nesse contexto, pensar a saúde mental como direito humano exige romper com discursos que naturalizam as desigualdades e patologizam a diferença. É fundamental construir práticas de cuidado que reconheçam a singularidade dos sujeitos e os marcos estruturais de sua existência.

A defesa da saúde mental como direito humano, sustentada pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, enfrenta desafios conjunturais e estruturais que exigem um posicionamento ético, político e técnico das instituições e da sociedade. Em tempos de retrocessos democráticos, desmonte de políticas públicas e avanço de discursos higienistas, torna-se urgente reafirmar o cuidado em liberdade como princípio civilizatório.

A articulação entre saúde mental e direitos humanos, na perspectiva analítica da interseccionalidade, como vimos nesse capítulo, amplia a compreensão do sofrimento psíquico como fenômeno social, exigindo abordagens integradas, territorializadas e sensíveis à diversidade. Assim, o olhar da luta antimanicomial não se restringe as lógicas físicas e estruturas organizacionais dos hospícios e instituições fechadas, mas é, também, a incorporação da luta antirracista, anticisheterossexista, antiLGBTfóbica, anticapacitista e anticapitalista.

Desta forma, o Serviço Social, como a Psicologia, profissões constitutivas nos campos da assistência social e da saúde, são vistas, historicamente, a partir de seus processos de renovação e crítica profissionais, como comprometidas com os direitos humanos e com a transformação social, tem papel estratégico na consolidação de uma política de saúde mental pública, democrática, laica e emancipatória.

Portanto, defender a reforma psiquiátrica é defender a vida em sua complexidade, contradições e potências. Isto foi visto, quando da resistência de trabalhadores/as, usuários/as e familiares, frente aos desmontes e retrocessos da referida política pública, nos últimos tempos, sem descontextualizar o momento atual do Estado capitalista e a produção de suas desigualdades sociais, apontadas, portanto, como questões estruturais dos movimentos e lutas sociais antimanicoloniais³⁴.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília, DF: CNJ; 2023 [acesso em 13 mai 2025]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>
2. Collins PH. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo; 2022
3. Collins PH. Intersecções letais: raça, gênero e violência. São Paulo: Boitempo; 2024
4. Collins PH; Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020
5. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estud Fem. 2002;10(1):171-88
6. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005
10. Pereira MO; Passos RG. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Autografia; 2017.
11. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova York: ONU; 1948.
12. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova York: ONU; 2006.
13. Assis JF de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. Serv Soc Soc [Internet]. 2018Sep;(133):547-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>
14. Pereira R. Saúde mental no Brasil: relatório revela que pessoas transgênero, de baixa renda e indígenas têm os piores índices de bem-estar. O Globo. 13 jun 2024. [acesso em 15 maio 2025]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/06/13/saude-mental-no-brasil-relatorio-revela-que-pessoas-transgenero-de-baixa-renda-e-indigenas-tem-os-piores-indices-de-bem-estar.ghtml>
15. Batista RC. Racializando o setembro amarelo: saúde mental em tempos de Bolsonaro. Carta Capital. 27 set 2022 [acesso em 20 maio 2025]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/racializando-o-setembro-amarelo-saude-mental-em-tempos-de-bolsonaro>
16. Duarte MJO, Paiva SP, Menegat EM, organizadores. Saúde mental, drogas e interseccionalidade: implicações de gênero, raça, sexualidade, territórios e políticas públicas no contemporâneo. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2024
17. Duarte MJO. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Libertas. 2018;18(2):227-43

18. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. 22 dez. 2017. [acesso em 20 maio 2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 11 fev. 2019b. [acesso em 22 maio 2025]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf
20. Guljor AP, Vasconcelos EM, Silva MBB, Delgado PGG, Cavalcante R, Lima RC. Nota de avaliação crítica da Nota Técnica 11/2019 – esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. [acesso em 09 out 2024]. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19.pdf>
21. Duarte MJO, Caputo LR; Bedim VB, Tomaz M. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. Argum. 2020;12(2):91-106
22. Delgado PGG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trab. educ. saúde. 2019;17(2): e0020241. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
23. Almeida JMC de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad Saúde Pública. 2019;35(11):e00129519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
24. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.250, [...] para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. 6 jun. 2019a. [acesso em 22 mai 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.html
25. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 660, de 3 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 4 jul 2023.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 681, de 3 de julho de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 4 jul 2023.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da União, 22 jul 2023.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 21 mai 2013.
30. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução da CIT nº 15 de 21 de agosto de 2024. Dispõe sobre a pactuação dos parâmetros nacionais para atuação da política pública de assistência social no Sistema Único de Assistência Social – SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou

instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Diário Oficial da União. 21 ago 2024.

31. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução CNAS/MDASFCF nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Diário Oficial da União. 18 set 2024.

32. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 dez 1993.

33. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional da Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica: NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2005.

34. David EC. Saúde mental e relações raciais: desnorreamento, aquilombação e antimanicolonialidade. São Paulo: Editora Perspectiva; 2024.

A participação social como dispositivo de cidadania para pessoas usuárias das políticas de saúde mental e assistência social

Social participation as a citizenship device for people who use policies in mental health and social assistance

La participación social como dispositivo de ciudadanía para personas usuarias de las políticas sociales de salud mental y asistencia social

Fernanda Scalzavara¹

¹ Centro Universitário IESB Brasília e Fiocruz Brasília | fernanda.scalzavara@gmail.com

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões sobre desafios e possibilidades da participação nas políticas sociais, no contexto da democracia na sociedade capitalista, com ênfase nas áreas de saúde mental e assistência social no Brasil. As considerações apresentadas baseiam-se nas referências da Teoria Social Crítica e nos referenciais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em pesquisa bibliográfica qualitativa e em estudos desenvolvidos no âmbito da temática da participação social no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSSaúde) da Universidade de Brasília. Discute-se como o avanço do projeto neoliberal promove o desfinanciamento das políticas sociais e a instrumentalização do controle social, muitas vezes reduzindo-o a uma gestão técnica e burocrática que exclui as pessoas usuárias. Em síntese, os apontamentos indicam a necessidade de revisão, reapropriação e ampliação dos mecanismos institucionais de participação, de forma a contemplar as condições objetivas e subjetivas e as singularidades das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental e assistência social. Como estratégia de superação, sugere-se o resgate da participação popular e comunitária, capaz de incluir pessoas historicamente excluídas e com restrito acesso à educação formal e à cultura, compreendendo esses elementos como constituintes de uma consciência sanitária, política e cidadã.

Palavras-chave: Participação social, Políticas sociais, Cidadania, Saúde mental.

ABSTRACT

This article reflects on the challenges and possibilities of participation in social policies within the context of democracy in capitalist society, with emphasis on the fields of mental health and social protection in Brazil. The analysis is grounded in Critical Social Theory and in the conceptual framework of the Brazilian Psychiatric Reform, drawing on qualitative bibliographic research and on studies developed within the thematic field of social participation by the Study and Research Group on Health, Society, and Social Policy (GEPSSaúde) at the University of Brasília. The article discusses how the advancement of the neoliberal project has fostered the underfunding of social policies and the instrumentalization of social control, often reducing it to technical and bureaucratic management practices that restrict the effective participation of service users. Overall, the findings indicate the need to review, reappropriate, and expand institutional mechanisms of participation in order to

address both objective and subjective conditions, as well as the singularities of users of mental health and social assistance services. As a strategy to overcome these limitations, the article advocates for strengthening popular and community participation aimed at the inclusion of historically excluded groups with limited access to formal education and culture, recognizing these dimensions as constitutive elements of sanitary, political, and civic consciousness.

Keywords: Social Participation, Social Policies, Citizenship, Mental Health

RESUMEN

Este artículo presenta una reflexión sobre los desafíos y las posibilidades de la participación en las políticas sociales en el contexto de la democracia en la sociedad capitalista, con énfasis en los ámbitos de la salud mental y de la asistencia social en Brasil. El análisis se fundamenta en los aportes de la Teoría Social Crítica y en los marcos conceptuales de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, a partir de una investigación bibliográfica de enfoque cualitativo y de estudios desarrollados en el ámbito de la participación social por el Grupo de Estudios e Investigaciones en Salud, Sociedad y Política Social (GEPSaúde) de la Universidad de Brasília. Se discute cómo el avance del proyecto neoliberal ha impulsado el desfinanciamiento de las políticas sociales y la instrumentalización del control social, frecuentemente reducido a una gestión técnica y burocrática que limita la participación efectiva de las personas usuarias. En síntesis, los hallazgos señalan la necesidad de revisar, reapropiar y ampliar los mecanismos institucionales de participación, de modo que incorporen las condiciones objetivas y subjetivas, así como las singularidades de las personas usuarias de los servicios de salud mental y asistencia social. Como estrategia de superación, se propone el fortalecimiento de la participación popular y comunitaria, orientada a la inclusión de grupos históricamente excluidos y con limitado acceso a la educación formal y a la cultura, comprendiendo estos elementos como constitutivos de una conciencia sanitaria, política y ciudadana.

Palabras clave: Participación social; Políticas sociales; Control social y ciudadanía, Salud Mental

1 INTRODUÇÃO

Este artigo discorre sobre participação social nas políticas sociais, com foco nas áreas de saúde mental e assistência social, com vistas a analisar os desafios que restringem a autonomia e a emancipação das pessoas usuárias nos dispositivos participativos. Identificados tais fatores, propõem-se estratégias para o desenvolvimento de práticas democráticas e inclusivas que potencializemos espaços participativos como direito de cidadania.

A direção teórico-metodológica que norteia a discussão fundamenta-se no entendimento de que o sentido atribuído à categoria participação é dado a partir de sua inserção em determinado contexto histórico, social e político. Assim, sob o referencial do pensamento marxista e da Teoria Social Crítica, a participação é situada na realidade concreta como parte de um processo complexo, permeado pelas contradições da sociedade capitalista. As reflexões aqui apresentadas são embasadas em pesquisa qualitativa realizada pela autora

entre 2018 e 2023 e em estudos desenvolvidos no âmbito do pós-doutoramento no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSaúde) da Universidade de Brasília¹.

Muito embora a participação seja um conceito relacional e polissêmico, há relativo consenso quanto a uma definição genérica possível como categoria teórica, segundo a qual participação seria “a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem”². Dessa forma, pensar a participação em todos os seus sentidos semânticos e práticos pressupõe tanto a coesão quanto a mudança social.

De acordo com Rios³, a participação pode assumir o sentido de *integração*, indicando a natureza e o grau de incorporação do indivíduo ao todo, e, também, o sentido de *norma* ou *valor*, pelo qual se avaliam organizações sociais, econômicas e políticas. Stotz⁴ destaca que, na integração, a participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não, enquanto, no sentido mais estrito e de caráter político de norma ou valor social, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade.

A partir desse arcabouço epistemológico, o presente artigo apresenta os fundamentos teóricos que sustentam a participação da sociedade nas políticas sociais como espaço de exercício da cidadania para grupos populacionais historicamente excluídos dos processos deliberativos, especialmente as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental e de assistência social. Defende-se que tais políticas, como dispositivos públicos, devem transcender a mera prestação de serviços para se constituírem como meios efetivos de promoção de direitos, reconhecimento de sujeitos e fortalecimento da vida em sua complexidade. Argumenta-se, por fim, sobre a necessidade de se ampliar os mecanismos de participação social para que contemplem as condições objetivas e subjetivas de existência das pessoas usuárias, garantindo-lhes escuta, envolvimento e protagonismo na formulação, gestão e avaliação das políticas que impactam suas vidas.

2 PARTICIPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ESPAÇOS PARTICIPATIVOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

De acordo com Vianna *et al.*⁵, o conceito de participação é contemporâneo à própria Teoria Social moderna, remontando às iniciativas em torno da atuação na *pólis*. Essa referência clássica está atrelada a uma condição de direitos e deveres dos membros da cidade-estado grega. Posteriormente, com o desenvolvimento do Estado Moderno e o adensamento do debate teórico e político sobre democracia e direitos de cidadania, introduziu-se a expressão *participação social*, que propõe a criação de mecanismos que ampliam a prerrogativa dos cidadãos de influenciar, efetivamente, os processos de decisão política.

Na atualidade, os temas da participação e da cidadania têm assumido centralidade nas democracias ocidentais, com a multiplicação de iniciativas oriundas de propostas da sociedade civil e de governos progressistas. O significado atribuído à participação, agora, vincula-se à ideia de cidadania ativa e à democracia radical. Essa nova perspectiva tornou-se uma dimensão importante da política social, porque é por meio da participação social na esfera pública que o Estado sofre pressões e é instado a reformular o sistema de direitos sociais, “[...] entendidos não mais como conjunto de direitos planejados e prestados pelo estado, mas como demanda e contribuição ativa na definição das políticas sociais e serviços públicos”⁶, p.4830.

Nesse horizonte, é imperativo que a definição de cidadania contemple direitos de grupos multiculturais e daqueles com necessidades específicas, abarcando as mais diversas formas de existir e estar no mundo. Ademais, para que a participação social interfira efetivamente nas ações governamentais e seja promotora da cidadania participativa, ativa e integradora, é necessário um *Estado ampliado* de acepção gramsciana, capaz de congrega a sociedade civil e a sociedade política.

Não obstante, a efetivação dos direitos sociais constitui pré-condição à participação. Necessidades humanas básicas, como moradia, saúde, educação, transporte, lazer, cultura e trabalho, precisam estar asseguradas, para que se promovam condições equânimes de intervenção nas decisões políticas que visam ao bem-estar coletivo. Adicionalmente, é necessário fomentar estratégias que envolvam os cidadãos nos processos decisórios sobre a coisa pública, visando ao fortalecimento da cidadania e da governança e à transparência dos gastos públicos.

Isso se justifica porque nem todos os cidadãos possuem os meios para exercer seus direitos. Frequentemente, os principais potenciais beneficiários da participação social são justamente aqueles menos propensos a se envolverem nas iniciativas governamentais, devido a barreiras socioeconômicas, porquanto ser cidadão significa desfrutar de condições necessárias para a ação e para a participação social e política.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, considerada como uma das mais democráticas e amplas no que se refere ao conjunto de ordenamentos que devem ser seguidos por uma nação, constitui o marco jurídico que institucionaliza a participação social como direito de cidadania. Contudo, iniciativas de caráter popular, comunitário, político e social precedem a promulgação do texto constitucional. Experiências de mobilização popular, formação e militância política foram as bases dos movimentos que pleitearam a reabertura democrática, o encerramento da ditadura militar dos anos 1960–1970 e as Reformas Sanitária (RSB) e Psiquiátrica Brasileira (RPB).

A Constituição Federal de 1988 é, portanto, a referência para demarcar o reconhecimento do direito à participação social e é, também, o ponto de partida para a consolidação dos instrumentos de controle social. Entre esses, destacam-se os conselhos gestores de políticas públicas e as conferências, além de instâncias como fóruns, audiências públicas, orçamentos participativos e planejamento plurianual participativo.

Contudo, cabe observar que esses instrumentos institucionalizados de participação social emergiram e foram implementados sob a égide de uma disputa de significados entre projetos políticos de sociedade diversos e antagônicos. De um lado, estava a busca pela radicalização democrática e pela participação social, concebida pelos movimentos de resistência à ditadura como estratégia capaz de influenciar a destinação do orçamento e os rumos das políticas públicas. Por outro lado, essas experiências coexistiram com o avanço do projeto neoliberal, que também mobilizou a sociedade civil, mas com um sentido antagônico àquele idealizado pelos movimentos democráticos, pois na lógica neoliberal a participação é ressignificada como um chamado à sociedade para assumir ações do campo social que seriam de responsabilidade do governo, pautando-se em noções de solidariedade e voluntariado⁷.

Essas visões de mundo foram capitaneadas pelas forças políticas que disputaram a direção do Estado nacional nos governos que se sucederam após 1988; sendo a participação social, institucionalizada a partir da Constituinte, marcada pelas contradições inerentes ao sistema capitalista. Isso pode ser constatado no contexto pós-constituinte, em que, sob a ofensiva neoliberal, os espaços participativos, idealizados como instrumentos de democratização das decisões sobre a cidade e as políticas públicas, sofreram com as

consequências dos ajustes econômicos e da redução do papel do Estado. Conforme aponta Neves⁸, embora tais instrumentos tenham incentivado a ação participativa e democrática, eles não asseguraram o fortalecimento do Estado de direito, pois acabaram por estabelecer uma cultura de negociação baseada em um processo de cogestão com o Estado.

Ademais, a participação social vigente consolidou-se como um modelo de caráter estritamente representativo. Diante da realidade cultural, política e educacional brasileira, observa-se que nem todos possuem os recursos objetivos e subjetivos necessários para exercer seus direitos de cidadania ou para fiscalizar seus representantes. Isso ocorre porque o modelo de participação priorizado é o instrumental, que exige conhecimentos técnicos sobre a estrutura político-administrativa, sobre os arranjos das políticas públicas e o funcionamento dos serviços públicos, criando uma barreira invisível, mas excludente, para a população em geral. Ainda, segundo o autor, embora a participação social seja amplamente reconhecida como uma dimensão fundamental da cidadania, atualmente o desafio deslocou-se da mera legitimação da participação dos cidadãos nas políticas públicas para a busca por qualidade e efetividade. Isso requer a promoção de estratégias de inclusão e acesso em favor de determinadas categorias de cidadãos que, historicamente, são excluídas não só dos processos de decisão, mas também da sociedade, em um sentido mais amplo.

No Brasil, a área da saúde é pioneira na institucionalização desses mecanismos participativos. A realização de conferências de saúde antecede a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a própria regulamentação da participação social pela Lei 8.142, de 1990. Muito embora tenham emergido tipologias plurais de participação recentemente, o debate no campo da saúde, em sua maioria, a compreende como componente essencial à preservação do direito universal à saúde, à construção da cidadania e ao fortalecimento da sociedade civil, vinculando-se diretamente ao processo de democratização do Estado⁵.

No campo específico da saúde mental, a efetivação da participação social representa uma mudança de paradigma em relação ao tratamento histórico dispensado às pessoas que convivem com transtornos mentais, principalmente em suas dimensões graves e persistentes. Nessa área, a participação social é reconhecida como elemento central para o protagonismo das pessoas nos espaços de cuidado em liberdade, operando tanto como estratégia de reabilitação psicossocial quanto como afirmação do direito de existir e de ocupar todas as estruturas da sociedade.

Contudo, persistem numerosos desafios para a efetiva implementação de práticas democráticas e participativas nos serviços de saúde mental. O processo de *desconstitucionalização do SUS*, operado pelo Estado brasileiro nas últimas décadas, tem

promovido o desfinanciamento do sistema, ainda não consolidado, e comprometido o acesso à saúde como direito universal. Isso envolve, entre outras coisas, a redução do orçamento destinado à saúde, a terceirização de serviços e a fragilização de políticas públicas voltadas à promoção e à proteção da saúde. Conforme aponta Laurell⁹, as políticas sociais e de saúde, sob a ótica neoliberal, tornam-se centrais para a lógica de mercado e a geração de lucros, situando-se na contramão das propostas da Reforma Sanitária e dos pressupostos constitucionais do SUS.

Em relação à política de assistência social, os caminhos percorridos se assemelham àqueles trilhados pela saúde e, em especial, pela saúde mental. Embora práticas assistenciais existam desde a formação da sociedade brasileira, o reconhecimento legal da assistência social como direito do cidadão e dever do Estado somente foi estabelecido nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742, de 1993. Essa conquista é fruto de lutas sociais contra práticas assistencialistas, funcionalistas, clientelistas e conservadoras no trato da questão social. A organização e a operação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) espelham-se no modelo do SUS e, da mesma forma, os mecanismos institucionalizados de participação social na assistência social visam potencializar o envolvimento das pessoas usuárias e da comunidade nas decisões, no planejamento e na fiscalização das ações correspondentes à política.

3 DESAFIOS À PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO DIREITO DE CIDADANIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Identificar os marcos teóricos e jurídicos que originam e organizam os processos participativos na atualidade, assim como reconhecer as heranças da formação política-histórica, os padrões culturais dominantes e a correlação de forças entre as classes sociais, constitui um caminho para se compreender os reais desafios à participação social. Trata-se de apreender o contexto da totalidade da vida e as condições concretas de participação, mantendo-se a clareza sobre as forças e os projetos em disputa.

O processo de acumulação capitalista é resultado de relações contraditórias de exploração e dominação que implicam confrontos de interesses de classe antagônicos. De um lado, situam-se as exigências do capital voltadas ao crescente acúmulo de lucro e riqueza; de outro, os trabalhadores que lutam por direitos que preservem suas condições de trabalho e subsistência, em oposição à superexploração. Tais embates são mediados pela organização e

mobilização de forças sociais, constituídas em cada conjuntura, situando-se as políticas sociais precisamente no campo dessa correlação de forças¹⁰.

A existência de políticas sociais é um fenômeno intrínseco à constituição da sociedade burguesa e específico do modo de produção e reprodução capitalista¹¹. Conforme aponta Netto¹², a dinâmica e as contradições do capitalismo fazem com que o Estado, ao buscar legitimação política por meio do jogo democrático, torne-se permeável às demandas das classes subalternas que, por sua vez, logram incidir nele seus interesses e suas reivindicações.

As políticas sociais resultam de um complexo jogo de contradições, confrontos e conflitos, sincronizados, em maior ou menor medida, com a orientação política, econômica e social do Estado. Tais políticas asseguram condições para o desenvolvimento do capitalismo ao administrarem as expressões da questão social e incorporarem demandas da classe trabalhadora. No âmbito político, elas operam como suporte da ordem sociopolítica vigente, ao oferecerem respaldo à imagem do Estado como mediador de interesses conflitantes¹².

Conforme já evidenciado, a Constituição Federal de 1988 representou uma modernização para as políticas sociais, na medida em que os direitos reconhecidos são pautados pela diretriz de participação da sociedade nas decisões sobre a coisa pública. “A participação caracteriza-se, assim, como um fundamento das políticas sociais, ao possibilitar a inclusão da sociedade nas decisões, avaliações e fiscalizações de tais políticas, por meio dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos”^{13, p.58}.

Contudo, muito embora a participação social construída nos e pelos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 tenha sido representativa de um projeto de sociedade democratizante, fundamentado e desenvolvido a partir da participação de base comunitária e da educação popular, a prática que se consolidou na relação sociedade civil e Estado nos anos seguintes voltou-se predominantemente aos espaços gestores das políticas públicas, distanciando-se de suas bases mais políticas e críticas¹³.

Os sujeitos que participam expressam uma posição claramente favorável a essas instâncias, definindo a participação como um valor em si, independentemente dos resultados imediatos. Para eles, a participação é compreendida como algo intrinsecamente positivo e “um estímulo à ampliação da cidadania, por fomentar o capital social e contribuir para o empoderamento dos participantes”⁵.

Conforme destacado neste artigo, no que se refere à área da saúde, a participação social tem papel fundamental, tanto no âmbito histórico, com a participação nas lutas coletivas voltadas à redemocratização do País, quanto como política pública pioneira na implementação de mecanismos participativos. A participação da sociedade, via movimentos

populares e sociais, teve protagonismo nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fundamentando a construção e o fortalecimento das propostas progressivas para a reorientação da política do setor. As discussões e a mobilização desse período foram basilares para a conquista institucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, bem como para o arcabouço legislativo e normativo implementado a partir de 1990 que, apesar da conjuntura e das medidas neoliberais que marcaram os anos seguintes, constituíram-se em instrumentos decisivos na configuração de um novo modelo assistencial, capaz de produzir impacto real sobre a saúde da população¹⁴.

A Lei 8.142/1990, em específico, instituiu a diretriz da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e, entre outras disposições, criou os conselhos de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas integrantes daquele Sistema. Conforme destacam Oliveira e Pinheiro^{15, p.2455}, “as práticas de participação exercidas nos conselhos de saúde inauguram uma nova institucionalidade, que inclui novos sujeitos sociais – os usuários – na esfera pública”. Em outras palavras, a participação dos indivíduos na esfera pública para o debate e a deliberação sobre questões coletivas é considerada elemento essencial da democracia e da política. Nesse sentido, os conselhos que atuam no âmbito das políticas públicas representam uma inovação institucional, na medida em que permitem que o planejamento, a execução e a avaliação das políticas sociais sejam discutidos publicamente. Tais espaços possibilitam a inclusão das demandas dos usuários, vislumbrando a construção de uma relação efetivamente democrática entre Estado e sociedade civil.

No entanto, a realidade brasileira impõe limites severos. As medidas de ajuste fiscal e seus impactos nas políticas sociais colocam em risco os instrumentos de participação social, seja pelo modelo institucional adotado, seja por processos de despolitização e cooptação governamental. Conforme aponta Tatagiba¹⁶, os conselhos têm assumido um caráter majoritariamente reativo em detrimento de uma postura propositiva; funcionam mais como órgãos fiscalizadores, no intuito de reduzir transgressões estatais, do que como instâncias responsáveis pela concepção de iniciativas inovadoras.

Oliveira¹⁷ e Krüger e Oliveira¹⁸ também apontam que, na realidade, a participação exercida nos conselhos tem se mostrado, de forma geral, regulada e formatada para atender aos interesses da governabilidade. No caso da saúde, estudos realizados pelas autoras, advertem que tais mecanismos têm contribuído, simultaneamente, para a manutenção de elementos arcaicos da nossa velha cultura política.

Para as autoras,

o enredo participativo do SUS não foi suficiente para o alcance da apropriação social das estruturas de poder dos governos, mas expressa um quadro positivo, pois esses colegiados criaram uma institucionalidade pública: propiciam a participação da sociedade na elaboração e no espaço decisório das políticas sociais, questionam a cultura política de tomada de decisões centralizadas e possibilitam o compromisso com a construção de um espaço público, oposto ao de exclusão. Os espaços de participação permitiram o alargamento das fronteiras do Estado; de modo similar, também consentiram na continuidade da reprodução de elementos tradicionais da cultura política do País e de indicadores da desigualdade^{18, p.176}

Ademais, no contexto das crises cíclicas do capitalismo e do avanço da globalização e do projeto neoliberal, países como o Brasil são instados a implementar políticas de austeridade que reduzem, eliminam ou redirecionam o orçamento público. Agências multilaterais, como o Banco Mundial, passam a orientar reformas que incentivem a sociedade a *colaborar* com a resolução dos problemas sociais, sem, contudo, permitir que ela – a sociedade – interfira nas estruturas de poder econômico e político. Tais diretrizes estimulam a cooperação, a solidariedade e o voluntariado na busca por soluções focalizadas, o que descaracteriza a natureza coletiva das demandas e contribui para a desresponsabilização do Estado em relação à garantia dos direitos sociais.

Conforme afirma Nunes *et al.*¹⁹,

A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda das políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico com repercussões na forma de desmonte da rede de atenção psicossocial^{19, p. 4491}.

Sob esse prisma, observa-se uma complexidade de questões que perpassam a participação social, especialmente no que diz respeito às condições e condicionantes dos sujeitos. Tais elementos incluem os fatores culturais, o grau de instrução, o processo de socialização política – como foram apreendidos os direitos, os deveres e a própria ideia de participação política – e a consciência sobre pertencimento e condição de classe social. São condições inerentes à materialidade da vida e às subjetividades, que vão se constituindo a partir das experiências participativas vivenciadas no núcleo familiar, na escola, na religião e em outras instituições sociais²⁰.

Não obstante os esforços para fortalecer a democracia por meio da fiscalização dos gestores e da participação da população nos processos de decisão política, urge conceber mecanismos que promovam uma democracia social mais justa, capaz de integrar à esfera pública os mais diversos segmentos sociais. Para tanto, é premente o desafio de criar – ou reconstituir – ambientes que estimulem a participação política e social, bem como de fomentar estratégias que motivem o engajamento efetivo dos cidadãos.

4 POSSIBILIDADES E ESTRATÉGIAS DEMOCRÁTICO-PARTICIPATIVAS NAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Desde a redemocratização, a área da saúde consolidou-se como pioneira na implementação dos mecanismos de participação social nas políticas públicas. A atuação, a estrutura e a organização das conferências e dos conselhos de saúde servem de referência para outras políticas sociais que, ao longo das últimas décadas, incorporaram a participação social em seus desenhos institucionais. Por meio desses conselhos, a população exerce o controle social, participa do planejamento e fiscaliza as ações do governo no que se refere ao cumprimento das leis e às execuções financeiras realizadas por todos os entes federativos: municípios, Distrito Federal, estados e União.

Do ponto de vista institucional, essas são as formas legitimadas e reconhecidas de participação nas políticas sociais, pois funcionam como instâncias de escuta das demandas populares e como práticas fundamentais à consolidação de uma sociedade democrática. Contudo, no que se refere à saúde mental e à assistência social, tais espaços podem se apresentar como uma possibilidade longínqua e menos acessível para as pessoas usuárias dos serviços. Isso ocorre devido às dificuldades inerentes à desconstrução de paradigmas tutelares e ao desafio de consolidar a compreensão social da pessoa usuária como um efetivo sujeito de direitos.

Conforme apontam Amarante e Torre²¹, as transformações ocorridas no campo da saúde mental nas últimas décadas, no cenário brasileiro, trouxeram o sujeito *louco* de volta à cidade, provocando uma metamorfose em seu lugar social. Do *sujeito do erro*, estigmatizado pelo saber psiquiátrico e pelas estruturas manicomiais, passou-se ao *sujeito político*, de quem se espera o desenvolvimento de funções sociais de forma autônoma e emancipada.

O lugar da “cura” e da “reabilitação” não é mais a instituição de tratamento nem o serviço de saúde, ainda que a assistência pública em serviços abertos seja fundamental para a mudança nos modos de cuidado e fortalecimento dos dispositivos e estratégias da atenção psicossocial. O lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas^{21, p.1095}.

Nesse horizonte, é imperativo refletir sobre a participação para além dos espaços institucionalizados, a fim de não esvaziar o sentido político da participação social. Esta, como

componente de transformação da realidade, compreende múltiplas ações e formas de se realizar, e é permeada por diferentes forças sociais que disputam a hegemonia e a condução do projeto societário.

Nesse movimento, a estratégia cultural é elemento-chave para a promoção da participação em saúde mental. Conforme destacam Amarante e Nunes²², o uso da arte e da cultura, mais do que um recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, assume uma dimensão de produção de subjetividade e de vida. Essa estratégia constituiu-se como diretriz da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e bandeira de luta de coletivos antimanicomiais, concebendo outras possibilidades de participação que respeitem as particularidades desses sujeitos.

As experiências de participação popular via atividades artístico-culturais têm possibilitado o desenvolvimento de uma dimensão muito criativa no campo da saúde mental no SUS, tanto no cotidiano dos serviços quanto na intervenção cultural urbana, no âmbito público das relações sociais. Conforme destacam Amarante e Nunes²², ao incentivar a participação por meio de manifestações culturais, a saúde mental pratica uma radicalidade participativa que extrapola o texto formal da legislação do SUS, indo além do que preconiza a Lei 8.142/1990 sobre a participação das pessoas usuárias.

Essa estratégia instaurou uma nova práxis na saúde mental, estimulou o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos do movimento antimanicomial e tornou-se ferramenta fundamental para o empoderamento e a recuperação de usuários dos serviços de saúde mental, potencializando sua inserção em fóruns, conferências, audiências públicas e conselhos de saúde, entre outros²².

Compreender o usuário como sujeito capaz e autônomo é o conceito-chave que deve nortear os serviços das políticas sociais. Não obstante, a construção dessa autonomia transcende o acesso aos serviços e se desdobra em “produção de vida em articulação com redes de suporte social formais e informais, espaços de convivência, trabalho, lazer, cultura e arte, bem como no acesso a políticas públicas e direitos de cidadania”^{21, p.1096}. Isso significa que a oferta estatal de proteção social e assistência, embora necessária à reprodução da vida, não promove a cidadania e a autonomia isoladamente. É imperativo que se oportunize a esses sujeitos o aprendizado sobre direitos e deveres, os canais de participação social e o engajamento em movimentos e organizações coletivas.

Ainda, há de se ter clareza que

a autonomia não se produz somente por meio de canais oficiais normativos ou institucionais, mas é promovida quando os atores sociais e os movimentos de

militância alcançam um protagonismo capaz de assegurar uma apropriação dos dispositivos e estratégias na construção de direitos e participação política e social^{21, p.1096}.

Muito embora práticas mais democráticas e estimuladoras à participação social ocorram predominantemente nos espaços de cuidado em liberdade, a implementação da RPB ensina que não basta alterar o espaço físico e os serviços se não houver mudança nas ideias, nas teorias e no conjunto de orientações científicas, profissionais, jurídicas e normativas. É imperativo reinventar as práticas de atenção psicossocial, tanto em suas atividades quanto na forma de conceber e interagir com os usuários. É forçoso, também, inovar e criar estratégias de atenção em saúde mental capazes de promover, efetivamente, autonomia, protagonismo e emancipação.

Convidar uma pessoa usuária para participar de uma atividade externa ao serviço significa possibilitar-lhe a interação em ambientes inéditos, abrindo caminhos para novas vivências e relações. Considerando que a participação social possui componentes subjetivos e que a construção do sujeito político é coletiva, interações dessa natureza em espaços comumente não frequentados configuram-se como experiências estimuladoras para sujeitos que atravessaram trajetórias de exclusão e descrédito em suas capacidades pessoais.

Para as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental e de assistência social, o engajamento nas lutas sociais por direitos perpassa, ao menos em seu início, vivências de acolhimento, respeito e reforço positivo na experiência com os serviços, mediadas fundamentalmente pelo vínculo com profissionais e trabalhadores da área. Essas questões são desencadeadoras da participação social e convidam à reflexão sobre as condições objetivas e subjetivas desse processo. Indivíduos com histórias marcadas pela exclusão social, econômica, educacional e cultural construirão sua trajetória participativa a depender de como forem apresentadas e estimuladas a esse universo.

Nesse contexto, trabalhadores(as) dos serviços das políticas de saúde mental e assistência social têm importante papel, pois, além de participarem como categoria integrante do processo, são eles(as) que, por meio suas ações, podem estimular o protagonismo de pessoas usuárias em assembleias e conselhos gestores dos serviços, assim como fomentar a criação de outros dispositivos. Potencializar espaços participativos é um desafio e requer, entre outros requisitos, a formação e a capacitação crítica e cidadã dos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços, para que possam se reconhecer como sujeitos políticos.

Destarte, são muitos e complexos os caminhos a serem percorridos para o fortalecimento da participação social. A promoção de ações e atividades de extensão, que

articulem universidades e serviços assistenciais, também se constitui como estratégia fundamental. Esse tipo de ação, viabilizada pela extensão acadêmica, é capaz de promover a formação política e a capacitação de trabalhadores(as) e pessoas usuárias, valorizando saberes e reconhecendo experiências populares e acadêmicas. Trata-se de um dispositivo potente, pois reúne sujeitos com diferentes trajetórias que, ao somarem seus conhecimentos, ampliam as possibilidades de construção de uma consciência sanitária coletiva e emancipadora.

Evidencia-se, assim, a imperatividade de se promoverem avanços na participação social dentro das políticas públicas, de forma que os dispositivos participativos contemplem as singularidades das pessoas usuárias. Em particular, a organização e a implementação de novos mecanismos de participação deveriam ser centrais na agenda das políticas públicas, visando potencializar o controle social e garantir que as ações sejam planejadas a partir das necessidades objetivas e subjetivas das pessoas que as utilizam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo a participação social é compreendida como uma dimensão fundamental da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde mental e da assistência social, em convergência com as diretrizes do SUS e do SUAS. Avançar nos processos participativos dessas políticas significa caminhar para a materialização da democracia, da defesa dos direitos humanos, da justiça social e da cidadania.

Na relação das pessoas usuárias das políticas públicas com a participação social emergem aspectos cruciais que perpassam as condições objetivas e subjetivas de existência – elementos garantidores do *ser e estar* em sociedade. No que se refere às condições subjetivas, é imperativo considerar que indivíduos privados de terem voz durante grande parte da vida, vítimas de preconceitos e violências, excluídos das relações sociais mais amplas, encontram obstáculos para exercer participação. Processos subjetivos relacionados a traumas e sofrimentos, embora manifestados individualmente, são produzidos socialmente e se tornam barreiras para a realização de funções básicas da vida cotidiana e, conseqüentemente, para o exercício da participação social e da cidadania.

Para além das disparidades nas construções de subjetividades entre quem dispõe de recursos para suprir as necessidades básicas da vida e quem tem negadas suas necessidades de sobrevivência, seus desejos e, em muitos casos, sua própria existência, subsistem os desafios concretos de acesso aos espaços de participação. Em todos os coletivos –como movimentos

sociais, audiências e consultas públicas, conferências – o exercício da participação exige atravessar barreiras materiais e emocionais.

Conforme abordado no decorrer deste artigo, entre os entraves à autonomia e à emancipação de pessoas usuárias dos serviços das políticas públicas nos espaços participativos, destacam-se os estigmas e preconceitos, além da vulnerabilidade decorrente da interseccionalidade de marcadores sociais, como pobreza, raça, cor e classe social, que restringem o usufruto dos direitos. Aqueles que precisam enfrentar limitações no simples ato de se aproximar de outra pessoa – um palestrante ou um debatedor em uma mesa –, enfrentam dificuldades ainda maiores para desempenhar as atribuições da vida organizativa e da participação social. Somam-se a isso a reprodução de práticas autoritárias e o engessamento burocrático dos serviços, fazendo com que a inclusão de pessoas usuárias ainda dependa, em larga escala, de iniciativas discricionárias de profissionais e trabalhadores dos serviços.

Avançar na democratização das relações de poder, assegurando condições de cidadania para todos, é um desafio que ainda persiste. Enquanto as diferenças de acesso, satisfação e manutenção das necessidades humanas básicas – moradia, transporte, saúde, educação, cultura, lazer – forem desiguais, e a concepção de cidadania não abarcar as especificidades das formas de ser, viver e estar em sociedade, a participação continuará sendo privilégio de poucos, prioritariamente daqueles que detêm melhores condições materiais e acesso à educação formal, à arte e cultura. Sob tais condições, a participação social terá sempre sua efetividade limitada, pois padecerá de uma representatividade que reflita a diversidade dos grupos populacionais.

Nesse sentido, é necessário refletir sobre os limites dos espaços participativos institucionalizados. Em geral, conselhos, conferências, comissões, fóruns de discussão e outras instâncias dessa natureza sobrevalorizam a participação técnica, baseada na fala ordenada e na articulação política tradicional, condição que as pessoas usuárias têm dificuldade de alcançar dadas as suas trajetórias de exclusão. Potencializar outros dispositivos participativos para além dos instrumentos clássicos presentes nas políticas sociais – conferências e conselhos – não significa negar ou reduzir sua importância na esfera pública. Significa, ao contrário, reconhecer outras possibilidades de participação social, capazes de contemplar a pluralidade das existências e as diversas formas de cidadania requeridas pela realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Scalzavara F. Participação Social na perspectiva de integrantes da Luta Antimanicomial do Distrito Federal. Tese (Doutorado em Política Social). Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília. Brasília, 2023. 162 p.
2. Del Carmen Tamargo M, Carlés M, Gascón S. Marco Conceptual Y Metodológico sobre Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur Ampliado. Fundacion Isalud, primer informe de avance, fev. 2005.
3. Rios JA. Participação. In: Silva B. (coord. geral). Dicionário de Ciências Sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987.
4. Stotz EN. Participação Social. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>. Acesso em: 29 jan. 2022.
5. Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias [online]. 2009, n. 21, pp. 218-251. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>. Acesso em: 7 out. 2021.
6. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. In Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 12, pp. 4829-4839, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRYjyrgY9qTCGX8mGSbWtM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2023.
7. Dagnino E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? En Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, pp. 95-110.
8. Neves AV. Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.
9. Laurell AC. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, supl. 2, 2017.
10. Faleiros VP. O que é política social. 5ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
11. Behring ER. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2018.
12. Netto JP. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 3ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 2001.
13. Krüger TR, Oliveira A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. Argumentum [online], v. 10, n. 1, pp. 57-71, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621>. Acesso em: 17 dez. 2021.
14. Valla VV, Assis M, Carvalho M. Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares/Ensp/Fiocruz, 1993.
15. Oliveira, L. C.; Pinheiro, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. In: Ciência & Saúde Coletiva [online] v. 15, n. 5, pp. 2455-2464, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>>. Acesso em 05 out. 2021.
16. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E., (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. pp. 47-103.
17. Oliveira, A. A dimensão da participação social no Sistema Único de Saúde: as contradições observadas no discurso das normativas e orientações governamentais. In: NEVES. A.V. (org.). Democracia e participação social: desafios contemporâneos. Campinas: Papel Social, 2016.

18. Krüger TR, Oliveira A. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe5. pp. 174-189.
19. Nunes MO, *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.
20. Vasconcelos EM. Estratégia antimanicomial para resistir e avançar: abordagens baseadas em direitos e protagonismo de usuários(as) e familiares. In: Vasconcelos EM. (org.) *Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares*. São Paulo: Hucitec, 2021.
21. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. In: *Revista de Administração Pública* [online] v. 52, n. 6, 2018, pp. 1090-1107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 3 set. 2021.
22. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 6, 2018, pp. 2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 3 set. 2021.

Intersetorialidade e territorialidade na Saúde Mental: desafios na articulação entre assistência social, saúde e justiça

Intersectorality and territoriality in Mental Health: challenges in the articulation between social assistance, health and justice

Intersectorialidad y territorialidad en la salud mental: desafíos en la articulación entre asistencia social, salud y justicia

**Acileide Cristiane Fernandes Coelho¹
Olga Maria Pimentel Jacobina²
Juliana Sangoi³**

RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar um relato de experiência sobre a formação de profissionais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Distrito Federal, com foco na intersectorialidade, na territorialidade e na interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Nesse sentido, analisam-se alguns desafios da intersectorialidade no atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, com ênfase nas articulações entre as políticas de saúde, assistência social e justiça. A partir da reflexão teórica e das práticas desenvolvidas no âmbito da Política de Assistência Social, discute-se o papel da territorialidade e da atuação em rede na construção de respostas mais integrais às demandas de saúde mental. Destaca-se a relevância do SUAS na garantia das seguranças socioassistenciais, especialmente no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, fundamentais diante das desproteções relacionais que atravessam o sofrimento psíquico. Ressalta-se que a intersectorialidade não deve restringir-se à lógica de encaminhamentos entre serviços, mas constituir-se como prática colaborativa, horizontal e territorializada, orientada pela centralidade do sujeito e de suas redes de pertencimento. Conclui-se que os processos de educação permanente e o fortalecimento de redes interinstitucionais são fundamentais para qualificar o cuidado e ampliar a proteção social.

¹ Graduada em Psicologia pela UnB. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Psicodramatista Didata e supervisora. Especialista em Psicopatologia e Psicodiagnóstico (UCB/DF). Trabalhadora do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), psicóloga da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (GDF). Pesquisadora no âmbito da Política de Assistência Social.

² Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília- UCB. Mestra e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutorado pelo Centro de Adição e Saúde Mental da Universidade de Toronto, Canadá na área de uso e abuso de drogas. Tutora de campo e docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (FIOCRUZ-DF). Trabalhadora do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) — SEDES/GDF.

³ Psicóloga Clínica e Social, Consultora em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS), com experiência na atuação e construção de estratégias para respostas de saúde mental em situações de riscos, desastres e emergências com a população Migrante, Indígena e Saúde do Trabalhador SUS, SUAS. Membro Conselheira e Presidenta do Comitê de Orientação e Ética do CRP 01.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde Mental, Colaboração Intersetorial, Territorialidade, Política Pública.

ABSTRACT

The article aims to present an experience report on the training of professionals from the Unified Social Assistance System (SUAS) in the Federal District, with a focus on intersectorality, territoriality, and interdisciplinarity in the field of mental health. In this sense, some challenges of intersectorality in the care of people experiencing psychological distress are analyzed, with emphasis on the articulation among health, social assistance, and justice policies. Based on theoretical reflection and on practices developed within the scope of the Social Assistance Policy, the role of territoriality and network-based action in building more comprehensive responses to mental health demands is discussed. The relevance of SUAS in ensuring social assistance protections is highlighted, especially in strengthening family and community bonds, which are fundamental in the face of relational vulnerabilities that permeate psychological distress. It is emphasized that intersectorality should not be limited to the logic of referrals between services, but should be constituted as a collaborative, horizontal, and territorially grounded practice, guided by the centrality of the individual and their networks of belonging. It is concluded that ongoing education processes and the strengthening of interinstitutional networks are essential to qualify care and expand social protection.

Keywords: Social Work, Mental Health, Intersectoral Collaboration, Territoriality, Public Policy.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo presentar un relato de experiencia sobre la formación de profesionales del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) en el Distrito Federal, con enfoque en la intersectorialidad, la territorialidad y la interdisciplinariedad en el campo de la salud mental. En este sentido, se analizan algunos desafíos de la intersectorialidad en la atención a personas en sufrimiento psíquico, con énfasis en las articulaciones entre las políticas de salud, asistencia social y justicia. A partir de la reflexión teórica y de las prácticas desarrolladas en el ámbito de la Política de Asistencia Social, se discute el papel de la territorialidad y del trabajo en red en la construcción de respuestas más integrales a las demandas de salud mental. Se destaca la relevancia del SUAS en la garantía de las protecciones socioasistenciales, especialmente en el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, fundamentales frente a las desprotecciones relacionales que atraviesan el sufrimiento psíquico. Se resalta que la intersectorialidad no debe restringirse a la lógica de derivaciones entre servicios, sino constituirse como una práctica colaborativa, horizontal y territorializada, orientada por la centralidad del sujeto y de sus redes de pertenencia. Se concluye que los procesos de educación permanente y el fortalecimiento de redes interinstitucionales son fundamentales para cualificar la atención y ampliar la protección social.

Palabras clave: Trabajo Social, Salud Mental, Colaboración intersectorial, Territorialidad, Política Pública.

1 INTRODUÇÃO

Ao abordarmos o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e com uso problemático de álcool e outras drogas, a compreensão das lógicas de intersetorialidade e territorialidade torna-se fundamental para uma atuação complexa e articulada entre diferentes atores e instituições. Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica, ao se definir como “um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais”, já exigia que tais mudanças ocorressem no palco dos conflitos e tensões da vida cotidiana de sujeitos, instituições e comunidades¹. Ou seja, desde seu início, a política anunciava os desafios a serem enfrentados. E, passadas duas décadas, ainda lidamos com cenas temidas em um cenário marcado por desmontes, fragilidades institucionais, desarticulações intersetoriais e impasses entre dispositivos comunitários sobre quem deve se responsabilizar pelo atendimento em saúde mental.

Embora seja instigante aprofundar os caminhos da contrarreforma psiquiátrica, conforme documentado por Oka e Costa², e realizar uma leitura crítica dos emaranhados que atravessam as redes intersetoriais, propomos aqui refletir sobre como o desenho da intersetorialidade nos territórios pode contribuir – ou não – para a superação de modelos que ainda individualizam a saúde mental, perpetuando uma lógica neoliberal. Além disso, interessa-nos evidenciar o papel da Política de Assistência Social no campo da saúde mental, considerando nossa trajetória de mais de dezessete anos de atuação nesse âmbito e, especialmente, o processo de aprendizado constante para compreender nosso lugar no atendimento ao sofrimento psíquico dentro dessa política pública. Discutir a atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na saúde mental exige, portanto, compreender a intersetorialidade não como mera via de encaminhamentos, mas como um processo de construção de ações concretas, voltadas ao atendimento integral e complementar dos sujeitos, em diálogo com suas realidades e com os territórios em que vivem.

Neste artigo, propomos algumas reflexões sobre intersetorialidade, territorialidade e as formas de atuação de uma rede de proteção e garantia de direitos, com ações integradas e sensíveis ao contexto. Para tanto, é essencial abordarmos o processo de Educação Permanente como ferramenta para compreender as tensões e os conflitos que emergem dos processos de desinstitucionalização da saúde mental, bem como da atuação e das potências e fragilidades das instituições, atores e territórios envolvidos. Assim, estruturamos seu desenvolvimento nos seguintes tópicos: intersetorialidade, territorialidade e atuação em rede na saúde mental; saúde mental e insegurança socioassistencial; o papel do SUAS e sua articulação com a saúde;

insegurança de convívio familiar e comunitário – atuação do SUAS no campo da saúde mental; educação permanente como caminho para a ampliação das seguranças de acolhida.

Por fim, seguindo a linha da Educação Permanente, como objetivo deste artigo, apresentamos um relato de experiência formativa com assistentes sociais e psicólogos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Distrito Federal, com o tema: “Interdisciplinaridade, interseccionalidade, intersetorialidade e territorialidade na saúde mental: desafios nas articulações entre assistência social, saúde e justiça”, onde buscamos compreender os conceitos de política social, intersetorialidade, interdisciplinaridade e territorialidade, aplicando-os ao contexto da saúde mental e à criação de redes de proteção de saúde e assistência social.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Territorialidade, intersetorialidade e atuações em rede na saúde mental

Considerando as vivências de intervenções comunitárias no âmbito da Política Nacional de Assistência Social, retomamos um conceito de território a partir dessa política:

O território representa muito mais do que o espaço geográfico. Assim, o município pode ser considerado um território, mas com múltiplos espaços intraurbanos que expressam diferentes arranjos e configurações socioterritoriais. Os territórios são espaços de vida, de relações, de trocas, de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos³.

Essa concepção revela a multidimensionalidade do trabalho no território, ao compreender o espaço físico como materializado pelas relações sociais ali estabelecidas. No entanto, os territórios muitas vezes são delimitados por lógicas institucionais voltadas à cobertura de serviços, respondendo mais às demandas da gestão pública do que às necessidades da comunidade.

A escassez de equipamentos públicos em determinados territórios constitui um dos principais desafios à efetivação dessas concepções, especialmente no atendimento de pessoas em sofrimento mental. No Distrito Federal, destaca-se a insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo quanto à oferta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴. Essa lacuna amplia a peregrinação por informações e atendimentos em diferentes instituições — entre elas, os equipamentos do SUAS —, que muitas vezes não reconhecem o sujeito em sofrimento mental como usuário legítimo da assistência social. Isso contribui para a perpetuação da ideia de “sobrecarga” da assistência social e de seu papel de mero “encaminhador” diante da ausência de uma rede de saúde mental estruturada.

Nesse contexto, a noção de comunidade também deve ser compreendida de forma relacional e deveria ocupar centralidade nos debates sobre saúde mental e cidadania, com foco em intervenções voltadas à proteção relacional, incluindo atendimentos humanizados e acessíveis. Para Milanese⁵, a comunidade é um “sistema de redes que constroem e animam um território, que, por sua vez, é produto da atuação de diferentes atores sociais — pessoas, lideranças, organizações da sociedade civil, instituições”.

Considerando a lógica relacional nos conceitos de território e comunidade, compreendemos que a intersetorialidade também deveria ter como foco o vínculo e as relações dos serviços nesses contextos. Todavia, muitas vezes, as relações são atravessadas por papéis e encaminhamentos virtuais, destacando-se ações fragmentadas ou baseadas em lógicas burocráticas, lineares apenas de referência e contrarreferência de casos sem um espaço efetivo de trocas e diálogos entre os atores que compõem essa rede e sem um espaço de formação⁶. Pensando no campo social e de saúde, a ação intersetorial:

objetiva a integração de mecanismos de gestão desenvolvidos em territórios definidos, com capacidade financeira e técnica para articular diferentes setores que se complementam e reúnem atores sociais, saberes, poderes e vontades diversos em uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços por meio da confluência para enfrentar as desigualdades sociais e de saúde⁷.

Nesse sentido, na saúde mental, é preciso estabelecer relações intersetoriais duradouras e maior articulação horizontal para a implementação de políticas e programas intersetoriais⁷. A incorporação de diretrizes comuns entre diferentes políticas públicas amplia a capacidade de enfrentamento das iniquidades em saúde⁷, exigindo que cada setor compreenda seu papel no território e, sobretudo, que as ações sejam construídas coletivamente.

Para tornar mais concreta a discussão sobre território, comunidade e intersetorialidade, aproximando-a de uma abordagem horizontal de construção conjunta, baseada no vínculo entre pessoas⁸, trazemos o exemplo de algumas redes locais no Distrito Federal, que têm buscado se organizar por níveis como reconhecimento, conhecimento, colaboração e cooperação⁸. No Distrito Federal, existem mais de 19 Redes Sociais Locais, algumas atuando há mais de quinze anos⁹. Essas redes organizam-se de forma autônoma e reúnem profissionais da Assistência Social, Saúde, Segurança Pública, Educação, Conselho Tutelar, Justiça, Ministério Público e sociedade civil — como associações, lideranças e grupos comunitários —, entre outros atores. Essas redes são compreendidas como:

ambientes colaborativos, de interação, de mediação comunitária, suprapartidários, abertos à participação de todos, horizontais, independentes, autônomos, construtores de vínculos, afetos e solidariedade na busca da efetivação de políticas públicas

integradas e garantia de direitos e cidadania; portanto, são espaços de transformação social e de natureza emancipatória¹⁰.

Essas redes realizam encontros mensais nos territórios, nos quais discutem vulnerabilidades, potencialidades e estratégias para garantir direitos e acesso aos serviços locais. Nesses espaços, também são analisados casos concretos, com mobilização interinstitucional para pensar soluções conjuntas. Nos últimos anos, a saúde mental tem sido um dos principais temas debatidos, com encontros formativos e mobilizações em torno do sucateamento da RAPS e da fragilidade da rede de cuidado. Ainda que revelem potências, esses encontros mostram, por vezes, a persistência de lógicas individualizantes, nas quais profissionais se veem convocados a resolver dificuldades pela análise caso a caso, enquanto estratégias coletivas permanecem abafadas por um sistema que avança lentamente diante das demandas dos territórios.

Este tópico não tem como finalidade apresentar uma conclusão, pois seguimos em meio a ações horizontais com potencial relacional que constrói um espaço de compreensão e acolhida das dificuldades do território. Estamos inseridos em uma lógica neoliberal que individualiza e judicializa a vida – e transforma cada situação em um “caso a caso” –, remamos contra a maré da escassez de equipamentos e da precariedade de recursos humanos nas diversas frentes de atuação, seja na saúde ou na assistência social. Ainda assim, os espaços de rede têm se mostrado fundamentais para compreender as tensões e os desafios da desinstitucionalização e as necessidades práticas que se impõem nos territórios. Enquanto isso – como veremos no próximo tópico – seguimos tentando entender como também somos parte desse corpo coletivo que precisa funcionar em sua integralidade, em constante construção e articulação.

2.2 Saúde mental e inseguranças socioassistenciais: o papel do SUAS e a articulação com a saúde

Ao abordar o contexto da desproteção nas atuações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pautamo-nos em ações programáticas voltadas à garantia de cinco seguranças sociais¹¹: 1) segurança de renda – garantia de acesso à renda mínima, independentemente de limitações para o trabalho ou desemprego; 2) segurança de sobrevivência – apoio em situações de risco circunstancial; 3) segurança de autonomia – promoção de protagonismo, participação e acesso a direitos; 4) segurança de acolhida – oferta pública de espaços e serviços de proteção social, com acesso qualificado e escuta profissional das relações e sofrimentos gerados pelas inseguranças citadas; e 5) segurança de convívio – promoção de

relações de sociabilidade, reconhecimento social, troca e vivência, na família e na comunidade, além da prevenção de situações de desproteção relacional.

Ao analisar essas seguranças, poderíamos, de forma superficial, concluir que muitas pessoas em sofrimento psíquico necessitam da Política de Assistência Social devido às dificuldades de inserção no mercado de trabalho e à consequente insegurança de renda, o que intensifica também a insegurança de autonomia, considerando a própria condição de saúde mental. No entanto, pensar o paciente da RAPS como um potencial usuário do SUAS não deve seguir uma lógica linear ou de causa e efeito. Como afirmam Costa e Faria¹²:

(...) pensar a saúde mental é, antes de tudo, questionar a sociabilidade que a produz e é conformada por ela. Significa compreendê-la se constituindo associadamente a outras expressões da QS [Questão Social], como a desigualdade social, a pobreza, o desemprego estrutural etc., por meio de mediações, determinações reflexivas entre si, ao invés de ser pensada como manifestação meramente individual, física e/ou psicológica. (p. 6)

Nesse sentido, estamos tratando de pessoas que, muitas vezes, já são atendidas pelo SUAS e que, em meio a um contexto de exclusões e lógicas de sociabilidades subalternizantes, tornam-se sujeitos que vivenciam sofrimentos psíquicos, bem como sofrimentos ético-políticos oriundos de injustiças sociais, experiências de desvalorização, humilhação e subalternidade¹³. Essas questões sociais se agravam ainda mais quando observamos as interseccionalidades de classe, raça, gênero e demais marcadores e as dinâmicas de discriminação e preconceito. Mais uma vez, é importante destacar os perigos de análises simplistas e lineares. O sofrimento psíquico, ou o que se convencionou chamar de transtornos mentais, não tem origem exclusiva nas questões sociais; trata-se de fenômenos com raízes multidimensionais, como apontam diversos estudiosos. Todavia, o sofrimento mental é, sobretudo, relacional – ele afeta diretamente a dimensão da convivência. Como destaca Martín-Baró¹⁴, a saúde mental é uma dimensão das relações interpessoais, “ainda que essa dimensão se enraíze de maneira diferente no organismo de cada um dos indivíduos envolvidos nas relações” (p.253-254). Costa e Faria¹² reforçam que não se trata de negar os aspectos biológicos e psicológicos, mas sim de correlacionar as diversas dimensões e as “incongruências entre a potência do ser humano e sua sociabilidade” (p. 7).

A Resolução CNAS/MDS nº 166/2024 dispõe sobre os parâmetros nacionais para a atuação da Política de Assistência Social no atendimento a pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização e que necessitam de cuidados intensivos em saúde. Na prática, formaliza ações que o SUAS já realiza cotidianamente: oferta de serviços, programas, projetos e benefícios, além do fortalecimento de vínculos e da

convivência familiar e comunitária, isto é, da efetivação das seguranças socioassistenciais já mencionadas. Também orienta as equipes do SUAS a acionar imediatamente os serviços de saúde em situações de crise e define limites de atuação, como não assumir o papel dos serviços substitutivos da saúde, não utilizar recursos da assistência para custear ações de saúde e não encaminhar ao acolhimento socioassistencial casos cuja demanda principal seja o tratamento em saúde.

A resolução é relevante por explicitar tanto o que compete ao SUAS quanto o que não lhe compete. Ainda que essa divisão entre o “tratamento da saúde mental” e os serviços socioassistenciais nem sempre seja simples na prática, ela se mostra importante, especialmente no campo do acolhimento. Entretanto, no cotidiano marcado por vínculos rompidos e fragilidade relacional, a saúde mental e a necessidade de acolhida no SUAS caminham lado a lado.

Mas, afinal, onde queremos chegar com essas reflexões? Além dos aspectos materiais – ligados às seguranças de renda e sobrevivência –, é preciso discutir as dimensões relacionais da saúde mental: as relações entre serviço e usuário, familiares e comunidade. Essa segurança socioassistencial ainda é pouco debatida no SUAS. Com quem as pessoas contam? Qual política pública enfrenta diretamente essas dimensões? Cabe ao SUAS ofertar a segurança de convivência, prevenindo desproteções relacionais e promovendo o fortalecimento de vínculos. Esse é um dos grandes desafios da saúde mental. Temos estrutura, formação e compreensão para executar essa tarefa? São questões que deixamos para seguir refletindo sobre o papel do SUAS.

2.3 Insegurança de convívio familiar e comunitário: atuação do SUAS no campo da saúde mental

As desproteções relacionais estão diretamente ligadas à fragilidade dos vínculos e à insegurança na convivência familiar e comunitária. Essa fragilidade deve ser compreendida em suas múltiplas dimensões: multicultural, intergeracional, interterritorial e intersubjetiva¹⁵. Ao tratarmos das desproteções relacionais, estamos nos referindo a situações vividas no ambiente familiar ou comunitário, marcadas por violências, conflitos que ampliam sentimentos de subalternidade a partir de relações de poder, discriminações, intolerâncias e preconceitos, bem como por situações de isolamento e exclusão¹⁶.

As desproteções relacionais evidenciam diferenças que são vivenciadas como desigualdades, o que reduz capacidades humanas, fragiliza vínculos e amplia a necessidade de proteção social. Essa dimensão relacional da vulnerabilidade pode se expressar por meio de

diferentes formas: conflitos, abandono, isolamento, confinamento, exclusão, discriminação/preconceito e violências¹⁷.

No campo da saúde mental, é frequente o atendimento a situações de conflitos e violências intrafamiliares relacionadas a pessoas em sofrimento psíquico grave e/ou com uso problemático de álcool e outras drogas. Muitos desses casos têm como porta de entrada os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)¹⁸ e, posteriormente, chegam aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)¹⁹, muitas vezes por demandas oriundas da Justiça. Esses casos geralmente envolvem isolamento, conflitos comunitários e violências no âmbito familiar. Também são frequentes os encaminhamentos realizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evidenciando o entrelaçamento dos serviços no território.

Em diversos momentos, não nos damos conta da complexidade do trabalho que temos diante das inseguranças de convivência. Muitos dos casos envolvendo sofrimento psíquico grave já se encontram em situação de isolamento social, passaram por múltiplas internações psiquiátricas, enfrentam conflitos relacionais crônicos e convivem com situações recorrentes de violência familiar e comunitária. É preciso falar da dinâmica familiar, das sobrecargas daqueles que cuidam e são curadoras/es em casos de sofrimento psíquico grave que compromete a segurança de autonomia das pessoas com transtorno mental.

Na proteção social básica, algumas dessas inseguranças são acolhidas por meio da escuta dos relatos de conflitos e da busca por estratégias de fortalecimento de vínculos e prevenção do agravamento das situações. Contudo, a ausência dessa escuta, motivada pela alta demanda, pelas dificuldades de atendimento e pela falta de qualificação profissional – como demonstram Coelho et al.²⁰ –, constitui uma barreira importante ao reconhecimento das desproteções relacionais que atravessam a atuação em saúde mental. Na média complexidade, muitos casos são encaminhados pela Justiça, pela Saúde e por outros setores de forma pouco clara. Nesses contextos, busca-se, com frequência, um atendimento voltado à resolução imediata de situações identificadas como problemas, conflitos ou violências envolvendo pessoas em sofrimento psíquico. Em muitos casos, procura-se uma “porta de saída”, isto é, um encaminhamento para o desligamento, em vez de se reconhecer a necessidade de vínculos contínuos e referenciados nos serviços, fundamentais para ampliar as seguranças de convivência nesses contextos. A lógica sucateada dos serviços, sobrecarregados pela demanda e sem tempo para uma escuta qualificada, tem relegado o trabalho preventivo a segundo plano, priorizando ações pontuais para “apagar incêndios” e abrindo espaço para convocar o próximo da fila. Como aponta Sposati²¹:

É frequente nos marcos neoliberais exigir que atenções sociais tenham “portas de saída”. Permanece a compreensão de que não podem gerar vínculos duradouros, mas sim rápida passagem, para não se transformarem em expressões de tutela.

Nesse sentido, a política de assistência social configura-se como o lócus privilegiado para a construção de ações que garantam a segurança de convívio, considerando tratar-se de uma política de proteção social de natureza relacional²¹. Refletir sobre as relações e sobre as redes de apoio das quais as pessoas atendidas pelo SUAS podem se valer, com foco nas narrativas de convivência familiar e comunitária, implica abrir-se à escuta qualificada dessas relações²⁰. O ponto de partida deve ser sempre o sujeito, suas relações e sua comunidade – e não, necessariamente, qual serviço é mais ou menos responsável por ele naquele momento. Em uma lógica intersetorial e de horizontalidade entre as políticas públicas, seja na saúde mental, seja na assistência social ou justiça, importa, sobretudo, escutar para compreender as demandas e, junto daquele que fala, construir estratégias de cuidado que contemplem não apenas o indivíduo, mas também sua rede de pertencimento. Dessa forma, é possível trabalhar a partir de uma perspectiva em que o sofrimento psíquico é reconhecido como parte da experiência humana, podendo ser vivido por qualquer pessoa, a qualquer tempo. Assim, independentemente da porta em que se busque ajuda, a pessoa será acolhida, e suas questões, cuidadas não por um único serviço, mas por uma rede articulada de cuidados.

2.4 Educação permanente como caminho para a ampliação de seguranças de acolhida

Para atuar nas diversas dimensões do campo da saúde mental no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é fundamental compreender a centralidade da segurança de acolhida e de convívio. Nesse processo, entendemos como crucial acolher, reconhecer e ouvir as vivências das pessoas, atentando-se às suas redes de relações e aos contextos familiares e territoriais nos quais estão inseridas²².

Ao promover ações de acolhida e convivência que gerem proteção, são oferecidas oportunidades existenciais tanto materiais quanto imateriais, sustentadas em vínculos afetivos positivos²³. Essas ações fortalecem o sentimento de cidadania, inclusive na relação com o próprio serviço, ao ampliarem "o sentimento de autorrespeito, decorrente da sensação de se sentir tratado em condição de igualdade nos serviços públicos"²⁴.

A garantia da segurança de acolhida, enquanto oferta pública de espaços e serviços voltados à proteção social, exige de profissionais do SUAS uma atuação protetiva, que proporcione a escuta das relações e dos sofrimentos advindos das inseguranças de convívio e demais desproteções sociais. Como aponta Torres²⁵, a ausência dessa escuta qualificada – do

ouvir com interesse, construir soluções, oferecer segurança e valorizar a narrativa do sujeito – compromete a própria lógica protetiva da política de assistência social.

Diante da relevância das práticas de acolhida e da promoção de espaços de convivência protetivos, avaliamos imprescindível qualificar o trabalho profissional, capacitando o trabalhador para identificar situações de desproteção, desenvolver metodologias apropriadas e avaliar os resultados de sua atuação²⁶. Para tanto, a educação permanente desponta como elemento essencial nesse processo. O processo de educação permanente deve estar orientado pelos resultados que a política pública se propõe a oferecer aos cidadãos, centrando-se na proteção relacional, que se inicia com a acolhida e a escuta atenta sobre a convivência. Além de fortalecer as capacidades técnicas, é necessário que a educação permanente promova um olhar sobre a potência do trabalho profissional²⁶.

Por fim, destacamos que a educação permanente, para ser efetiva, deve ser articulada ao cuidado com o bem-estar e com as condições de trabalho de profissionais do SUAS²⁷. Cuidar de quem cuida é condição imprescindível para que a proteção social possa, de fato, se concretizar no cotidiano dos serviços. É preciso, portanto, criar espaços de escuta e de construção de saberes de forma coletiva como veremos a seguir em uma experiência formativa com trabalhadores do SUAS.

3 MÉTODO

Neste artigo, analisamos um breve relato de experiências que ilustra as reflexões apresentadas até aqui. Trata-se da construção e desenvolvimento de uma oficina formativa para trabalhadoras e trabalhadores do SUAS com foco na intersectorialidade, na territorialidade e na interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Os relatos de experiência são formas de expressão escrita que traduzem vivências consideradas significativas, capazes de contribuir para a produção de conhecimento em determinada temática²⁸. Este relato segue as diretrizes da Resolução nº 510/2016, por tratar-se de um trabalho voltado ao aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem a exposição de dados que permitam a identificação dos sujeitos envolvidos.

Entre novembro e dezembro de 2024, foram realizados encontros de formação com carga horária de 24 horas, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSaúde) do Departamento de Serviço Social (SER/UnB), em parceria com os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia do Distrito Federal (CRESS/DF e CRP/DF), e a Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal

(SEDES), para psicólogas/os e assistentes sociais do SUAS/DF. Participaram do encontro cerca de 40 profissionais (psicólogas/os e assistentes sociais).

A facilitação e construção de um dos encontros, cujo tema era “Categorias fundantes da política social: intersectorialidade, interdisciplinaridade, territorialidade” com carga horária de 3h, ficou a cargo da Comissão Especial de Psicologia na Assistência Social do CRP/DF. Seu objetivo foi compreender os conceitos de política social, intersectorialidade, interdisciplinaridade e territorialidade, aplicando-os ao contexto da saúde mental e à criação de redes de proteção de saúde e assistência social.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Oficina sobre intersectorialidade e atuação no campo da saúde mental com trabalhadores do SUAS – relato de experiência

Dentre os objetivos do processo formativo de trabalhadores do SUAS, estava sensibilizar as/os trabalhadoras/es da Assistência Social e proporcionar um espaço reflexivo no cuidado em saúde mental com práticas inovadoras, interdisciplinares e intersectoriais, acerca da necessidade de acolhimento nos serviços socioassistenciais das pessoas que viessem a ser desinstitucionalizadas dos serviços de saúde/prisional, conforme resolução Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Frente à rede precária de serviços da RAPS no Distrito Federal, era evidente a desconfiança das/dos profissionais do SUAS diante dessa (não tão) nova demanda que se apresentava para os serviços do SUAS.

Nesse sentido, o percurso metodológico para alcançar o objetivo acima proposto foi o desenho de uma oficina formativa com metodologia ativa de participação, baseada na pedagogia psicodramática²⁹ que possibilitasse aos participantes uma escuta de si, de seu contexto de atuação, das potencialidades e fragilidades cotidianas. Ademais, construímos caminhos intersectoriais possíveis e levantamos aspectos importantes a serem ampliados e melhorados para o atendimento de pessoas com sofrimento mental e em processo de desinstitucionalização.

O método seguiu as etapas da pedagogia psicodramática que tem como enfoque a construção do conhecimento pelo próprio grupo: 1- aquecimento para o tema trabalhado; 2- foco no tema protagônico/principal por meio da ação, dramatização ou coconstrução pelo grupo a partir de métodos que criem vínculo entre a vivência dos participantes e a teoria; 3- compartilhamento sobre o momento vivido pelo grupo; 4- um processamento entre a teoria e a

prática (Romaña, 1987). O Quadro 1 apresenta de forma sucinta o caminho metodológico da oficina sobre intersectorialidade e atuação com foco na saúde mental com trabalhadores do SUAS.

Quadro 1: Caminho metodológico da oficina sobre intersectorialidade e atuação com foco na saúde mental com trabalhadores do SUAS

Etapas	Objetivos	Descrição da etapa
Aquecimento inespecífico	Preparar os/as participantes para a convivência e a coconstrução grupal.	Realização de uma atividade corporal e meditação guiada.
Aquecimento específico	Sensibilizar o grupo para o tema central, especialmente sobre o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico grave em processo de desinstitucionalização.	Por meio do aplicativo digital <i>Padlet</i> (Monteiro, 2020), os/as participantes elencaram aspectos dos “usuários que identifico nos serviços em que atuo”. Utilizamos uma consigna em que os/as trabalhadores/as deveriam categorizar os usuários como “fáceis” ou “difíceis”, com base no texto <i>“Categorizando Usuários ‘Fáceis’ e ‘Difíceis’: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais”</i> , de Lotta e Pires (2020).
Ação Grupal	Refletir sobre os preconceitos associados às categorizações atribuídas às pessoas atendidas na assistência social. Levantar contribuições do trabalho intersectorial e interdisciplinar para romper barreiras no atendimento a pessoas em sofrimento mental. Construir pontes entre a rede social existente e aquela que consideramos possível para atender, com qualidade, as demandas relacionadas ao contexto de saúde mental.	Ação 1 Em subgrupos, os/as participantes trabalharam com trechos do texto de Lotta e Pires (2020). A partir disso, foi construído um painel com a seguinte reflexão: 1. Quais fatores levam profissionais do SUAS a reproduzir as categorizações “fáceis” e “difíceis”? 2- Como a intersectorialidade e interdisciplinariedade podem nos ajudar a romper essas categorizações e atuar na complexidade dos atendimentos Ação 2: Após uma reflexão sobre intersectorialidade e interdisciplinaridade no atendimento às demandas de saúde mental, cada subgrupo recebeu duas folhas de <i>flipchart</i> para desenhar: - Uma “Rede territorial que temos” e - Uma “Rede ideal para o atendimento com qualidade às demandas de saúde mental”. Após essa etapa, entregamos um trecho de um artigo sobre os emaranhados da rede de Coelho e Conceição (2022) e solicitamos que construíssem uma ponte, destacando fatores considerados fundamentais para

		tornar a rede um espaço que facilite os atendimentos no território e promova vínculos entre os diversos atores, de forma intersetorial e interdisciplinar.
Compartilhamento	Promover a escuta do grupo a partir das experiências vividas e das identificações com o tema.	Realização de uma roda de conversa sobre a construção conjunta e os relatos da experiência vivida.
Processamento	Vincular o aprendizado à experiência vivida	Realização de uma breve síntese, articulando o que foi vivenciado com reflexões teóricas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

4.2 Conexões teóricas e práticas realizadas pelas facilitadoras

Ao adentrarmos no campo da análise da experiência vivida neste contexto formativo, tornou-se fundamental realizar uma leitura cuidadosa do território e dos cenários pré-existentes antes da formação. Havia, previamente, uma compreensão de que as assistentes sociais e psicólogas do SUAS estariam, em certa medida, “resistentes” a acolher o público demandante de cuidados em saúde mental, especialmente aqueles vinculados aos processos de desinstitucionalização, uma vez que, em tese, não os reconhecem como pertencentes a esta política.

No entanto, cabe destacar que a Comissão Especial de Psicologia na Assistência Social do CRP/DF é composta também por trabalhadoras do próprio SUAS, que, ao longo da construção da matriz formativa, puderam compartilhar os desafios, as inquietações e os anseios profissionais no que se refere ao atendimento dessa “nova” demanda. Além disso, contribuíram ativamente para a elaboração da matriz e da proposta metodológica, que buscou, sobretudo, sensibilizar essas/esses profissionais para sua participação no processo de desinstitucionalização de sujeitos historicamente marginalizados pelas políticas públicas.

Trazer esse contexto de construção da matriz é essencial, pois ela, em si, possui um caráter formativo, na medida em que possibilita o ajuste de (des)entendimentos entre aquilo que a academia concebe sobre os serviços e o que, de fato, as/os profissionais executam na prática cotidiana – no chamado “chão de fábrica”, ou, como define Cavalcanti et al³⁰, na “burocracia de nível de rua”.

O primeiro ponto que se mostrou fundamental trabalhar é que, na prática cotidiana, as pessoas em processo de desinstitucionalização já são, em alguma medida, atendidas pelo SUAS. Isso se dá porque vivenciam situações de isolamento, conflitos familiares e

comunitários, frequentemente atravessados por violências, discriminações e preconceitos – conforme discutido anteriormente ao tratarmos das desproteções relacionais³².

Dificilmente um trabalhador do SUAS não tenha, em algum momento, atendido pessoas com transtornos mentais e/ou com histórico de passagem pelo sistema prisional. A questão central, no entanto, reside na razão pela qual essas pessoas são atendidas: se o atendimento se dá em função de situações de vulnerabilidade social, não resta dúvida de que seu lugar é no SUAS. Contudo, quando o “carimbo” de “transtorno mental” ou de “uso de substâncias” antecede e se sobrepõe ao de “vulnerabilidade social”, tornam-se evidentes as barreiras de acesso, que se ampliam significativamente para esses sujeitos.

Muitas questões podem estar subjacentes a esse “jogo de empurra-empurra”, no qual pessoas são deslocadas de uma política pública para outra. Uma delas diz respeito ao receio, por parte dos trabalhadores que atuam no atendimento às chamadas vulnerabilidades sociais, de também terem que lidar com os transtornos mentais, o sofrimento psíquico e suas questões associadas. O que essas profissionais e esses profissionais talvez não percebam é que, em alguma medida, já lidam diariamente com essas pessoas, porém sem a formação, os recursos e, muitas vezes, a compreensão necessária para enxergá-las em sua integralidade. Essa integralidade pressupõe reconhecer que as vulnerabilidades sociais, as desproteções relacionais³², o sofrimento psíquico e, em alguns casos, o envolvimento com atos infracionais não são dimensões separadas, mas, sim, faces de uma mesma moeda, atravessadas por processos de exclusão, estigmatização e negligência das políticas públicas. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de olhar de forma mais ampla e complexa para as inseguranças socioassistenciais e como elas atravessam e são atravessadas pelas questões de saúde mental. Ademais, esse (des)caminho das demandas em uma lógica intersetorial fragilizada, nos aponta a necessidade de processos de educação permanente que abordem a integralidade das pessoas que atendemos nas políticas sociais.

Podemos, portanto, considerar que essa “resistência” manifestada pelas/os profissionais podem ser, em grande medida, compreendida como uma desconfiança relacionada à precarização dos serviços, sejam eles da saúde ou da assistência social, destinados ao atendimento da população em situação de maior vulnerabilidade. Nos relatos, a percepção acerca da precarização da rede de atendimento – tanto no âmbito do SUAS quanto da RAPS – é constante e recorrente. Além disso, há ainda um adoecimento de diversas/os profissionais diante da falta de condições plenas de atendimento e de espaços de escuta e qualificação³³. Nessa perspectiva, instrumentos normativos, como a Resolução CNAS/MDS nº 166, de 2024, surgem, muitas vezes, como tentativas de “proteger” uma política da outra,

deslocando o foco do debate. Assim, o problema parece recair sobre as pessoas que acessam os serviços – como se fossem elas a origem do impasse –, quando, na realidade, o que está na base dessa tensão é a desigualdade social estrutural, que compromete profundamente as possibilidades de existência humana com dignidade e o pleno acesso aos direitos.

No entanto, ao refletirmos e construirmos possibilidades de articulação entre as redes de atendimento, o que se observa é que a tomada de consciência acerca das condições e dos desafios enfrentados por cada setor pode se tornar uma ponte para o fortalecimento dos vínculos e para a efetivação da proteção social. É verdade que é necessário cautela para que um setor não assuma o papel do outro, nem caia no “canto da sereia”, como alertam Amorim e Teixeira³⁴, que seduz pela superficialidade e impede uma visão crítica sobre os efeitos do projeto neoliberal de desmonte do Estado e de desmantelamento das políticas públicas.

Contudo, quando a centralidade do cuidado está na comunidade e no sujeito, os limites institucionais entre as políticas tendem a se tornar menos rígidos, favorecendo, assim, uma atuação em rede que seja, de fato, articulada, corresponsável e comprometida com a garantia de direitos.

Daí emerge a necessidade desta formação – não no sentido de apresentar uma novidade às psicólogas e assistentes sociais do SUAS em relação ao tema, mas, sobretudo, de reconhecer aquilo que já é realizado com os recursos disponíveis e de refletir sobre o que ainda precisamos aprender para qualificar nossa prática. Trata-se de uma formação que não se limita à dimensão técnica ou à ação imediata no atendimento às pessoas, mas que se orienta, principalmente, pela compreensão do que constitui o cerne da Política de Assistência Social: a promoção da convivência, o fortalecimento de vínculos, a construção de redes, a garantia de direitos e o acolhimento – pilares fundamentais na construção da tão almejada Proteção Social.

Não se trata apenas de apresentar conceitos, mas, sobretudo, de construir metodologias capazes de garantir que os objetivos de qualquer processo formativo, no campo das políticas públicas voltadas ao atendimento da população em situação de vulnerabilidade e/ou em sofrimento psíquico, incorporem “pitadas de insurgências nesse processo antinômico”, resistindo ao conformismo. Que sejam, portanto, capazes de transformar as políticas sociais – enquanto arenas de disputa entre projetos societários – em espaços que, como resultado dessas controvérsias, promovam mudanças concretas no reconhecimento e na garantia da cidadania. Assim, essas políticas se tornam pontes reais, capazes de viabilizar a construção de um novo projeto social coletivo e de uma sociedade, de fato, igualitária³⁵. Nesse sentido, o percurso metodológico adotado para alcançar o objetivo proposto partiu do entendimento de que a

oficina deveria ocorrer em formato vivencial, conforme descrito na Tabela 1, possibilitando que as trocas se estabelecessem de forma horizontal, e não a partir de uma lógica verticalizada, na qual alguém se posiciona no lugar de quem detém o saber para dizer aos outros o que deve ser feito.

A partir dessas trocas, as/os participantes apresentaram a perspectiva da rede real da qual fazem parte, caracterizando-a como: fragmentada; centrada na responsabilização do indivíduo; com oferta limitada de serviços e, portanto, sobrecarregada; marcada por jogos de “empurra-empurra”; atravessada por questões sociopolíticas; restrita, sem a participação efetiva de todas as instituições relevantes do território; e afetada por alta rotatividade de profissionais, o que compromete a formação de vínculos. Nota-se que os desafios apontados não são atribuíveis a uma política específica, mas refletem os efeitos de um projeto neoliberal de sociedade, que fragiliza os investimentos nas redes de serviços e nas instituições públicas – justamente aquelas cuja função precípua deveria ser a garantia dos direitos da população em situação de vulnerabilidade, seja em razão da pobreza, seja em decorrência do sofrimento mental³⁵.

Mas nem só de desafios vivem as/os trabalhadoras/es – há também sonhos e perspectivas de transformação. A oficina evidenciou a necessidade de construção de uma rede caracterizada por: oferta adequada de serviços tipificados; participação efetiva de trabalhadores, usuários e comunidade; cuidado compartilhado, com foco na qualidade e não na quantidade; práticas emancipatórias; integração entre serviços; rede equipada, com infraestrutura e profissionais suficientes para atender às demandas; formação técnica para os diferentes níveis de gestão; comprometimento permanente das gestões; vínculos consolidados entre profissionais e usuários; reconhecimento do sujeito em sua integralidade; e fortalecimento do usuário, para que este desenvolva todo o seu potencial. Por fim – e não menos importante –, apontou-se como fundamental a existência de um CAPS funcionando com equipe completa, articulado a uma retaguarda de residências terapêuticas em todas as regiões administrativas da cidade. Uma rede que, quando bem estruturada e sustentada por práticas colaborativas e construções horizontais, amplia, de forma significativa, as possibilidades de enfrentamento das iniquidades em saúde⁷.

5 CONCLUSÃO

Algumas percepções sobre a intersectorialidade e o atendimento a pessoas em sofrimento mental, compartilhadas na oficina formativa, revelam que um processo formativo não deve se restringir à mera aquisição de conhecimentos técnicos, mas precisa,

fundamentalmente, promover uma tomada de consciência crítica sobre uma realidade marcada pela precarização, pelas desigualdades e pelas iniquidades. Assim como em um bom processo terapêutico, é necessário, antes de tudo, reconhecer a dureza dessa realidade para que qualquer possibilidade de mudança possa, de fato, ser construída. Nesse sentido, a proposta formativa que aqui apresentamos constitui, simultaneamente, um espaço de formação, de acolhimento e de construção de novas perspectivas, sustentada pelo compromisso ético-político com uma sociedade mais justa, na qual todas as pessoas tenham o direito de existir e de viver com dignidade.

Nessa perspectiva, avaliamos, ainda, que foi fundamental compreender como a temática se vincula às seguranças socioassistenciais garantidas pelo SUAS e à necessidade de um processo contínuo de educação permanente, como condição indispensável para assegurar o acolhimento qualificado e a ampliação de vivências e convivências protetivas. Reafirmamos, portanto, a centralidade do trabalho social na construção de redes efetivas de cuidado, capazes de enfrentar as vulnerabilidades e fortalecer os vínculos, contribuindo para a efetivação da proteção social como direito e como prática cotidiana.

Ao final desse percurso, compreendemos que a formação não se limita a instrumentalizar tecnicamente profissionais, mas busca, sobretudo, fortalecer vínculos, fomentar práticas colaborativas e ampliar o olhar para a integralidade dos sujeitos. As reflexões construídas mostram que a atuação em rede – quando sustentada pela horizontalidade, pelo cuidado compartilhado e pela corresponsabilidade – se apresenta como caminho possível para o enfrentamento das desigualdades e para a efetivação da proteção social. Portanto, mais do que um processo de formação, entendemos este percurso como uma aposta na potência coletiva, na construção de redes vivas e na defesa intransigente dos direitos, como resistência ao projeto neoliberal que tenta, cotidianamente, inviabilizar a vida de quem historicamente já se encontra à margem.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, Talila Arrais; TEIXEIRA, Solange Maria. A gestão em redes no contexto neoliberal: o exemplo da política de assistência social brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 21, n. 1, p. 21–39, 2017. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v21n1p21-39>. Acesso em: 19 abr. 2025.
2. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos. 2017. http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf
3. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Secretária Nacional de Assistência Social. 2004. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 13, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
6. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CapacitaSuas SUAS: configurando os eixos de mudança. v. 1. Brasília: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.
7. CAVALCANTI, Sérgio; LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho; LOTTA, Gabriela Spanghero; OLIVEIRA, Vanessa Elias de (orgs.). Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018. p. 227–246.
8. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A rede de proteção de crianças e suas famílias: identificando emaranhados e tecendo possibilidades de atuação. In: Luciana Martins Quixadá, Jaileila de Araújo Menez. (Org.). Infância em territórios de (in)segurança: narrativas compartilhadas com criança. 1ed. Fortaleza - CE: Editora da UE, 2022, v. 1, p. 34-53.
9. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes; BRITO, Daiana Silva; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Desproteções relacionais: percepções e atuações de profissionais do SUAS com foco em convivências protetivas. *Boletim de Conjuntura*, v. 17, p. 499-528. 2024. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10595259>
10. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes. ConViver: grupos de convivência protetiva para crianças, adolescentes e suas famílias [Tese de doutorado]. Universidade de Brasília, 2024.
11. CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. RESOLUÇÃO CNAS/MDS Nº 166, DE 18 DE SETEMBRO DE 2024. <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-cnas-mds-n-166-de-18-de-setembro-de-2024>
12. COSTA, Pedro Henrique Antunes; FARIA, Nicole Costa. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310412. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>
13. FLEURY, Sônia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, v. 7. N. 1. 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/671>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
14. GUIMARÃES, Ana Paula Dias, OLIVEIRA, Helian.; SILVA, Jandira Maciel da (2020). Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único

de Assistência Social. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 30(2), e300224.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300224>

15. LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. *Dados*, 63(4), e20190112. 2020. <https://doi.org/10.1590/dados.2020.63.4.219>
16. MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: LACERDA JÚNIOR, F. (Org.). *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos psicossociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. p. 251-270.
17. MARTINS, José Lucas; LOPES, Luís Fernando. Pedagogia psicodramática: humanismo e inovação no ensino e na aprendizagem. *Dialogia*, [S. l.], n. 48, p. e23926, 2024. DOI: 10.5585/48.2024.23926. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/23926>. Acesso em: 29 abr. 2025.
18. MILANESE, Elisabete. *Tratamento comunitário: manual de trabalho, conceitos e práticas*. 2. ed. São Paulo: Instituto Empodera, 2012.
19. MONTEIRO, J. C. S. PADLET: um novo modelo de organização de conteúdo hipertextual. *Revista Encantar*, v. 2, p. 01-11, 17, 2020. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/9077>.
20. MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; & ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional, Vitória da Conquista*, v. 17, n. 48, p. 60-77. 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.
21. NOVAIS, Tatiana Novais; LOPES, Everardo Aguiar de; JESUS, Marcelo Souza de; SILVA, Waldir Campelo da; CARLOS, Ludymilla Anderson Santiago. Co-criando métodos colaborativos para construção de ambientes sociais mais autônomos e horizontais. *Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília*, v. 28, n. 2, p. 188–197, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41853>. Acesso em: 15 jul. 2021.
22. OKA BARRETO, Clara Parente; COSTA, Pedro Henrique Antunes. Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis*, v. 14, n. 40, p. 01–29, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>. Acesso em: 19 abr. 2025.
23. PRADO, Níli Maria B.L., AQUINO, Rosana, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo., SANTOS, Hebert Luan P. C dos., MEDINA, Maria Guadalupe. (2022). Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 593-602.
24. ROMAÑA, M. A. *Psicodrama pedagógico: método educacional psicodramático*. 2 ed. São Paulo: Papirus, 1987.
25. ROVERE, Mario Roberto. *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
26. SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Ed.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes, 1999.
27. SPOSATI, Aldaiza. Suas e trabalho profissional: Frágeis gritos e muitos sussurros. *Textos & Contextos*, 20(1), e39301. 2021. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.39301>
28. TORRES, Abigail Silvestre. *Convívio, convivência e proteção social: entre relações, reconhecimentos e políticas públicas*. 2016. Ed. Veras.
29. TORRES, Abigail Silvestre; FERREIRA Stela da Silva. *Trabalho Profissional: Responsabilidade de Proteção Nos Serviços Socioassistenciais*. 2019. *O Social em Questão* <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264344013/html/>

As Comunidades Terapêuticas no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

Therapeutic communities in the Ministry of Development and Social Assistance, Family, and Fight Against Hunger

Las comunidades terapéuticas en el Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre

Maria Luísa Nogueira Lemos Amaral de Oliveira¹

Andréia de Oliveira²

¹ Universidade de Brasília (UnB) | marialuisanoglaio@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) | andreiao@unb.br

RESUMO

O estudo analisa as implicações da inserção institucional das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), evidenciando as incongruências entre suas práticas asilares e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A pesquisa, de natureza qualitativa e baseada em revisão bibliográfica e documental, foca no marco normativo-legal de 2016 a 2025. Os resultados indicam que as CTs, amparadas por instrumentos legais permissivos, institucionalizam-se em um campo de ambiguidades, ocupando espaços em distintas políticas públicas por meio de uma desregulação programada. Conclui-se que a incorporação das CTs ao MDS subverte os princípios do cuidado em liberdade e da redução de danos, beneficiando-se de uma regulação porosa e da expansão do financiamento público. Esse movimento consolida uma inflexão neoliberal e neoconservadora que tensiona o campo da saúde mental e ameaça a garantia dos direitos humanos no Brasil.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas, Políticas públicas, Assistência social, Saúde mental, Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This study analyzes the implications of the institutional insertion of Therapeutic Communities (TCs) within the Ministry of Development and Social Assistance, Family, and Fight Against Hunger (MDS), highlighting the incongruities between their asylum-like practices and the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform. This qualitative research, based on a literature

and document review, focuses on the legal-normative framework from 2016 to 2025. The results indicate that TCs, supported by permissive legal instruments, institutionalize themselves within a *field of ambiguities*, occupying spaces in different public policies through programmed deregulation. The study concludes that the incorporation of TCs into the MDS subverts the principles of care in freedom and harm reduction, benefiting from porous regulation and the expansion of public funding. This movement consolidates a neoliberal and neo-conservative shift that creates tension within the mental health field and threatens the guarantee of human rights in Brazil.

Keywords: Therapeutic Communities, Public policies, Social assistance, Mental health, Psychiatric Reform.

RESUMEN

El estudio analiza las implicaciones de la inserción institucional de las Comunidades Terapéuticas (CTs) en el Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre (MDS), evidenciando las incongruencias entre sus prácticas asilares y las directrices de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. La investigación, de carácter cualitativo y basada en una revisión bibliográfica y documental, se centra en el marco normativo-legal de 2016 a 2025. Los resultados indican que las CTs, amparadas por instrumentos legales permisivos, se institucionalizan en un *campo de ambigüedades*, ocupando espacios en distintas políticas públicas mediante una desregulación programada. Se concluye que la incorporación de las CTs al MDS subvierte los principios del cuidado en libertad y de la reducción de daños, beneficiándose de una regulación porosa y de la expansión del financiamiento público. Este movimiento consolida una inflexión neoliberal y neoconservadora que tensiona el campo de la salud mental y amenaza la garantía de los derechos humanos en Brasil.

Palabras clave: Comunidades Terapéuticas, Políticas públicas, Asistencia Social, Salud mental, Reforma Psiquiátrica.

1. INTRODUÇÃO

O atual estágio de desenvolvimento da acumulação capitalista, nesta terceira década do século XXI, converge com o aprofundamento de medidas de contrarreforma do Estado brasileiro na esfera econômico-social e a ascensão do conservadorismo e da extrema direita. Esse cenário resulta em inflexões severas na implementação de políticas sociais e na garantia de direitos da classe trabalhadora. Tal conjuntura regressiva e seus desdobramentos deletérios nas políticas sociais caminham *pari passu* com o fortalecimento da lógica capitalista neoliberal que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reverbera na sobreposição dos interesses do setor privado, na mercantilização da assistência e na precarização dos serviços públicos na sociedade brasileira, colidindo frontalmente com os princípios e diretrizes fundantes do sistema oficial de saúde.

No campo da saúde mental, o contexto fortemente retroativo de conquistas sociais, caracterizado pelo aprofundamento da contrarreforma neoliberal e pela ascensão de medidas conservadoras, intensifica o favorecimento do setor privado. Especialmente notável nesse panorama é o incremento de incentivo financeiro e institucional às Comunidades Terapêuticas (CTs), observado em rearranjos organizacionais estabelecidos, de modo enfático, no decorrer do período 2012-2023, tratado no presente estudo.

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde¹, estruturada a partir de deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001 (lei Paulo Delgado ou lei da Reforma Psiquiátrica), representou um marco significativo na organização dos serviços territoriais². Esse avanço promoveu uma ênfase no cuidado integral às pessoas com sofrimento mental, abrangendo também aquelas afetadas pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Entretanto, apesar das reconhecidas conquistas alcançadas com a criação da Raps, persistem contradições que refletem as tensões entre a política pública estatal, de concepção antimanicomial, comprometida com a garantia dos direitos humanos e o cuidado em liberdade, e práticas que mantêm elementos de uma abordagem asilar e manicomial.

A inclusão das CTs na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é o ponto nevrálgico dessa contradição, haja vista que tais instituições são alvo de críticas por razões distintas: seus procedimentos constituem indicadores de retroação às diretrizes das políticas públicas de assistência social e de saúde mental, as quais trazem em si princípios estruturantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira; suas propostas são contraditórias em relação aos postulados dos direitos humanos, endossados internacionalmente; e a sua instituição expressa, de modo inequívoco, o alinhamento ao processo de privatização neoliberal das ações e serviços de saúde, em curso no país³. Em síntese, as CTs reproduzem lógicas asilares, confrontam os direitos humanos e expressam o alinhamento estatal ao processo de privatização neoliberal.

A incorporação das CTs à configuração institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) agrava essas preocupações. Ao adotarem a manutenção de práticas asilares, de concepção proibicionista e de paradigma de abstinência, essas organizações se distanciam do modelo de atenção psicossocial pautado no cuidado em liberdade⁴.

O financiamento das CTs com recursos públicos, procedimento institucional em curso nos níveis estadual e municipal da política pública brasileira de saúde mental⁵, adquiriu dimensão expressiva na esfera federal, em especial a partir do governo presidido por Michel

Temer, iniciado em 2016. Dados de Delgado⁶ e Cruz, Gonçalves e Delgado⁷ demonstram que, enquanto o governo federal aumentou o aporte de recursos aos hospitais psiquiátricos e CTs entre 2016 e 2019, com reajustes superiores a 60% no valor das diárias, a expansão anual de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) se aproximou rapidamente da estagnação, declinando de 6,3% no triênio 2013-2015 para apenas 2,2% no triênio 2016-2019.

Ainda segundo Delgado⁵, entre 2016 e 2019 o governo ampliou o financiamento para a criação de 12 mil novas vagas em CTs, restabeleceu a importância dos hospitais psiquiátricos, desestimulou o uso do termo *substitutivo* na descrição dos serviços de saúde mental e promoveu a recriação dos hospitais-dia, prática assistencial considerada ultrapassada, que reforça um modelo de cuidado desterritorializado. De forma complementar a esse cenário, a política de álcool e outras drogas passou a ser gerida pelo então denominado Ministério da Cidadania, o qual incorporou as áreas de Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, com uma postura clara de apoio às CTs e oposição à estratégia de redução de danos.

A ampliação do financiamento público, por meio da absorção de normativas legais que resultaram no incentivo ao endosso das CTs como arranjo institucional de política pública e contribuíram para o fortalecimento dessa medida como proposta de atenção em saúde mental, não é um fenômeno isolado, mas uma estratégia política de Estado – de modo mais proeminente no decorrer do período 2012-2023⁸, posto que está alinhada à influência do neoliberalismo e ao seu domínio na política de drogas no Brasil, fator facilitador da promulgação de legislações permissivas.

A promoção das CTs como política pública foi impulsionada, também, pela expansão e ascensão de lideranças políticas organicamente ligadas a elas⁸. Nesse contexto, destaca-se a organização política daquelas entidades, a exemplo da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (Confenact), criada em 2012. A Confenact reúne federações e associações de CTs sem fins lucrativos, de âmbito nacional ou regional, juridicamente constituídas no Brasil, e tem como objetivo fortalecer a modalidade de *tratamento* no âmbito da estrutura institucional das CTs, visando à construção de políticas públicas indutoras da inserção dessas instituições na rede de atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e seus familiares. A Confenact atua, ainda, como um canal de comunicação e articulação das necessidades e demandas das federações de CTs na esfera federal de governo⁹.

Outra peculiaridade dessas organizações sociais é que elas têm desenvolvido alternativas de melhor atendimento aos seus interesses, fato especialmente evidente na relação institucional das CTs com o MDS. Tal articulação política se consolidou entre 2018 e 2022, durante o governo presidido por Jair Bolsonaro, e mantém sua influência no governo de Luiz

Inácio Lula da Silva, iniciado em 2023, evidenciando a perenidade dos interesses privados na máquina pública.

Diante desse cenário, este estudo procura analisar as implicações da inserção institucional das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), evidenciando as incongruências entre suas práticas asilares e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A pesquisa é guiada pela seguinte pergunta norteadora: quais as implicações subjacentes à inserção das Comunidades Terapêuticas como política pública de Estado vinculada ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome?

Para responder a esse questionamento, adotou-se uma abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, ancorada em pesquisas bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica possibilitou o embasamento teórico e o levantamento do conhecimento científico produzido sobre a temática, sob a ênfase da contextualização das Comunidades Terapêuticas, suas contradições e a possível contraposição à efetivação das propostas das políticas públicas de assistência social e de saúde mental.

O levantamento documental priorizou o marco legal-normativo (leis, decretos, resoluções, portarias, normas técnicas) e do arcabouço institucional e seu desenvolvimento organizacional (notas técnicas e relatórios produzidos por institutos de pesquisa, inspeção e fiscalização), com recorte temporal da coleta de documentos definido para o período 2016-2025.

A interpretação analítica dos resultados da presente investigação, que incluiu estudos subsidiários à fundamentação da política pública de assistência social, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)¹⁰ e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)¹¹ no país, observou a conformidade com o paradigma balizador dos pressupostos teórico-críticos, a exemplo dos estudos de Behring¹² e Boschetti¹³, dentre outras inúmeras análises e reflexões contributivas à seguridade social brasileira e à compilação de uma base teórica, voltada à realidade do país e às políticas públicas de Estado.

Como apoio teórico à interpretação dos resultados, também foram incorporados estudos e análises sobre a política pública de saúde mental, norteadas pelo quadro propositivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esses estudos foram desenvolvidos por distintas autorias nos primórdios dos debates relativos à construção da política de saúde mental na sociedade brasileira, cujo intervalo temporal se reporta a meados da década de 1960, concentrando-se no contexto pós-constitucional, e alcança o período de elaboração do presente estudo, 2023-2024. Os estudos de Amarante¹⁴, Delgado⁵, Vasconcelos¹⁵ e Passos⁷ são ilustrativos do

conjunto de contribuições elaboradas por distintas autorias envolvidas na formulação das políticas públicas de saúde mental no país e delas participantes.

O estudo foi organizado de acordo com a seguinte estrutura: da introdução constaram a contextualização do problema da investigação, o objetivo da pesquisa, a abordagem metodológica adotada e referenciais do subsídio teórico utilizado; em seguida buscou-se recuperar, de forma não exaustiva, características centrais das CTs com base em elementos do quadro normativo-legal, além de considerações relativas aos campos de tensões, à luz de diretrizes da política pública de assistência social, e da política pública de saúde mental, norteadas em princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; por fim, desenvolve-se uma reflexão sobre os impactos desse modelo para a defesa dos direitos humanos no Brasil.

2. MARCO LEGAL-NORMATIVO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL NO PERÍODO 1960-2025

As Comunidades Terapêuticas (CTs) brasileiras podem ser compreendidas como entidades de âmbito privado sem fins lucrativos, com substancial influência de segmentos religiosos, dotadas da incumbência do *acolhimento* temporário de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em termos metodológicos, o tripé orientador do seu funcionamento é constituído por trabalho, disciplina e espiritualidade³ (IPEA, 2017). O objetivo específico das CTs é levar as pessoas assistidas a suspender o uso de drogas, mediante uma transformação subjetiva, induzida por um conjunto de práticas e atividades empreendidas em um contexto de isolamento da vida social e comunitária, com total abstinência de drogas. Na prática, as CTs se configuram como residências coletivas temporárias, nas quais os indivíduos devem ingressar *voluntariamente* e ali permanecer por períodos extensos, em geral, de nove a doze meses, com a finalidade da cessação do uso prejudicial de álcool e outras drogas¹⁶.

As CTs representam um entre os vários modelos de atenção à saúde direcionados a pessoas com sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas. Embora elas sejam atuantes no Brasil desde o fim dos anos 1960, o número de entidades que assim se autodenominam passou a apresentar crescimento significativo em meados da segunda década do século XXI. Em uma pesquisa de abrangência nacional, realizada pelo IPEA³, foram contabilizadas quase duas mil instituições desse tipo em todas as unidades federativas brasileiras. Ao se consolidarem como dispositivos de atenção ao uso de álcool e outras

drogas, as CTs acabaram por se introduzir no escopo legal e normativo das políticas sociais públicas antidrogas do país. Com base nesse endosso de caráter normativo-legal, essas instituições vêm disputando financiamento público e preconizando o ideário de uma sociedade livre do consumo de drogas, sob uma concepção moralizante cujo norte é representado pela abstinência e pelo isolacionismo da vida social pelas pessoas assistidas¹⁸.

Desde o seu surgimento no Brasil, as CTs adotaram uma abordagem significativamente distinta das iniciativas europeias, uma vez que estas, em meados da década de 1960, expressavam posições críticas às propostas da psiquiatria tradicional e promoviam os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica em diferentes países. Contudo, a regulamentação legal e normativa específica para as CTs seria formalizada, no Brasil, apenas no início do século XXI, com a publicação da Resolução nº 101/2001, da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde, a qual deu início ao estabelecimento do marco legal que rege o funcionamento das CTs no território nacional (a RDC-Anvisa nº 101/2001 foi revogada, estando em vigor a RDC-Anvisa Nº 29/2011, conforme exposto na sequência)¹⁹.

O crescimento expressivo do número de CTs no Brasil, por volta da década de 2010, ocorreu em sintonia com o aprofundamento das contrarreformas neoliberais nas políticas sociais observado no período. No entanto, verifica-se que essa expansão também respondeu a vazios assistenciais históricos acumulados no segmento da saúde do país, relacionados ao atendimento das necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Apesar das conquistas alcançadas na política pública de saúde mental do país, decorrentes dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a problemática das demandas de saúde resultantes do uso de álcool e outras drogas permaneceu marginalizada no âmbito da política de saúde mental mais ampla²⁰.

Os ideais orientadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conjugados com os princípios afetos ao fortalecimento da Atenção Psicossocial e de Redução de Danos, contemplam a ênfase nos cuidados à saúde em uma rede de atenção territorializada, por meio da qual são promovidas a desinstitucionalização, a liberdade, a autonomia, a cidadania e a garantia dos direitos humanos. Esses paradigmas embasaram o processo de formulação da política pública de saúde mental no país, no cenário constitucional do fim da década de 1980, estendendo-se às duas primeiras décadas do século XXI. No entanto, de maneira paradoxal a esses ideais e princípios, foram emergindo, ao longo do tempo, controvérsias e disputas relacionadas à inserção das CTs como política de Estado. Desse modo, destacaram-se no país, no fim dos anos 2000, narrativas e procedimentos de oposição aos fundamentos propositivos

da política pública de saúde mental, norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal oposição se revelou, de modo particularmente acentuado, um quadro de intensa publicação de regulamentações legais e normativas favorecedoras das CTs, de forma conjugada com a adoção de um modelo de cuidado centrado na atenção à doença e na abstinência total²¹.

Com base em análises das investigações de Teixeira *et al.*²¹ a respeito da legislação brasileira de drogas no período de 2000 a 2016, os autores elaboraram um panorama sucinto da trajetória da inserção institucional das Comunidades Terapêuticas na estrutura organizacional do órgão oficial federal de saúde, no período considerado.

Na Lei Complementar nº 187¹, de 16/12/2021, que revoga a Lei federal nº 12.101/2009, até então instrumento legal de regulação da matéria, foram estabelecidas normas a respeito da certificação das entidades beneficentes, além de procedimentos de regulamentação relativos à imunidade de contribuições à seguridade social, de que trata a Constituição Federal²¹⁻²².

Em 2011, a RDC-Anvisa nº 101/2001 foi revogada e passou a vigorar a RDC-Anvisa nº 29/2011, cujo propósito foi estabelecer requisitos de segurança sanitária para instituições de atenção a pessoas com demandas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. No entanto, de acordo com o conteúdo daquele instrumento regulamentar, tais entidades não foram classificadas como Comunidades Terapêuticas¹⁸. Nota-se, a esse respeito, que a RDC 29/2011 as define como "instâncias de saúde de caráter residencial", evitando a expressão *Comunidade Terapêutica*, o que, na prática, validaria o modelo pedagógico-religioso dentro da vigilância sanitária estrita.

Com a finalidade de subsidiar a aplicabilidade da norma às Comunidades Terapêuticas, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica nº 55/2013 na qual reuniu um conjunto de orientações e esclarecimentos sobre a RDC-Anvisa Nº 29/2011²³. Nessa Nota Técnica, as CTs são descritas como instituições não governamentais da sociedade civil, destinadas a preencher lacunas assistenciais no SUS²⁰. Ainda em 2011, as CTs foram reconhecidas como integrantes da estrutura organizacional da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), sendo regulamentadas para tal nos termos da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde¹. Posteriormente, a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, também do Ministério da Saúde, estabeleceu um incentivo financeiro de custeio destinado a estados, municípios e Distrito Federal, com o propósito de apoiar Serviços de Atenção em Regime Residencial,

¹ A lei sofreu alterações promovidas pela Lei nº 14.332, de 2022, e pela Lei nº 14.334, de 2022. Sua regulamentação se deu pelo Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023.

entidades de caráter transitório que oferecem cuidados a pessoas com demandas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Raps, incluindo as Comunidades Terapêuticas. A portaria também definiu os critérios para a concessão do incentivo financeiro àquelas comunidades²⁴.

Conforme observado na análise documental, o conteúdo dos instrumentos legais e normativos produzidos pelo Estado brasileiro, nos períodos de 2019 e de 2021, indica a continuidade do fortalecimento da regulamentação das CTs, com ênfase na abordagem de *acolhimento* e abstinência. Em dois instrumentos promulgados no ano de 2019, o Decreto nº 9.761 e a Lei sobre Drogas nº 13.840, observou-se o destaque conferido à relevância das CTs, sendo priorizadas as linhas de cuidado apresentadas por essas entidades²⁵⁻²⁶.

Em 2021 as instituições beneficentes foram contempladas com certificação oficial por intermédio da Lei Complementar nº 187/2021 e, como citado, essa regulamentação também proporcionou imunidade tributária às CTs²¹.

O arcabouço legal-normativo e a expansão das CTs possibilitaram evidenciar o tensionamento entre dois projetos antagônicos no que se refere à atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas no Brasil: por um lado, uma proposta de cuidado em liberdade, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos; por outro lado, um projeto de caráter manicomial, proibicionista e privatista, baseado exclusivamente na abstinência, de orientação moral-conservadora, que subverte a lógica da Raps.

Em meio a esse histórico de tensionamento, as CTs terminaram por se instituir como uma política de Estado. Observa-se, assim, uma incongruência institucional no tocante à classificação organizacional dessas entidades, pois sua formalização como política pública foi permeada por normas próprias dos campos da saúde, segurança pública e assistência social, estabelecendo um cruzamento complexo de normativas.

3. A COMPLEXIDADE DA INSERÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO MDS: MODELOS INTERVENTIVOS EM DISPUTA

O processo de reflexão sobre a inserção das CTs como política pública de Estado vinculada ao MDS perpassa o reconhecimento dos distintos modelos e concepções que influenciam, historicamente, a construção de políticas públicas de saúde mental e de atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, na esfera do poder executivo federal brasileiro.

Em termos da formulação de políticas públicas sobre drogas, os estudos de Teixeira *et al.*²⁰ apresentam reflexões indicativas de evidências de tensões entre vários setores de políticas públicas, especialmente nas áreas da justiça e da segurança pública, campos nos quais os paradigmas do proibicionismo e do antiproibicionismo se encontram em constante disputa.

A perspectiva do proibicionismo, conhecido comumente como *Guerra às Drogas*, caracteriza-se pelo propósito de combater o tráfico e criminalizar usuários e traficantes, em busca de um mundo livre de drogas. Em contraposição, a proposta de antiproibicionismo apresenta a defesa da descriminalização das drogas, sob o argumento de que o uso dessas substâncias não deve ser considerado crime, e os indivíduos que fazem uso prejudicial devem receber tratamento e cuidados, em vez de reclusão²⁰.

Além disso, as investigações de Teixeira *et al.*²⁰ evidenciam tensões entre concepções diversificadas de atenção em saúde mental, as quais dialogam com as abordagens proibicionistas e antiproibicionistas. Nesse contexto, destacam-se os modelos asilar, psicossocial e de Redução de Danos, os quais sustentam as práticas em saúde mental relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Na perspectiva asilar, ainda presente no Brasil, apesar das discussões jurídico-políticas da Reforma Psiquiátrica, o indivíduo assistido é visto como um doente e tratado predominantemente com medicamentos. Nesse enfoque, é justificado o isolamento da pessoa em relação à vida social e ao convívio comunitário.

Em contraste com a concepção asilar, o modelo psicossocial começou a ser gestado no Brasil a partir de propostas de movimentos sociais e de um conjunto de teóricos, especialmente no fim da década de 1970, vindo a se consolidar no esteio da redemocratização e do novo ordenamento jurídico inaugurado pela Constituição Federal de 1988. Nesse modelo, é abordado o sofrimento do indivíduo em relação ao uso de drogas e, desse modo, fatores sociais, econômicos e políticos são considerados de influência relevante no processo de adoecimento da pessoa assistida. No modelo psicossocial é enfatizada a atenção integral e territorializada, em busca da inclusão e reinserção social, com vistas à redução de riscos e danos e em respeito à autonomia, liberdade e dignidade do indivíduo. O uso de substâncias psicoativas é focado como uma forma de interação entre o indivíduo, a droga e o contexto sociocultural, em conjugação com princípios de desinstitucionalização, de convivência social e solidária e de cidadania.

O modelo de Redução de Danos constitui uma estratégia baseada em princípios do pragmatismo e dos direitos humanos, na busca de cuidados ampliados e com respeito à

autonomia dos usuários. Esse modelo não exige a cessação total do uso de drogas e se contrapõe às práticas de recolhimento e internação compulsórios²⁰.

O modelo de Redução de Danos e o modelo psicossocial, ao se basearem na relação entre drogas e contextos, propiciam a promoção do rompimento com estigmas. Ambos preconizam uma abordagem enfaticamente inclusiva e humanizada, com priorização da atenção integral e territorializada, da autonomia dos indivíduos e da reinserção social. Ao desafiar a lógica da exclusão, os dois modelos se qualificam como alternativas promissoras de valorização da dignidade e da liberdade dos usuários, por meio da promoção de políticas públicas integradas e equitativas.

No quadro institucional brasileiro, as Comunidades Terapêuticas ingressam nas políticas públicas sob o paradigma proibicionista, o qual, como dito, se caracteriza como sustentáculo de um modelo interventivo baseado na reclusão e na abstinência total. Para além da inserção nas políticas públicas de Estado e das implicações decorrentes, Denadai²⁷ destaca a relevância alcançada pelas organizações políticas e parlamentares do movimento proibicionista, no tocante ao financiamento e manutenção das CTs como alternativa ao tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Em termos de dinâmica organizacional, a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (Confenact) encontra, no parlamento do país, um espaço propício à consolidação da hegemonia das CTs como instituições viabilizadoras de políticas públicas no Estado brasileiro. Nesse sentido, o poder legislativo se torna crucial, portanto, para a incorporação e manutenção das CTs, pois a classe dominante visualiza, na ideologia neoliberal, uma oportunidade para fortalecer seu discurso e sustentar seu projeto proibicionista^{27,p.15}. Dessa forma, ao navegar entre as forças políticas conservadoras, catequéticas e de extrema-direita²⁸, as CTs encontram no parlamento brasileiro um cenário de disputa e tensão ideológica, gradualmente favorecido pelos projetos da extrema-direita, no decorrer das três primeiras décadas do século XXI.

4. AMBIGUIDADES DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO

Em relatório elaborado por Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), em 2021²⁹, foi analisado o investimento público em Comunidades Terapêuticas brasileiras no período 2017-2020. O montante de investimento federal naquele período atingiu R\$ 300 milhões; no entanto, se forem considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais do país, esse montante alcança R\$ 560 milhões. A tendência mais provável é de que o investimento continue em ritmo de crescimento, especialmente por

parte do governo federal, o qual torna o repasse às CTs o eixo principal de sua política de atendimento a quem faz uso abusivo de drogas.

As CTs utilizam estratégias com o propósito de obter respaldo legal e garantir financiamento público, valendo-se da chamada *zona de indeterminação*, segundo Fiore e Rui³⁰. Todavia, por mais que as CTs tenham se inserido na Raps e ocupado uma rede paralela de atenção psicossocial (não a rede efetivamente dita substitutiva), suas proposições não se coadunam com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Da mesma forma, as propostas das CTs não se configuram como serviço de assistência social, devido ao conteúdo discursivo de contraposição observado no texto da própria resolução regulamentadora do funcionamento desses dispositivos. Isso significa que a definição por vezes confusa do conceito, procedimentos e estatuto de funcionamento de uma Comunidade Terapêutica termina por enquadrar essas instituições em atributos de qualificação apontados como *zona de indeterminação*, em estudos recentes³⁰.

Esse vácuo regulatório fica evidente no teor do documento elaborado pela área de assistência social do Governo do Estado de Minas Gerais com a intenção de desenvolver um guia de “orientações sobre a relação da assistência social, a política sobre drogas e as comunidades terapêuticas”³¹. Segundo especificado naquele documento, a Política Pública de Assistência Social é dotada de competências legais, no sentido de garantir proteção social a famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos. Tal proteção social também se estende às situações associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de forma integrada em rede, articulada com as demais políticas públicas e órgãos de garantia e defesa de direitos no território, potencialmente capazes de contribuir para a proteção social. Além disso, conforme enfatizado no guia orientador da relação entre a assistência social, a política sobre drogas e as CTs do estado de Minas Gerais, o papel da assistência social, em relação ao atendimento de pessoas expostas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, consiste em uma conduta de caráter intersetorial, com atuação aplicada à vulnerabilidade e ao risco social causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, e com destaque para a reafirmação de que “o acolhimento em comunidade terapêutica é um serviço da RAPS, e não um serviço do SUAS”^{31,p.19}.

No mesmo sentido se apresenta o conteúdo do caderno de orientações técnicas sobre “atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas”, desenvolvido em 2016 pelo MDS³². Nas instruções contidas no caderno de orientações do

MDS é destacado, mais uma vez, o conjunto dos serviços do SUAS na instância de recursos socioassistenciais, os quais devem estar incluídos na atenção ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, a ação referida aos serviços do SUAS está circunscrita à categoria de dispositivo de operação nas questões de vulnerabilidade social, por intermédio da rede de proteção social e, por conseguinte, sem atuação do SUAS diretamente nos procedimentos de tratamento e acolhimento às pessoas assistidas³³.

O relatório produzido por Conectas e Cebrap²⁹ apresenta, em documento anexo a ele, parecer jurídico sobre a Lei Complementar nº 187/2021, em cujo teor, mais uma vez, é ratificado que

[...] as CTs não se caracterizam como organizações atuantes na área da assistência social, uma vez que as atividades que desenvolvem não encontram previsão expressa no rol dos serviços de acolhimento reconhecidos no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109/2009^{29,p.46} (Conectas; Cebrap, 2021, p. 46).

O texto do relatório mencionado apresenta ainda o seguinte complemento:

A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do CNAS é a norma que aprova, tipifica e classifica os Serviços Socioassistenciais e que prevê, no âmbito dos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, um rol de serviços de acolhimento. Nesse sentido, verifica-se que as CTs e os serviços por elas prestados – redução da demanda de drogas e/ou acolhimento de adultos e adolescentes que fazem uso problemático de drogas – não estão previstos na Lei Orgânica da Assistência Social e nem encontram previsão expressa nas normas que regulamentam o SUAS. O conceito de CTs constante no artigo 32, § 2º, da LCP nº 187/2021 não tem, portanto, relação com a política ou a definição jurídica de organização de assistência social^{29,p.53}. (Conectas; Cebrap, 2021, p. 53).

O relatório também estabelece a distinção entre Comunidades Terapêuticas de Tratamento e Comunidades Terapêuticas de Acolhimento:

Comunidades Terapêuticas de Tratamento – portanto, médicas, parte da RAPS e sujeitas às normas técnicas da ANVISA para ambientes em que predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, mas onde existe a prática de atos médicos e tratamento, atraindo inclusive a regulação e a fiscalização pelo CFM. Essas comunidades, por estarem atreladas à RAPS, também acolhem pessoas adultas e que integram o público-alvo da saúde mental; **Comunidades Terapêuticas de Acolhimento** – Ligadas à Política Nacional de Drogas, atuam de acordo com instruções do CONAD e utilizam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares e, em regra, não realizam a prática de atos médicos e tratamento^{29,p.57}. (Conectas; Cebrap, 2021, p. 57).

Assim, compreende-se que as CTs se valem do que vem sendo denominado, em estudos, de campo de ambiguidades, ou seja, a indefinição e a multiplicidade de interpretações relacionadas à sua natureza, de modo a abarcar e incorporar espaços institucionais em diferentes políticas públicas. Essa dinâmica de incorporação faculta às CTs a

ocupação de um espaço próprio, ou seja, um espaço de autonomia paraestatal, permitindo que moldem sua atuação em conformidade com interesses corporativos e confessionais, especialmente sob a égide do MDS (2023-2024), em que se observa uma flexibilização dos mecanismos de regulação, monitoramento e transparência do seu financiamento e funcionamento. Quando conveniente, as CTs se apresentam como *Comunidades Terapêuticas de Tratamento*, vinculando-se à política pública de saúde e à Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Entretanto, quando o campo da saúde lhes impõe exigências a fim de se adequarem às normas das entidades de saúde, optam por recorrer ao recurso de se identificar como *Comunidades Terapêuticas de Acolhimento*, buscando respaldo na política pública de assistência social.

Diante das críticas sobre o descompasso entre suas atividades e os objetivos da política pública de assistência social, as CTs encontraram respaldo na estrutura do MDS. Ao atuar em diferentes áreas de políticas públicas, além da assistência social, o MDS adotou estrategicamente a reintegração das CTs à sua estrutura formal, vinculando-as diretamente à Secretaria Executiva, especificamente no âmbito do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, anteriormente denominado Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas. Isso ocorreu após quatro anos de retrocessos nas políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas na gestão Jair Bolsonaro, por meio do Decreto Federal nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023³³, dando continuidade a um ambiente favorável ao financiamento e fortalecimento das CTs.

Assim, nos dois primeiros anos do terceiro mandato do governo Lula (2023-2024), tem-se uma contradição visivelmente exposta na condução da política de saúde mental, álcool e outras drogas. Por um lado, o Ministério da Saúde, com a criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, busca recolocar essa política nos trilhos dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada pelos direitos humanos, pelo cuidado em liberdade e pela estratégia de redução de danos. Por outro lado, o MDS se empenha em fortalecer financeiramente e institucionalmente as Comunidades Terapêuticas, em franca desatenção aos princípios dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Naquele mesmo período, a aproximação das CTs à política pública de assistência social é advertido por distintas organizações de representação institucional, em especial pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que, em 23 de abril de 2024, publicou a Resolução nº 151 dispondo sobre o não reconhecimento das CTs e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de pessoas que

fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e seus familiares como integrantes da categoria de entidades e organizações de assistência social, registrando, ainda, a não vinculação dessas entidades ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) também divulgou comunicado público com posicionamento crítico às CTs, nos termos da Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023, na qual defende medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do MDS³⁴. Além da manifestação desses conselhos, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) também se posicionou contrariamente à instituição daquele Departamento, afirmando que sua implantação “cria um conflito interno na gestão federal, prejudica a implantação de políticas já existentes e ameaça os princípios da Reforma Psiquiátrica e da defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental”^{35,p.1}.

Em resposta a essas e a outras inúmeras críticas dos diferentes segmentos afetos ao campo da saúde mental, o governo federal, com o objetivo de acomodar as CTs em sua estrutura, adotou uma abordagem que as mantém no MDS, mas agora desvinculadas da política de assistência social. Para atender às demandas das CTs, o MDS, por meio da Portaria nº 907, de 7 de agosto de 2023, que define o Planejamento Estratégico Institucional para o período de 2023 a 2026, estabeleceu, como uma de suas metas, a ampliação do número de acolhimentos em entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas, as quais devem ser contratadas na esfera federal até o corrente ano³⁶.

Em 2023, o MDS também editou três portarias adicionais relacionadas às CTs, a saber: a Portaria MDS nº 926, de 20/10/2023, estabelecendo diretrizes em âmbito nacional relativas à fiscalização e ao monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas³⁷; a Portaria MDS nº 946, de 18/12/2023, a qual contém normas e procedimentos administrativos, em termos de comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, contratadas no âmbito do MDS³⁸; e a Portaria MDS nº 962, de 21/02/2024, de conteúdo regulamentador de procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes atuantes na redução de demanda de drogas³⁹.

Outro instrumento editado pelo MDS, também em 2023, foi o Edital de Credenciamento Público MDS nº 08/2023, o qual dispõe sobre o processo de habilitação para contratação de serviço de acolhimento a dependentes químicos em regime residencial, transitório e de caráter exclusivamente voluntário⁴⁰. Segundo esse edital, as (CTs) são entendidas como instituições essenciais ao acolhimento e recuperação de pessoas em situação

de vulnerabilidade, especialmente aqueles indivíduos que realizam uso abusivo de álcool e outras drogas.

Em outras palavras, por meio daquele Edital, ao incluir as CTs no âmbito do acolhimento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, o MDS afasta-se da esfera da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída como recurso da política pública de saúde mental do SUS, e termina por delegar a si as responsabilidades pelo atendimento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sob a ênfase do paradigma da abstinência⁴⁰. Ressalta-se que o modelo de Redução de Danos, cujo objetivo é reduzir os impactos negativos associados ao uso de substâncias sem necessariamente exigir abstinência, parece subvalorizado no edital. O resultado desse chamamento, publicado em março de 2024, possibilitou a habilitação de 585 Comunidades Terapêuticas, na contramão do fortalecimento e reestruturação da Raps e dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD) e, de modo controverso, contrariamente ao paradigma do cuidado em liberdade e com autonomia, sob os fundamentos dos direitos humanos.

Nessa mesma direção e com uma clara duplicidade de comando, posto que suas ações alcançam as diretrizes do Ministério da Saúde, o MDS publicou, em 2025, o Edital de Chamamento Público nº 3/2025, que dá continuidade e aprofunda a estratégia de fortalecimento das CTs, prevendo o repasse estimado de R\$ 119.567.460,00 àquelas comunidades, para ocupação de 8.500 vagas de acolhimento para adultos, com previsão de adicional financeiro para mães nutrizes. Esse instrumento explicita também a opção institucional pelas CTs como equipamento prioritário para essa modalidade de acolhimento, diretriz essa expressa no respectivo Termo de Referência e que justifica a contratação de novas vagas em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras como uma medida estratégica, urgente e tecnicamente fundamentada, alinhada à Política Nacional sobre Drogas e às diretrizes do SUAS. Para amparar essa opção, o termo aponta o cenário brasileiro marcado pelo aumento do consumo de substâncias psicoativas, especialmente entre populações vulneráveis, associado ao avanço das redes de tráfico, que tem sobrecarregado os serviços públicos de saúde, segurança e assistência social, exigindo respostas articuladas e o fortalecimento de redes de cuidado com ênfase no acolhimento, na reinserção social e na dignidade da pessoa atendida⁴¹.

Assim como observado no anterior, o Edital de Chamamento Público nº 3/2025 também reafirma o protagonismo das Comunidades Terapêuticas na política de acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, consolidando um

modelo que se distancia dos princípios da Redução de Danos e do cuidado em liberdade, preconizados pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção institucional das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) sinaliza um preocupante movimento em direção à remanicomialização. Ao adotar o paradigma asilar, tal medida estabelece uma antítese ao ordenamento legal-normativo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, operando em clara oposição aos princípios dos direitos humanos.

Esse desenho institucional é o reflexo de uma tendência conservadora, cuja base interventiva repousa na abstinência e no confinamento, sustentada pela tríade disciplina-trabalho-espiritualidade. Tal retrocesso é moldado por forças políticas alinhadas à perspectiva neoliberal, que fomentam a privatização das políticas sociais e a transferência sistemática de recursos públicos para o setor privado. Essa concepção mercantilista privatista reitera a lógica asilar e manicomial, em detrimento do necessário fortalecimento da rede pública e territorial de saúde, exemplificada pelos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD).

Os resultados deste estudo indicam que, na busca por legitimação e ampliação do financiamento público, as CTs se institucionalizam no que Fiore e Rui³⁰ denominaram de *zona de indeterminação*, ou, como aqui se preferiu chamar, campo de ambiguidades. Valendo-se de uma desregulação programada, essas entidades ocupam espaços institucionais em diversas políticas públicas, operando em zonas de baixa visibilidade e monitoramento frágil. Tal opacidade permite que funcionem à margem dos princípios técnicos da Saúde e da Assistência Social, diluindo a responsabilidade estatal sobre resultados e impactos de suas ações.

Observou-se um hibridismo estratégico: ora as CTs se apresentam como instâncias de tratamento vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) quando lhes é conveniente, ora se reposicionam como equipamentos de acolhimento social para esquivar-se das exigências sanitárias do campo da Saúde. Diante das críticas sobre o descompasso entre suas atividades e o SUAS, encontram no MDS um subterfúgio institucional. Ao abrigá-las diretamente na sua Secretaria Executiva, o Ministério não apenas as legitima, como as blinda das instâncias tradicionais de controle social dessas políticas.

A decisão do MDS em proporcionar abrigo institucional às CTs, sob o pretexto de proteger populações vulneráveis, expressa pressupostos diametralmente opostos aos princípios fundantes da política pública de saúde mental, ancorada em propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na garantia dos direitos humanos. Tal postura reflete um retardamento deliberado dos avanços democráticos nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, priorizando práticas reacionárias e punitivas em vez de abordagens inclusivas pautadas na autonomia dos indivíduos.

Ao privilegiar instituições privadas e confessionais, o Estado desconsidera o paradigma psicossocial e o cuidado em liberdade. Em última análise, ao fortalecer a influência neoliberal e privatista, o MDS incorre em um paradoxo institucional: contribui para a violação dos direitos humanos à revelia de sua própria missão e dos princípios civilizatórios que deveriam nortear a assistência social brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 247, Brasília-DF, 26 dez. 2011-a, Seção 1, Págs. 230-232.
- 2 Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União nº 69-E, Brasília-DF, 9 abr. 2001, Seção 1, p. 2. [Lei da Reforma Psiquiátrica 2001; Lei Paulo Delgado].
- 3 Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest). Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília-DF: Ipea/Diest, mar. 2017. (Nota Técnica nº 21).
- 4 Weber R. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: Fiore, Maurício; RUI, Taniele. (Eds.). Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, jun. 2021, p. 29-44.
- 5 Delgado PG. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Editorial. Trabalho, Educação e Saúde, n. 2, v. 17, n. 2, p. 1-4, Rio de Janeiro, 2019.
- 6 Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, n. 18, v. 18, 2020.
- 7 Passos RG *et al.* Comunidades Terapêuticas, drogas e a disputa do Fundo Público. Argumentum, Vitória, v. 15, n. 3, p. 126-140, 2023.
- 8 Barroso PF. Comunidades terapêuticas como política de estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul. 2020. 196 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.
- 9 Confenact. Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas. Quem somos. [Página em portal eletrônico]. Disponível em: https://www.confenact.org.br/?page_id=7. Acesso em: 23 set. 2024.
- 10 Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 8 dez. 1993, Seção 1, p. 18769 [Lei Orgânica de Assistência Social – Loas].
- 11 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Política Nacional de Assistência Social – PNAS-2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília: MDS, 2005.
- 12 Behring ER. Política social no capitalismo tardio. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2015.
- 13 Boschetti I. Tensões e possibilidades da política de assistência social em contexto de crise do capital. Argumentum, v. 8, n. 2, p. 16–29, Vitória, maio/ago. 2016.

- 14 Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- 15 Vasconcelos EM. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Editora Papel Social, 2016.
- 16 Santos MPG. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: Santos MPG (Org.). Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. P. 17-36.
- 17 Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 29, de 30 de junho de 2011-a. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União Nº 125, Brasília, 1 de julho de 2011, Seção 1, p. 62
- 19 Costa PHA. Comunidades terapêuticas no Distrito Federal: “controle” social e saqueio do fundo público. Revista de Políticas Públicas, São Luiz, v. 27, n. 1, p. 341-360, 17 dez. 2023.
- 20 Teixeira MB *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, Rio de Janeiro, 2017.
- 21 Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social. Diário Oficial da União nº 237, Brasília-DF, 17 dez. 2021, Seção 1, pp. 1-6.
- 22 Brasil. Presidência da República. Decreto nº 11.791 de 21 de novembro de 2023-a. Regulamenta a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 22 nov. 2023.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. Brasília: Anvisa, 2013.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União nº 20, Brasília-DF, 27 jan. 2012, Seção 1, p. 40.
- 25 Brasil. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 11 abr. 2019, Edição extra, Seção 1, p. 7.

- 26 Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera diversas Leis para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União Nº 108, Brasília-DF, 6 jun. 2019, Edição extra, Seção 1, p. 2.
- 27 Denadai MCVB. A frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas e a hegemonia da 'pequena política' no congresso nacional brasileiro. In: 6º Encontro Internacional de Política Social; 13º Encontro Nacional de Política Social, 2018, Vitória. Anais [...]. Vitória: Ufes, 2018. v. 1, n. 1.
- 28 Fernandes MN, Oliveira A. Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, v. 22, n. 54, pp. 99-110, Rio de Janeiro, jan./abr. 2024.
- 29 Conectas Direitos Humanos, Cebrap. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: Conectas Direitos Humanos/Cebrap, 2021.
- 30 Fiore M, Rui T. O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação. In: Fiore M, Rui T. (Eds.). Working paper series: Comunidades Terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021. P.1-7.
- 31 Minas Gerais. [Governo do Estado]. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – Sedese. Orientações sobre a relação da assistência social, a política sobre drogas e as comunidades terapêuticas. Belo Horizonte: Sedese, 2021.
- 32 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília-DF: MDS, 2016.
- 33 Brasil. Presidência da República. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do MDS, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 20 jan. 2023, Edição extra, Seção 1, p. 11.
- 34 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023-f. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências.
- 35 Abrasco. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota de repúdio ao Decreto que cria o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, 25 jan. 2023. Rio de Janeiro: Abrasco, 2023.
- 36 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Portaria nº 907, de 7 de agosto de 2023-b. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. Diário Oficial da União nº 150, Brasília, 8 ago. 2023, Seção 1, p. 13.

37 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Portaria nº 926, de 20 de outubro de 2023-c. Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas. Diário Oficial da União nº 201, Brasília, 23 out. 2023, Seção 1, p. 50.

38 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Portaria nº 946, de 18 de dezembro de 2023-d. Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas, contratadas no âmbito do MDS. Diário Oficial da União nº 240, Brasília, 19 dez. 2023, Seção 1, p. 35-36.

39 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Portaria nº 962, de 21 de fevereiro de 2024. Estabelece procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes atuantes na redução de demanda de drogas, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 36, Brasília, 22 fev. 2024, Seção 1, p. 24.

40 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Edital de Credenciamento Público nº 08, de 1 de novembro de 2023-e. Diário Oficial da União nº 208, Brasília, 1 nov. 2023, Seção 3, p. 59-64.

41 Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Edital de Chamamento Público nº 3, de 2025. Diário Oficial da União. Brasília, 18 set. 2025.

Desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Deinstitutionalization of Custody and Psychiatric

Treatment Hospitals

Desinstitucionalización de los Hospitales de Custodia y

Tratamiento Psiquiátrico

Thayane Ferreira da Silva¹
Lúcio Willian Mota Siqueira²

Universidade de Brasília (UnB) ¹

Universidade de Brasília (UnB) ²

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil à luz da Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023, situando-o no contexto mais amplo da Reforma Psiquiátrica e das disputas ideológicas. A partir de revisão bibliográfica e da análise documental, o estudo identifica o descompasso entre o ideal normativo da política antimanicomial, centrado no cuidado em liberdade, na reconstrução de vínculos e no Projeto Terapêutico Singular, e sua concretização prática, marcada por retrocessos orçamentários, ampliação de práticas hospitalocêntricas e limitada articulação entre Judiciário e Rede de Atenção Psicossocial. O estudo enfatiza que o fechamento dos manicômios judiciais não depende apenas de marcos normativos, mas também necessita da transformação sociocultural para enfrentar as desigualdades que atravessam a produção social da loucura. Sem financiamento, integração intersetorial e levantamento e análise de dados acerca dos marcadores sociais, a política antimanicomial corre o risco de se alienar, apenas reproduzindo o modelo manicomial através de novas expressões.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Hospitais Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

ABSTRACT

This work analyzes the process of deinstitutionalization of Brazil's Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (HCTPs) in light of National Council of Justice Resolution nº 487/2023, situating it within the broader context of the Psychiatric Reform and ideological disputes. Based on a literature review and documentary analysis, the study identifies a discrepancy between the normative ideal of the anti-asylum policy (centered on care in freedom, the reconstruction of social bonds, and the Singular Therapeutic Project) and its practical implementation, marked by budget setbacks, the expansion of hospital-centered practices, and limited coordination between the Judiciary and the Psychosocial Care Network. The study

emphasizes that the closure of judicial asylums depends not only on regulatory frameworks but also on sociocultural transformation in order to confront inequalities that shape the social production of madness. Without adequate funding, intersectoral integration, and the collection and analysis of data regarding social markers, the anti-asylum policy risks becoming alienated, merely reproducing the asylum model through new expressions.

Keywords: Deinstitutionalization. Hospitals Psychiatric. Psychiatric Reform. Mental Health.

RESUMEN

Este trabajo analiza el proceso de desinstitucionalización de los Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico en Brasil a la luz de la Resolución nº 487/2023 del Consejo Nacional de Justicia, situándolo en el contexto más amplio de la Reforma Psiquiátrica y de las disputas ideológicas. A partir de una revisión bibliográfica y del análisis documental, el estudio identifica la brecha entre el ideal normativo de la política antimanicomial, centrado en el cuidado en libertad, la reconstrucción de vínculos y el Proyecto Terapéutico Singular, y su concreción práctica, marcada por retrocesos presupuestarios, ampliación de prácticas hospitalocéntricas y limitada articulación entre el Poder Judicial y la Red de Atención Psicosocial. Asimismo, se enfatiza que el cierre de los manicomios judiciales no depende únicamente de marcos normativos, sino que requiere transformaciones socioculturales capaces de enfrentar las desigualdades que atraviesan la producción social de la locura. Sin financiamiento, integración intersectorial y producción de datos sobre los marcadores sociales, la política antimanicomial corre el riesgo de vaciarse y reproducir el modelo manicomial mediante nuevas formas de institucionalización.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Hospitales Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica. Salud Mental.

1. INTRODUÇÃO

A constituição histórica das políticas de saúde mental no Brasil sempre foi marcada por tensões entre práticas manicomiais, centradas na segregação e medicalização, e movimentos de luta pela garantia de direitos, que reivindicam cuidado em liberdade e reconhecimento pleno da dignidade das pessoas em sofrimento mental.

Nesse contexto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), conhecidos popularmente como manicômios judiciários, ocupam um lugar estratégico na manutenção de práticas de exclusão que articulam penalidade, patologização e privação da liberdade de pessoas específicas. Trata-se de uma população historicamente marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais, composta majoritariamente por homens, negros, com baixa escolaridade e trajetórias atravessadas pela pobreza e pela exclusão social. São sujeitos que, ao mesmo tempo em que são reconhecidos juridicamente como inimputáveis, permanecem submetidos a dispositivos de controle por tempo indeterminado. A permanência dessas

instituições revela que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei nº 10.216/2001¹, o paradigma manicomial ainda constitui um componente estruturante das respostas estatais à loucura, principalmente no sistema de justiça criminal.

É nesse cenário que se insere a temática deste artigo, que tem como objetivo geral analisar como vem se dando o fechamento dos hospitais psiquiátricos de custódia no Brasil a partir da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a Resolução configura-se como um marco jurídico-político que pretende alinhar o sistema de justiça aos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que impõe novos desafios institucionais para a efetivação da desinstitucionalização².

Especificamente, (i) busca-se compreender o histórico da institucionalização por tempo indeterminado das pessoas em sofrimento psíquico no Brasil; (ii) analisar fundamentos e diretrizes da Resolução nº 487/2023 do CNJ; e (iii) identificar os principais desafios na implementação de medidas voltadas à desinstitucionalização dos HCTPs. Trata-se, portanto, de examinar não apenas o conteúdo normativo da política antimanicomial no âmbito judicial, mas também suas condições concretas de materialização diante das contradições estruturais que atravessam as políticas públicas de saúde mental e justiça no país.

Com isso, delimitou-se o objeto de pesquisa como o processo de fechamento dos HCTPs no Brasil no contexto de implementação da Resolução nº 487/2023 do CNJ. A partir desse objeto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: visto que a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça determina o encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quais são os atuais desafios para o fechamento dessas instituições no Brasil?

A formulação dessa pergunta está diretamente articulada à hipótese do estudo, que consiste na compreensão de que a desinstitucionalização dos HCTPs é dificultada por diversos movimentos político-ideológicos contrários à luta antimanicomial, além de interesses privados e setores conservadores, que comprometem, na prática, a efetivação do cuidado em liberdade³. Somam-se a falta de financiamento público e a fragmentação das redes intersetoriais, produzindo um cenário no qual a política antimanicomial se vê tensionada entre avanços normativos e retrocessos práticos.

O processo de desinstitucionalização exige, portanto, não apenas a interdição física dos hospitais, mas a transformação cultural e institucional das formas de gestão do sofrimento

mental, a reconstrução de vínculos no território e a superação de desigualdades estruturais que marcam a população custodiada⁴.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa⁵, fundamentada no método histórico-dialético, que permite compreender os fenômenos sociais em sua complexidade, historicidade e contradições⁶. A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva⁷ e envolve análise bibliográfica e documental, realizada de forma temática, a partir de (i) legislações nacionais, incluindo a Lei nº 10.216/2001, o Código Penal e as Resoluções nº 487/2023 e, sua atualização, nº 572/2024 do CNJ⁸; (ii) relatórios institucionais, com destaque para o Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025 e documentos do Conselho Nacional de Justiça; e (iii) produção bibliográfica crítica no campo da saúde mental, com autores como Paulo Amarante, Michel Foucault, Achille Mbembe e Vera Portocarrero.

O recorte temporal concentra-se no período posterior a 2011, com ênfase nos retrocessos observados após 2016 e na implementação recente da Resolução nº 487/2023 do CNJ.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA INACABADA

Desde sua emergência, na década de 1980, a Reforma Psiquiátrica apresentou avanços institucionais importantes. No entanto, apesar das conquistas, o processo permaneceu tensionado por interesses mercadológicos, pela reprodução da lógica hospitalocêntrica e a ausência de uma construção social da ideia de cuidado em liberdade¹.

O cuidado em liberdade constitui um dos pilares centrais da Reforma, compreende que o tratamento da saúde mental deve ocorrer preferencialmente em serviços abertos e territorializados. Trata-se de promover a reabilitação psicossocial de forma socializada, por meio da reconstrução de vínculos familiares e comunitários, valorizando a autonomia do sujeito.

Ao romper com a lógica da exclusão, o cuidado em liberdade visa não apenas à

¹ Práticas clínicas e sociais que rompem com a lógica de tutela e segregação, reconhecendo os sujeitos em sofrimento psíquico como protagonistas de seu processo de cuidado e de vida. De acordo com Guimarães, Veras e Carli³, o cuidado em liberdade articula saúde, cidadania e emancipação, pautada em um paradigma ético e humanista que valoriza a participação ativa dos usuários e a construção coletiva de respostas terapêuticas. O conceito de Liberdade, desenvolvem os autores, “não diz exclusivamente respeito ao serviço ser aberto ou fechado, mas sim à noção do exercício da libertação das práticas de cuidado, diretamente ligado à relação que se estabelece entre as pessoas.” (p. 100). Essa perspectiva aproxima-se do pensamento freiriano, pois rompe com a ideia de práticas depositárias, em que o saber do profissional se impõe de forma unilateral, para dar lugar a um processo de construção compartilhada, e se contrapõe a lógica asilar, que por sua vez se estrutura no isolamento e na medicalização dos chamados loucos, tratando-os como objetos de intervenção e não como sujeitos de direitos.

atenção clínica, mas também à inclusão social e cidadã das pessoas em sofrimento psíquico, assegurando o direito à saúde em sua integralidade e dignidade.

O movimento de desinstitucionalização fortaleceu-se com a Reforma Psiquiátrica, inspirada pelas experiências italianas lideradas por Franco Basaglia e pelo movimento antimanicomial⁹. Em meio à redemocratização, articularam-se trabalhadores da saúde, familiares, usuários e movimentos sociais, consolidando a luta antimanicomial como ator político fundamental. “O desejo de ‘uma sociedade sem manicômios’, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.”¹⁰(p. 4583).

A Reforma Psiquiátrica articulou-se à participação social e ao processo de democratização da saúde, materializado em conselhos e conferências. “A participação democrática e participativa tem por finalidade a democratização da saúde no Brasil e também se coloca como um instrumento para sua concretização/efetivação.”¹¹(p. 2118).

Profissionais da saúde mental, usuários e familiares estiveram na linha de frente desse processo e esse movimento consolidou uma nova relação entre Estado e sociedade e ganhou base normativa com a Constituição de 1988¹², que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconheceu a saúde como direito de todos.

Um marco fundamental foi a Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial para uma perspectiva comunitária e estabelece que o tratamento deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários, visando à reinserção social do paciente¹. Na década seguinte, ampliaram-se os serviços extra-hospitalares com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088/2011, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Volta para Casa. Os CAPS são serviços comunitários voltados ao cuidado em liberdade e à reinserção social, em substituição ao modelo asilar. Como diretriz, a RAPS busca garantir cuidados humanizados e territoriais¹³.

Entretanto, apesar dos avanços legais e institucionais, a Reforma Psiquiátrica brasileira não superou totalmente a prática manicomial. Como uma das principais iniciativas nesse sentido, tem-se o Programa de Volta para Casa, que “viabilizou a desinstitucionalização de milhares de moradores de hospitais psiquiátricos – HPs, que são testemunhas vivas das atrocidades que a Psiquiatria impôs a centenas de vidas na recente história dos manicômios brasileiros.”¹⁴(p. 2).

A partir de 2011, há o retorno de práticas centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, evidenciado pela reabertura de hospitais-dia e pelo aumento no número de

leitos psiquiátricos. “É preciso destacar que a expansão de serviços comunitários está praticamente estagnada após 2011 e que se carece de dados após 2015, numa lamentável perda de transparência do Ministério da Saúde.”¹⁵(p. 1).

Em 2016, observou-se a continuidade da interrupção no fortalecimento da RAPS e cortes significativos no financiamento da saúde. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016¹⁶, que instituiu o teto de gastos, teve impactos profundos sobre a saúde pública no Brasil. Ao congelar por vinte anos os investimentos sociais, a medida limitou a capacidade do SUS de expandir e consolidar serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os CAPS. O teto representou uma “contrarreforma” que inviabilizou a universalidade do SUS, ao priorizar a lógica fiscal em detrimento da proteção social¹⁷.

Somente em fevereiro de 2025, após uma década sem atualizações, o Ministério da Saúde voltou a publicar os relatórios do programa “Saúde Mental em Dados”, permitindo a análise de dados entre 2015 e 2022, quando houve um retrocesso, com políticas contrárias à Reforma favorecendo serviços hospitalares. “A desaceleração tornou-se mais pronunciada a partir de 2017, ano em que foram publicadas portarias e normativas que resultaram em uma regressividade no modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira”¹⁸(p. 8), como a Portaria nº 3.588/2017 que reintroduziu práticas hospitalocêntricas¹⁹.

Então, mesmo que a Lei nº 10.216/2001 seja orientada pela desinstitucionalização e pelo cuidado em liberdade, “a essência do modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente, por sua exclusão social”²⁰(p. 8). Ao se analisar o campo da saúde mental, constata-se que os atores da reforma são divididos em grupos heterogêneos que produziram diferentes práticas e olhares sobre a loucura, o que gera tensão entre formas de cuidado em liberdade e as estratégias tradicionais de exclusão e manutenção de interesses privados⁹.

E é nessa perspectiva que a medicalização surge como uma resposta imediata e conveniente. Ao transformar o sofrimento mental em questão exclusivamente biomédica, reduz-se a pressão por mudanças estruturais e desloca-se a atenção das contradições sociais que produzem a exclusão.

Na primeira conferência proferida, em outubro de 1974, na atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Michel Foucault abordou que a saúde deixou de ser apenas uma questão de tratamento de doenças para se converter em um dispositivo de normalização permanente, em que qualquer comportamento ou condição pode ser capturado pelo olhar médico. Em suas palavras, “com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade [...] com funções normalizadoras que vão bem além da

existência das doenças e da demanda do doente”²¹(p. 180-181), implicando uma vinculação com interesses externos, políticos e econômicos.

Assim, ao invés de promover a inclusão e o exercício da cidadania, a intervenção médica opera regulando populações indesejadas e reiterando sua posição de subalternidade. Como Foucault descreve, as categorias de doença e periculosidade frequentemente se sobrepõem, de modo que os sujeitos nunca escapam completamente da patologização, “há duas possibilidades: ou a de um pouco doente, sendo verdadeiramente delinquente; ou a de um pouco delinquente, sendo um verdadeiro doente. O delinquente não escapa da patologia”²¹(p. 186). Esse raciocínio ajuda a compreender como, ainda hoje, políticas públicas acabam por reforçar o estigma da loucura, associando-a a perigo e justificando, assim, medidas de confinamento ou medicalização excessiva.

No caso brasileiro, esse processo se traduz na perpetuação de políticas que deveriam promover a inclusão, mas que, em sua materialização, reafirmam a marginalização daqueles a quem se destina.

Como os retrocessos da primeira década do século XXI que contradizem a proposta da Reforma Psiquiátrica, pois reforçam a exclusão justamente daqueles mais vulneráveis, legitimando práticas que violam direitos humanos em nome da normalização. Foucault já advertia que “à medida que a medicina se converteu em uma prática social em lugar de individual, abriram-se possibilidades à anatomia patológica, à grande medicina hospitalar”²¹(p. 183), revelando como a medicalização coletiva, sustentada por políticas estatais, se torna um mecanismo de controle social e, assim, ele ainda articula: “Poder-se-ia dizer, quanto à sociedade moderna, que vivemos em ‘Estados médicos abertos’, em que a dimensão da medicalização já não tem limite. Certas resistências populares à medicalização devem-se justamente a essa predominância perpétua e constante.”²¹(p. 186).

Então, mesmo com o marco da Reforma Psiquiátrica, as práticas de tutela, segregação e medicalização excessiva seguem operando como resposta dominante, especialmente em momentos de fragilidade institucional e enfraquecimento das políticas de saúde mental, por isso, há uma resistência na extinção dos manicômios judiciários.

2.1. Judiciário e a produção da periculosidade

Nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), ou manicômios judiciários, são encarcerados aqueles considerados inimputáveis criminalmente. A inimputabilidade é caracterizada por meio de uma determinada condição psíquica que afeta a capacidade de compreensão do indivíduo. Conforme o artigo 26º do Código Penal: “É isento

de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”²²

A lógica da inimputabilidade, e também da periculosidade, herdada de um sistema jurídico-penal historicamente excludente, mantém viva a estrutura segregante que marcou a formação da psiquiatria e do direito penal no Brasil.

Sob o discurso da proteção e do tratamento, o Estado construiu dispositivos legais que legitimaram a reclusão indefinida dos “loucos criminosos”, transformando o cuidado em forma de punição. A inimputabilidade, que deveria significar reconhecimento da vulnerabilidade e garantia de direitos, converte-se em instrumento de exclusão, retirando dessas pessoas a condição de sujeitos de direito e de cidadania. Da mesma forma, o conceito de periculosidade, opera como categoria moral que reforça estigmas e hierarquias sociais, naturalizando o confinamento em nome da segurança pública.

Na tecnicidade: a inimputabilidade não é absoluta, pois exige uma avaliação de cada caso concreto (laudo médico, perícia, etc.) para verificar se o transtorno mental realmente anula ou apenas reduz a capacidade de entendimento e autodeterminação (semi-imputável).

Já a periculosidade, conceito jurídico que sustenta a aplicação das medidas de segurança, está disposta no caput do artigo 26º e pode assumir natureza presumida ou real, absoluta ou relativa, conforme a situação do agente.²²

Como explicam Rocha e Jacob²³, na periculosidade presumida, aplicada ao inimputável, o indivíduo é considerado perigoso por determinação legal, o que implica a imposição automática da medida de segurança. É uma presunção absoluta, que dispensa prova e não admite contestação.

Por outro lado, a periculosidade real, prevista no parágrafo único do mesmo artigo, aplica-se aos semi-imputáveis, devendo ser demonstrada por meio de exame pericial e, ainda que sua natureza seja relativa, quando verificada a periculosidade “é recomendável que o juiz, ao invés de diminuir a pena, aplique a medida de segurança.”²³(p. 4).

A decisão judicial sobre a aplicação da medida de segurança, portanto, se baseia nesse duplo critério: o reconhecimento de uma condição psíquica que compromete a imputabilidade e a constatação (ou presunção) de periculosidade.

A medida de segurança possui caráter apenas preventivo e terapêutico, possuindo pressuposto de periculosidade, sendo aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis, sua aplicação é por período determinado em relação a seu limite mínimo, todavia seu período máximo de duração é indeterminado, sendo necessário o fim da periculosidade do agente para que essa sanção penal chegue ao fim, o que resulta em muita controvérsia.²³(p. 4-5).

O artigo 97º do Código Penal²² prevê a internação enquanto não cessar a periculosidade, mas, na prática, pessoas inimputáveis permanecem internadas por tempo indefinido, ultrapassando a pena aplicável aos imputáveis. Isso contraria a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, em que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” sendo, por analogia, o prazo máximo para a duração da medida de segurança reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal de 30 anos, conforme o artigo 75 do Código Penal.²⁴(p. 52-53).

Nesse processo, o Judiciário ocupa papel central na produção e manutenção da institucionalização, especialmente por meio do monopólio da decisão sobre a periculosidade. Embora apresentada como categoria técnico-clínica, a periculosidade opera como construção jurídico-política que autoriza a suspensão de direitos e a prorrogação indefinida da medida de segurança. Assim, mais do que responder a uma condição clínica, a medida de segurança funciona como dispositivo de controle social, sustentando a permanência de sujeitos em instituições totais sob a justificativa da proteção social.

Diante disso, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)² surge como um marco regulatório imprescindível voltado à superação desse quadro, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer diretrizes para a desinstitucionalização das pessoas internadas em HCTPs. A norma busca alinhar a atuação judicial aos princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, orientando o processo penal e a execução das medidas de segurança segundo a lógica do cuidado em liberdade. Trata-se de um marco jurídico-político que vincula diretamente o sistema de justiça à Reforma Psiquiátrica, indicando que o Judiciário não pode permanecer alheio ao enfrentamento das internações por tempo indeterminado.

Com a Resolução nº 572/2024⁸, ampliou-se o prazo para interdição parcial (9 meses) e total (15 meses), mas, até o fechamento do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, apenas o Ceará havia implementado as ações da Resolução nº 487/2023. O prolongamento dos prazos, em vez de garantir direitos, opera como um mecanismo de adiamento de justiça social, tornando o discurso de urgência um fingimento de efetividade. “A prorrogação na execução da política não deve suprimir a urgência das ações em curso, nem encobrir as omissões históricas do sistema de justiça frente às violações perpetradas contra pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.”²⁵(p. 31).

O artigo 3º da Resolução nº 487/2023² orienta o cuidado voltado à reconstrução de

vínculos e acesso a direitos, priorizando a reinserção social, a Resolução reafirma o trabalho interdisciplinar e a articulação em rede, cabendo ao Judiciário colaborar com a construção de fluxos de atenção. Entretanto, trata-se de uma rede entre sujeitos diversos⁴ e, assim, práticas excludentes persistem na fragilidade da articulação entre Judiciário, SUS e políticas intersetoriais.

A análise dos relatórios institucionais permite identificar que, nas inspeções realizadas nos estados brasileiros, muitas instituições permanecem isoladas do território e da rede de cuidado, reproduzindo características típicas do modelo asilar. “A negação da desinstitucionalização não se dá apenas pela ausência de fluxos formais de saída, mas pelo próprio esvaziamento do conceito de cuidado como experiência territorializada e compartilhada em rede.”²⁵(p. 120).

Assim, tem-se um cenário sócio-histórico propício para disputas ideológicas e políticas, com o embate entre dois paradigmas históricos de cuidado em saúde mental no Brasil. De um lado, o psicossocial, que reconhece o sofrimento mental em seu contexto social e defende o cuidado em liberdade, e do outro, a preservação da lógica hospitalocêntrica, com o controle médico sobre o corpo e a conduta do sujeito. O que pode ser ilustrado analisando os posicionamentos de conselhos federais brasileiros acerca do marco jurídico da desinstitucionalização.

O Sistema Conselhos de Psicologia manifestou apoio integral à Resolução nº 487/2023²⁶, destacando seu alinhamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e, além de promover o fechamento definitivo dessas instituições, reforçam que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são locais de graves violações dos Direitos Humanos e configuram variações ainda piores dos Hospitais Psiquiátricos, com o confinamento, a medicalização e o isolamento. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) ressalta que é necessário fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, por meio de investimentos públicos e da integração de protocolos e dispositivos normativos entre diferentes ministérios e esferas de governo, de modo a garantir o atendimento adequado às pessoas em conflito com a lei.

O documento conclui afirmando que “romper com a cultura manicomial e com todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos Direitos Humanos”²⁶(p. 11). Assim, a Psicologia reconhece os determinantes sociais da saúde mental e defende uma política intersetorial, comunitária e de reinserção social.

Em contraposição, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e diversas Câmaras Técnicas de Psiquiatria dos Conselhos Regionais de Medicina posicionaram-se de maneira

crítica à Resolução, com o discurso da autonomia médica.

Inicialmente, o parecer do CFM argumenta que a norma “desampara o portador de doença mental que cometeu infração penal porque os estabelecimentos médicos comuns não dispõem de infraestrutura de segurança para garantir a incolumidade dessa população”²⁷, sendo parte dessa crítica válida e compartilhada com o CFP, ao defender a RAPS e a necessidade de investimento.

Todavia, o Conselho entende que as restrições impostas pela Resolução, como a proibição de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica de forma desproporcional, prevista no artigo 3º, VII, além da limitação do uso da eletroconvulsoterapia², comprometem a autonomia do ato médico. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, vice-presidente do CFM, declarou que “o médico precisa manter a autonomia para decidir os melhores métodos terapêuticos de acordo com as condições clínicas de cada paciente”²⁷.

Esse posicionamento revela o viés clínico-biologicista predominante na Medicina psiquiátrica hegemônica, que tende a interpretar o sofrimento psíquico como disfunção individual, reforçando o tratamento medicalizante e institucionalização de métodos de contenção.

Embora a Resolução nº 487/2023 represente um avanço jurídico-normativo e político, o modelo de cuidado em liberdade ainda enfrenta a persistência da lógica asilar, da medicalização e da burocratização, inclusive em serviços substitutivos.

É a partir desse descompasso que se introduz a discussão sobre a desinstitucionalização em suas dimensões ideal e real, tomando o Projeto Terapêutico Singular como eixo analítico, buscando compreender como esse instrumento, pensado como estratégia de cuidado centrado no sujeito e no território, pode se tornar, em determinados contextos, um instrumento formal e prescritivo, evidenciando limites práticos da política e desafios na garantia de direitos.

3. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO IDEAL E REAL

A efetividade da Resolução nº 487/2023 depende de transformações mais profundas do que aquelas garantidas por meio da regulamentação, em seu ideal normativo, a política se fundamenta nos princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Reforma Psiquiátrica brasileira². A

² Lussi et al.¹⁴ destacam que o histórico do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) esteve associado a práticas de tortura, punitivas e indiscriminadas em instituições psiquiátricas, e o retorno da prática significa um avanço de forças conservadoras, que têm operado a favor de práticas asilares, abrindo brechas para interesses privados e religiosos que se opõem à luta antimanicomial.

nova concepção de saúde mental propõe um modelo centrado no sujeito e não na doença, pautado no tratamento humanizado e na articulação intersetorial entre políticas públicas, de modo a fortalecer o trabalho em rede e garantir a integralidade do cuidado²⁸.

Por tanto, enquanto uma concepção que se ancora em um horizonte ético-político de reconhecer a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos e integrante da vida social, um de seus instrumentos fundamentais é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS representa o compromisso de uma política que considera o contexto social, familiar e territorial de cada pessoa, articulando múltiplas dimensões da existência.

Analisando as práticas desenvolvidas no CAPS I – Odeonel Lopes (Marialva, Paraná), Frazatto e Fernandes²⁹ identificam três problemáticas na execução do PTS: a primeira diz respeito à limitação na inovação, uma vez que os PTS frequentemente se baseiam nas atividades já instituídas pelo serviço, em vez de partirem das necessidades singulares de cada caso. A segunda refere-se à tendência de reproduzir uma lógica produtivista nos serviços substitutivos, na qual o cuidado é medido pela ocupação constante do tempo, com o risco de que as intervenções tenham como objetivo deixar o usuário ocupado, numa tentativa de apenas mantê-lo dentro do serviço e não construindo intervenções que o ajudem na reinserção social. Por fim, as autoras apontam a sensação de impotência das equipes diante dos limites institucionais e territoriais, o que resulta em práticas restritas ao espaço interno do CAPS, reforçando a centralidade institucional em vez de acionar redes de apoio social e comunitário.

Algo que também foi mencionado no Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025: “Em muitos desses casos, os profissionais relatam dificuldades estruturais, escassez de equipe e ausência de espaços organizados para o exercício da escuta e da construção coletiva do plano”²⁵(p. 110).

Os documentos analisados indicam que essa dificuldade reflete a fragilidade das articulações intersetoriais e a necessidade de expandir o cuidado para o território, mobilizando recursos locais, saberes populares e políticas públicas de forma integrada.

A intersetorialidade, segundo Amarante, envolve “estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo”⁴(p. 86), exigindo que os serviços de atenção psicossocial atuem de forma integrada, articulando-se com a comunidade e mobilizando recursos do território, desde dispositivos da RAPS até políticas de saúde básica, assistência social, educação, cultura e outras instâncias da sociedade civil.

A desinstitucionalização, portanto, ultrapassa o campo jurídico ou técnico-administrativo, configurando-se como um processo político e epistemológico que

questiona a forma como a sociedade compreende a loucura, o cuidado e o papel das instituições. Trata-se de transformar o modo de produzir cuidado, deslocando o foco da doença para o sujeito em sua totalidade (relações, desejos, singularidades e vínculos sociais), não se restringindo à desospitalização, mas implicando mudanças nas práticas, saberes e valores.

Assim, desinstitucionalizar é uma aposta em outro modo de convivência com a diferença, uma ruptura com o paradigma asilar e uma reconstrução das bases ético-políticas do cuidado, abrindo espaço para uma racionalidade pautada na escuta, na liberdade e em práticas que tensionem o modelo excludente e disciplinar.

Ao investigar a política de saúde mental em Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro), Aline Pereira concluiu que um dos fatores que impede que a cidade abandone a lógica manicomial é de ordem cultural:

Constatou-se com a pesquisa que o hospital ainda é visto como o lugar ideal para acolhimento e tratamento da loucura. Entendemos que a cultura se constrói no meio das pessoas e precisa, da mesma forma, ser desconstruída no meio social. [...] Entendemos que, para enfrentar esse limite de ordem cultural, é necessário um trabalho tanto com o paciente, que por anos conviveu com e na lógica manicomial, quanto com a sociedade, que por anos pensou ser essa a melhor e única forma de tratar a loucura.²⁸(p. 35).

A autora ainda prossegue, afirmando que a família também se insere nesse âmbito²⁸, o ambiente familiar pode ser atravessado por tensões, estigmatização e culpa, pois “a desinstitucionalização [...] traz tensões nas relações de cuidado entre os sujeitos e seus familiares, no sentido de que a família passa a ser reconhecida como uma parte da vida social do sujeito, podendo compor a sua rede de convivência e de relações”³⁰(p. 447). A permanência da ideia de que o hospital é o lugar adequado para tratar a loucura reflete uma cultura social que naturaliza o isolamento como forma de cuidado e a baixa participação familiar pode comprometer o processo terapêutico

Amarante ainda suscita a reflexão de que: “muitos internados também não querem retornar para suas casas [...] Assim, as políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas.”⁴(p. 88). Na descaracterização dos Projetos Terapêuticos Singulares, destaca-se a ausência de participação das pessoas com deficiência psicossocial³ e de seus familiares na elaboração e acompanhamento dos PTS, tornando-o um

³ A expressão “deficiência psicossocial” tal como empregada neste trabalho, segue a definição operacional utilizada no Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025²⁵. No documento, é utilizada para designar pessoas submetidas a internações psiquiátricas em contexto de privação de liberdade que, em razão de sofrimento mental, são tratadas institucionalmente como sujeitos com deficiência para fins de garantia de direitos. O termo não constitui uma categoria clínica, mas uma categoria político-jurídica

ideal abstrato e vazio de singularidade e participação democrática no cuidado²⁵, o que reforça uma lógica autoritária, tutelar e patologizante. Dessa forma, reforçam-se concepções que transferem ao indivíduo a responsabilidade por falhas que são, na verdade, estruturais.

É uma contradição que revela uma dimensão política profunda. Por que numa sociedade onde predomina-se a individualização, os problemas não são tratados também de forma singular, considerando todas as especificidades de um indivíduo, com um Projeto Terapêutico Singular adequado? O processo de culpabilização do indivíduo opera como um dos mecanismos centrais de manutenção da racionalidade burocrática que estrutura as políticas públicas.

Ao ser capturado pela lógica institucional, o PTS, originalmente como instrumento de cuidado integral, pode transformar-se em ferramenta de controle administrativo, em que o registro, o acompanhamento e a avaliação dos usuários (quando realizados) passam a priorizar a gestão dos casos em detrimento da compreensão da totalidade social do usuário, que passa a ser reduzido a um diagnóstico, a um prontuário ou a um número dentro do sistema.

Quando não há mudança nas relações de poder e nas práticas sociais, a desinstitucionalização não atinge a superação do modelo manicomial, mas apenas sua reprodução de outras formas. Na realidade, em vez da desinstitucionalização, frequentemente ocorre a transinstitucionalização²⁵, compreendida como a transferência de pessoas de instituições asilares para outros espaços que, embora distintos em forma, continuam a reproduzir práticas de segregação, controle e violação de direitos, mantendo características asilares e, em alguns casos, implicando o encaminhamento para unidades penais ou alas psiquiátricas, em desacordo com marcos legais como a Reforma Psiquiátrica e a Política Antimanicomial.

Esse fenômeno está relacionado ao enfraquecimento das políticas sociais e à insuficiência das redes públicas de cuidado. A redução de direitos e a precarização dos serviços limitam as possibilidades concretas de vida em liberdade, produzindo novas formas de dependência institucional e restringindo a autonomia dos sujeitos. Como resultado, o cuidado tende a ser reorganizado segundo critérios administrativos, de eficiência e controle, abrindo espaço para a mercantilização do atendimento e privatização do sofrimento social.

O fracasso da desinstitucionalização é frequentemente atribuído ao próprio sujeito, e não à insuficiência das políticas públicas. A culpabilização do indivíduo reaparece sob novas roupagens: o paciente “não aderiu ao tratamento”, “não quis se reinserir”, “não se adaptou ao

empregada pelos órgãos fiscalizadores para evidenciar a posição dessas pessoas como titulares de direitos humanos e de proteção integral no âmbito das instituições manicomiais.

convívio social”. Como no que se pode chamar de moralização da pobreza, a vulnerabilidade é interpretada como falha pessoal, e o sofrimento, como consequência de escolhas individuais, reforçando o estigma e naturalizando a exclusão³¹.

O manicômio, portanto, não se restringe a uma instituição física, mas persiste como prática cultural, simbólica e política de gestão da diferença.

Diante desse contexto de fragilização dos direitos e esvaziamento do sentido do cuidado, a atuação crítica das equipes multiprofissionais torna-se fundamental para reconhecer o sujeito como resultado das contradições sociais mais amplas. Compreender as diferenças implica considerar marcadores como gênero, raça e classe, que estruturam as desigualdades e determinam quem está mais exposto às práticas de segregação e controle.

Ignorar tais marcadores é reproduzir a lógica da neutralidade institucional, que universaliza o sujeito e apaga desigualdades históricas. Acerca da ausência de informações encontrada nas inspeções dos HCTPs, o estudo do Conselho Federal de Psicologia, do Conselho Nacional de Justiça e dos Conselhos Regionais de Psicologia expõe:

O desprezo por esses marcadores - que deveriam orientar o cuidado, a proteção de direitos e o acompanhamento processual - evidencia o grau de descompromisso institucional com a produção de dados para a promoção de estratégias de desinstitucionalização e para o enfrentamento de determinantes sociais das vulnerabilidades específicas às deficiências e suas intersecções com outras dimensões vivenciadas pelas pessoas em internação.²⁵(p. 111).

Essa ausência de informação não é neutra, revela a invisibilidade social de uma população sistematicamente marginalizada e o descaso histórico do Estado com as vidas confinadas, impedindo o reconhecimento das desigualdades que atravessam o sistema de justiça e as instituições psiquiátricas.

Segundo o jornal O Globo, com base no Relatório Anual do Estado Mental do Mundo (Sapien Labs), o Brasil ocupa o terceiro pior índice de saúde mental entre 64 países e, também ocupando o terceiro lugar no ranking de países que mais encarceram, qual o perfil desses usuários marginalizados?^{32,33}

Até a produção do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, apenas Pernambuco, São Paulo e Santa Catarina possuíam dados sobre raça, já no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (Minas Gerais), a gestão afirmou que não realiza a sistematização de dados sobre raça, deficiência, gênero ou condição jurídica, sob a justificativa de que “não usam para nada”²⁵. Quando o próprio Estado afirma que tais dados “não servem para nada”, reforça-se uma lógica de apagamento que atinge sujeitos marcados por múltiplas vulnerabilidades, dificultando a fiscalização e a construção de

respostas intersetoriais.

Na tentativa de contornar essa lacuna e compreender quem são esses sujeitos marginalizados, recorrem-se a outros registros nacionais disponíveis, como os do Conselho Nacional de Justiça, que analisou o perfil dos internos de oito Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de cinco estados da Federação (Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo) e, em relação aos dados sociodemográficos, “é possível notar um perfil predominante: população masculina adulta, entre 30 e 49 anos, pouquíssimo escolarizada, com tendência a ser solteira e não ter filhos(as). Trata-se de uma população em sua maioria preta e parda, com exceção do estado do Rio Grande do Sul que possui mais pessoas brancas.”³⁴(p. 23)

A população privada de liberdade é majoritariamente composta por homens jovens, negros e com baixa escolaridade, uma representação que não expressa desvio moral, mas as marcas históricas de um projeto de sociedade racialmente hierarquizado e fundado na desigual distribuição de riqueza, do trabalho e das oportunidades. Para entender como o Estado brasileiro produz e administra vidas e mortes de forma seletiva, orientando-se por critérios de gênero e também raça e classe, é fundamental a compreensão da articulação entre biopolítica e necropolítica.

Conforme propõe Michel Foucault³⁵, a biopolítica emerge regulando os processos vitais da população, disciplinando corpos e normatizando condutas. Trata-se de um poder que se exerce sobre a vida e se organiza a partir de parâmetros de utilidade social, distribuindo cuidados de modo diferencial.

Essa gestão da vida é profundamente atravessada por relações de poder historicamente constituídas e a crítica pós-colonial⁴, especialmente em Achille Mbembe³⁶, reforça que essa racionalidade não se distribui de modo homogêneo. Em sociedades marcadas pela colonialidade, como o Brasil, o poder opera por meio de dispositivos que produzem a morte como política de Estado e, a isso, Mbembe denomina necropolítica, definida como a capacidade estatal de decidir quem merece viver e quem é condenado ao esquecimento, criando territórios onde a morte é administrada e naturalizada como parte da ordem social.

São zonas onde determinadas populações são submetidas a condições sistemáticas de extermínio, vulnerabilidade extrema e sobrevivência precária, “mundos de morte”, nos quais

⁴ O termo pós-colonial é alvo de críticas importantes, entre elas a de Nêgo Bispo, disponível no vídeo “Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial”³⁷, que contesta a ideia de que o colonialismo tenha sido superado. Em suas palavras: “o colonialismo nunca parou [...] continua cada vez mais eficiente, cada vez mais eficaz”. Por isso, afirma não se reconhecer nem como decolonial nem como pós-colonial, pois “para você ser decolonial ou para você se descolonizar, é preciso que você tenha sido colonizado”, o que não seria o caso dos povos quilombolas, que não se submeteram e não se subjugam. Bispo enfatiza: “eu sou contracolonialista, eu não sou Dé”.

sujeitos são reduzidos ao estatuto de “mortos-vivos”³⁶. A racionalidade da necropolítica se torna particularmente evidente quando se observam os padrões de violência policial, encarceramento em massa, letalidade estatal, abandono das periferias urbanas e distribuição desigual das condições de existência.

Nas inspeções realizadas por entidades nacionais de fiscalização e garantia de direitos, as condições de existência denunciadas são inóspitas²⁵: foram encontradas celas lotadas, com colchões deteriorados, falta de ventilação e iluminação, umidade constante e banheiros precários. Identifica-se também falta de acessibilidade, bem como a inexistência de licenciamento sanitário e dispositivos mínimos de segurança, como alarmes de incêndio, alvarás e extintores válidos. A alimentação é de baixa qualidade, enquanto o acesso à água potável é restrito e frequentemente mediado por estruturas insalubres. Em conjunto, tais achados, entre outros, mostram que esses estabelecimentos operam em total desconformidade com a legislação sanitária e com os direitos humanos

Além dos hospitais psiquiátricos, no contexto brasileiro, reconhecem-se territórios que compartilham dessas condições, como periferias militarizadas, favelas sob operações policiais, presídios superlotados e outras instituições totais, onde o “necropoder embaralha as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, mártir e liberdade”³⁶(p. 71).

O Estado brasileiro regula de forma desigual a vida e a morte, garantindo proteção e reconhecimento para alguns, enquanto destina abandono, controle militarizado e extermínio para outros, sendo nesse regime que se inscrevem os corpos patologizados que compõem grande parte da população dos CAPS, das prisões e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa dinâmica expressa uma seletividade penal, psiquiátrica e socioambiental articulada a processos sócio-históricos mais amplos, como a escravidão e a colonialidade.

Como demonstra Vera Portocarrero em “Arquivos da loucura”, a história da psiquiatria brasileira não pode ser lida como uma linha evolutiva ou como mera modernização humanitária. A autora argumenta que as transformações no campo psiquiátrico são “descontinuidades históricas” que reorganizam discursos e métodos sem romper com sua função estrutural. Em outras palavras, o manicômio se adapta, mas não desaparece: ressignifica seus objetivos e amplia seus dispositivos de normalização³⁸.

A “descontinuidade” apontada por Portocarrero não significa ruptura, mas recomposição de práticas que fortaleceram mecanismos de vigilância. O surgimento da categoria de “anormalidade” ampliou o alcance da intervenção psiquiátrica para “todos os indisciplináveis”³⁸(p. 39), reforçando a função política da psiquiatria de administrar corpos considerados perigosos ou inúteis.

Torna-se evidente que o Estado capitalista não utiliza o aparato psiquiátrico para garantir cuidado, mas para isolar populações excedentes, moralizando a pobreza e controlando aqueles que denunciam as contradições da dinâmica de acumulação capitalista.

Qualquer proposta de desinstitucionalização que não considere as determinações estruturais (sexismo, racismo, luta de classes, lógica da acumulação capitalista) está fadada a reprodução das práticas de exclusão sob novas roupagens institucionais.

No plano institucional, a continuidade histórica ainda se evidencia pelo modo como o Estado produz apagamentos sistemáticos. A ausência dos marcadores sociais nos hospitais de custódia atualiza, em chave contemporânea, o apagamento identificado por Portocarrero nos arquivos psiquiátricos do século XX. Assim como os antigos prontuários operavam como instrumentos de classificação moral e racial, mas ocultavam a dimensão política dessas práticas, o não registro atual impede que se identifique quem são os sujeitos mais atingidos pela institucionalização. Trata-se de um dispositivo de invisibilização que não é neutro, mas funcional à manutenção da lógica manicomial. Historicamente, a psiquiatria brasileira produziu sujeitos “sem nome” e “sem lugar”, reduzidos a categorias patologizantes. A produção desses arquivos incompletos ou silenciados constitui parte da própria racionalidade que legitima a exclusão, pois o que não é registrado não existe como problema político³⁸.

Marcos normativos que resistem ao apagamento de dados, processo contínuo que constitui um empecilho para que a criticidade profissional seja desenvolvida, são essenciais: A Portaria nº 2.198/2023 institui a Estratégia Antirracista para a Saúde, em que a política de saúde mental deve incorporar a perspectiva étnico-racial na formulação, execução e monitoramento das ações, considerando as especificidades do sofrimento psíquico entre diferentes segmentos da população. De modo complementar, a Portaria nº 344/2017, torna obrigatória a coleta do quesito raça-cor nos registros de saúde e prontuários, o que implica uma mudança estrutural nos sistemas de informação e na produção de dados que sustentam a RAPS.^{39,40}

Em síntese, a superação do manicômio, físico, simbólico ou jurídico, só pode ser efetivamente compreendida quando analisada à luz das dimensões estruturais que atravessam os sujeitos: gênero, sexualidade, raça, classe, território, geração. A biopolítica e a necropolítica revelam que a institucionalização psiquiátrica e penal opera como tecnologia de controle da pobreza e dos corpos racializados.

4. APONTAMENTOS FINAIS

A análise documental e bibliográfica desenvolvida permitiu compreender que o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil constitui um dos desafios mais complexos, tensos e contraditórios da política de saúde mental contemporânea.

Observa-se um descompasso entre o plano normativo da política antimanicomial e sua materialização concreta. Os materiais analisados, especialmente relatórios institucionais e normativas do Conselho Nacional de Justiça, indicam que a implementação da Resolução nº 487/2023 ocorre de forma fragmentada, marcada por dificuldades estruturais, limitações na articulação intersetorial e permanência de práticas alinhadas ao modelo manicomial. Assim, embora represente um marco jurídico-político, sua efetivação se depara com desigualdades profundamente enraizadas na sociedade brasileira.

Entre os principais achados, destacam-se: (i) a persistência da lógica asilar, mesmo em contextos de fechamento formal dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; (ii) a fragilidade na articulação entre o Judiciário e a Rede de Atenção Psicossocial, dificultando a construção de fluxos efetivos de cuidado em liberdade; e (iii) o uso recorrente de categorias como periculosidade, que operam como dispositivos de manutenção da institucionalização por tempo indeterminado.

Os resultados da pesquisa reforçam que a permanência dos HCTPs não se reduz a um problema técnico ou administrativo, mas expressa uma racionalidade política e histórica que articula alienação, punição, controle social, medicalização e racialização da pobreza. O manicômio judiciário, nesse sentido, permanece como uma instituição que sustenta a lógica de que determinados corpos (em sua maioria negros, pobres e masculinos) devem ser geridos pelo isolamento, e não pelo cuidado.

Essa constatação se repete em relatórios nacionais, em fiscalizações e na literatura crítica, demonstrando que, apesar dos avanços normativos, as práticas institucionais ainda estão longe de acompanhar as diretrizes propostas.

Os relatos das inspeções nacionais ilustram que muitos HCTPs continuam isolados do território, que a articulação entre Judiciário e RAPS é deficiente e que o PTS, instrumento central da política, frequentemente se reduz a documento formal sem força transformadora²⁵. As prorrogações de prazo e os retrocessos normativos e orçamentários nas últimas décadas evidenciam que marcos legais são insuficientes sem condições materiais e políticas de implementação.

Um elemento destacado é a necessidade de pensar a desinstitucionalização considerando gênero, raça e classe como não são variáveis secundárias, mas determinantes na produção do confinamento e na forma como o sofrimento psíquico é interpretado e tratado.

Sem a produção e sistematização de marcadores sociais nos registros institucionais e sem políticas antirracistas integradas à RAPS, qualquer projeto de fechamento dos hospitais psiquiátricos corre o risco de reproduzir práticas de exclusão sob novas formas, como a trans institucionalização ou a medicalização, que mantém a gestão seletiva da vida.

A desinstitucionalização não é apenas um horizonte normativo inalcançável, ela é possível. A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, apesar de suas tensões, constitui um ponto de partida fundamental, capaz de mobilizar atores institucionais, redes profissionais e movimentos sociais em direção a um projeto de sociedade verdadeiramente antimanicomial. Se há desafios, há também possibilidades concretas.

Assim, recomenda-se um conjunto de medidas articuladas: (i) assegurar financiamento estável e dedicado à expansão e consolidação da RAPS; (ii) instituir fluxos formais e responsabilização interinstitucional entre Judiciário, Saúde e Assistência Social para uma boa articulação; (iii) promover a coleta e a sistematização de dados por gênero, raça, classe e condição jurídica; (iv) implementar estratégias antirracistas e de gênero na formulação de políticas de saúde mental; e (v) incentivo à participação democrática de usuários e familiares, eixo central da Reforma Psiquiátrica.

Essas possibilidades, embora desafiadoras, apontam para a consolidação de um cuidado que reconhece o sujeito em sua historicidade, singularidade e dignidade. A luta antimanicomial ultrapassa o fechamento de instituições, exigindo transformações profundas nas relações sociais, na atuação do Estado e na forma como a sociedade compreende o sofrimento psíquico.

Assim, conclui-se que a desinstitucionalização dos HCTPs é viável e necessária, mas depende de uma articulação política, ética e social que enfrente as desigualdades estruturais do país. A construção de uma sociedade verdadeiramente antimanicomial exige superar racionalidades disciplinares e necropolíticas, reconhecendo que a loucura é parte da vida social e não deve ser administrada pela violência institucional.

Somente assim será possível efetivar a política antimanicomial do Poder Judiciário e avançar rumo a um horizonte em que o cuidado em liberdade seja, enfim, uma realidade para todas as pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo aquelas historicamente silenciadas pelo sistema penal-psiquiátrico brasileiro, pois enquanto houver manicômios, não haverá justiça. “Por uma sociedade sem manicômios”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2001. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
2. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília (DF): CNJ; 2023. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>.
3. Guimarães ACA, Veras AB, Carli AD. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. *Psicologia e Saúde*. 2018;10(1). doi:10.20435/pssa.v10i1.696.
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3rd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
5. Pereira AS, Shitsuka DM, Parreira FJ, Shitsuka R. Metodologia da pesquisa científica [Internet]. Santa Maria; 2018. [citado em 22 de fevereiro de 2023]. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15824>.
6. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 572, de 26 de agosto de 2024. Brasília (DF): CNJ; 2024. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5706>.
9. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2nd ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
10. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2011. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>.
11. Guimarães JMX, Jorge MSB, Maia RCF, Oliveira LC, Moraes APP, Lima MPO, et al. Participação social na saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2010;15(4).
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
14. Lussi IAO, Ferigato SH, Gozzi APNF, Fernandes ADSA, Morato GG, Cid MFB, et al. Saúde mental em pauta. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(1). doi:10.4322/2526-8910.ctoED2701.
15. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11).
16. Brasil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União. 2016 dez 15. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
17. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 set. (Nota técnica n. 28).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados 13. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [publicado 2025 fev]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

20. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1). doi:10.1590/S0080-62342002000100002.
21. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*. 2010;(18).
22. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Rio de Janeiro: Diário Oficial da União; 1940. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
23. Rocha NS, Jacob A. Aplicação e eficácia da medida de segurança. *Rev Multidisciplinar Nordeste Mineiro*. 2024;8.
24. Ventura FC. *A loucura, a lei penal e a justiça criminal*. Porto Alegre: UFRGS; 2022.
25. Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional de Justiça, Conselhos Regionais de Psicologia. Relatório de inspeção nacional: desinstitucionalização dos manicômios judiciários. Brasília (DF): CFP; 2025.
26. Conselho Federal de Psicologia. Nota nº 5/2023/STEC/GTEC/CGEST-CFP – Posicionamento sobre a Resolução CNJ nº 487/2023. Brasília (DF): CFP; 2023. Available from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-sobre-a-Resolucao-CNJ-487.pdf>.
27. Conselho Federal de Medicina. Parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. Brasília (DF): CFM; 2024. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>.
28. Pereira AN. Desinstitucionalização: um desafio à política de saúde mental. *Vértices*. 2014;16(1). doi:10.5935/1809-2667.20140002.
29. Frazatto CF, Fernandes JC. Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização. *Psicologia em Revista*. 2021;30(1). doi:10.23925/2594-3871.2021v30i1p54-75.
30. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira IL, Gomes LB. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde Debate*. 2019;43(121). doi:10.1590/0103-1104201912112.
31. Yazbek MC. Pobreza no Brasil contemporâneo. *Serv Soc Soc*. 2012;(110):288-322.
32. O Globo. Brasil tem terceiro pior índice de saúde mental em ranking com 64 países. Rio de Janeiro: O Globo; 2023. Available from: <https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2023/03/brasil-tem-terceiro-pior-indice-de-saude-mental-e-m-ranking-com-64-paises.ghtml>.
33. Conselho Nacional de Justiça. Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída. Brasília (DF): CNJ; 2024.
34. Conselho Nacional de Justiça. Sumário executivo – Justiça Pesquisa: pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil. Brasília (DF): CNJ; 2023. Available from: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/6ajp-cebrap-saude-mental-sumario-executivo.pdf>.
35. Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
36. Mbembe A. *Necropolítica*. 3rd ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.
37. Instituto Elos. Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial | Nêgo Bispo no Instituto Elos [video]. YouTube; 2023. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2pzGaNTT5wU>.
38. Portocarrero V. *Arquivos da loucura*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. doi:10.7476/9788575413883.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html.

Os desafios à implementação da Resolução CNJ n.º 487/2023

The challenges to implementing CNJ Resolution No. 487/2023

Los desafíos para la implementación de la Resolución CNJ n.º 487/2023

Jamila Zgiet

Assistente social, Doutora em Política
Social pela UnB, servidora da Secretaria
de Saúde do Distrito Federal

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre os desafios da implementação da Resolução CNJ n.º 487/2023. É feita uma primeira aproximação ao tema, descrevendo a medida de segurança e a própria resolução, detalhando aspectos de seu texto. Em seguida, são apontadas as críticas feitas por entidades ao documento. A fim de discutir a prática de sua implementação, são abordados os desafios de residencialidade para pessoas com transtorno mental advindas do sistema penal, para, por fim, apresentar os desafios globais para sua implantação. Conclui-se que, ainda que haja risco de a resolução não ser colocada em prática plenamente, dadas as iniciativas de confrontá-la, o debate gerado promove novas formas de lidar com a questão e impõe que as políticas sociais se preparem para receber esse público.

Palavras-chave: Medida de segurança. Resolução 487. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This article presents a reflection on the challenges of implementing CNJ Resolution No. 487/2023. It offers an initial approach to the topic by describing the security measure and the resolution itself, detailing aspects of its text. It then outlines the criticisms made by organizations regarding the document. In order to discuss the practical aspects of its implementation, the challenges of housing (residential support) for people with mental disorders coming from the criminal justice system are addressed, and, finally, the broader challenges for its implementation are presented. It concludes that, although there is a risk that the resolution may not be fully implemented, given the initiatives opposing it, the debate it has generated promotes new ways of dealing with the issue and requires social policies to prepare to receive this population.

Keywords: Security measure. Resolution 487. Psychiatric reform.

RESUMEN

Este artículo presenta una reflexión sobre los desafíos de la implementación de la Resolución CNJ n.º 487/2023. Se realiza una primera aproximación al tema, describiendo la medida de seguridad y la propia resolución, detallando aspectos de su texto. A continuación, se señalan las críticas formuladas por entidades al documento. Con el fin de discutir la práctica de su implementación, se abordan los desafíos de residencialidad para personas con trastornos mentales provenientes del sistema penal y, por último, se presentan los desafíos globales para su implantación. Se concluye que, aunque existe el riesgo de que la resolución no sea plenamente implementada, dadas las iniciativas para confrontarla, el debate generado promueve nuevas formas de abordar la cuestión y exige que las políticas sociales se preparen para acoger a este público.

Palabras clave: Medida de seguridad. Resolución 487. Reforma psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno mental vem sendo alvo de discriminação e preconceitos ao longo da história. O seu encontro com o cometimento de crimes e com o sistema penal promove um duplo estigma, maximizando o discurso de periculosidade em torno da condição psíquica e reforçando na sociedade o medo em relação a essas pessoas.

O cuidado com as pessoas com transtorno mental e a adaptação das políticas de segurança pública relacionadas a esse público são resultado de uma reflexão moral e ética do que pretendemos ser como sociedade. Embora a legislação muitas vezes espelhe o desejo da maioria no que se considera punição adequada, por exemplo, em outros momentos é necessário se submeter a entendimentos internacionais a fim de que se cumpram diretrizes de direitos humanos e outras que nem sempre somos capazes de atingir, enquanto um país em desenvolvimento.

Nesse sentido, a implantação da política antimanicomial no Poder Judiciário, definida nos termos da Resolução CNJ n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023¹, encontra diversos entraves, que perpassam a capacidade das políticas públicas, a maturidade jurídica e institucional brasileira e a percepção da sociedade quanto à matéria.

Neste texto, nos debruçaremos sobre as dificuldades para implementação dessa resolução, especialmente no que se refere ao acolhimento de pessoas egressas de medidas de segurança de internação em serviços residenciais ou asilares numa perspectiva de desinstitucionalização, quando comunidade e imprensa expressam reações que se aproximam de uma fobia a esse público.

Trata-se de uma análise de cunho qualitativo do tipo revisão de escopo, que, segundo Cordeiro e Soares², “é proposta para a realização de mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas” (p.38). Tal proposta faz-se coerente se considerarmos o fato de que o fenômeno analisado é recente, havendo poucos estudos a seu respeito.

Além disso, foi realizada análise documental, com ênfase na legislação que antecede e a resolução que implanta a política antimanicomial no sistema judiciário.

Iniciaremos abordando conceitos relevantes para que se compreenda o assunto, como o de medidas de segurança e imputabilidade. Em seguida, a Resolução CNJ n.º 487/2023 será analisada de forma aprofundada, sendo detalhadas as legislações que a inspiram e nas quais ela se baseia, destacando-se, ainda, produções acadêmicas sobre o tema. Em seguida, serão abordadas críticas à resolução e as possíveis soluções para acolhimento dos egressos de medida de segurança de internação. Por fim, serão tratados os desafios e as perspectivas para efetivação da decisão.

1.1 Medida de segurança

A fim de compreender melhor o estatuto da medida de segurança no Brasil, abordaremos o conceito de imputabilidade, o qual determina a aplicação ou não da medida de segurança à pessoa com transtorno mental que cometa crime.

A imputabilidade diz respeito à responsabilidade penal do sujeito, ou seja, sua capacidade de compreender o caráter ilícito da ação e de se autodeterminar naquele momento³. Segundo o Código Penal Brasileiro⁴, a imputabilidade está relacionada à condição psíquica dos indivíduos e busca a tomada de decisões justas quando da impossibilidade de o sujeito ser penalizado por algo que cometeu sem a percepção de que o fazia ou sem a compreensão de que o ato configuraria crime ou fizesse mal a algo ou alguém.

As pessoas com transtorno mental podem ser consideradas semi-imputáveis ou inimputáveis. São semi-imputáveis aqueles indivíduos cuja compreensão do ato delituoso esteja comprometida, mas não excluída por completo, enquanto os inimputáveis são aqueles avaliados como completamente incapazes de compreender a ilicitude de seu ato e se autodeterminar. “Contudo, os limites entre a imputabilidade e a semi-imputabilidade nem sempre são claros, exigindo uma análise aprofundada do caso concreto, geralmente por meio de perícia médica especializada” (p. 3964)³. Aos

inimputáveis é estabelecida uma absolvição imprópria, em que o indivíduo é absolvido no processo, mas a quem é imposta uma medida de segurança.

Na prática, a semi-imputabilidade aparece como atenuante nos julgamentos, podendo ser estipulada uma pena menor àquela pessoa, enquanto, para as pessoas inimputáveis, são aplicadas medidas de segurança. Estas, embora sejam consideradas formalmente uma alternativa à aplicação de pena, mantêm uma lógica segregacionista, fazendo com que o segurado permaneça isolado da sociedade por tempo indefinido. Essa perspectiva também reforça a associação entre o transtorno mental e a periculosidade, uma vez que a liberdade dos inimputáveis só seria possível com a cessação de periculosidade atestada por um médico, e reduz as possibilidades de defesa desses sujeitos⁵.

Vale lembrar que o problema do louco infrator não é recente e que se agravou com as mudanças impostas pela industrialização, uma vez que se tratam de pessoas muitas vezes incapazes para o trabalho e, ao mesmo tempo, consideradas inimputáveis. Verifica-se que, segundo o Código Criminal do Império⁶, de 1830, em seu artigo 10, não se julgarão criminosos: “Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime”.

O artigo 12 do mesmo código prevê que “Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente”. Assim, essas pessoas eram encaminhadas às Santas Casas de Misericórdia e, após 1852, também ao Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, seguido de outras instituições abertas a partir de então, como a Colônia Juliano Moreira e o Hospício do Engenho de Dentro.

O Código Penal de 1940⁴, ainda vigente, aborda a medida de segurança sempre relacionada à periculosidade do autor do crime. Em trechos já revogados, lê-se:

“Art. 76. A aplicação da medida de segurança presuppõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

[...]

Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.

Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:

I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;

II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

III - nos outros casos expressos em lei.

Na ocorrência de transtorno mental, a lei previa, ainda:

Art. 83. O indivíduo sujeito a medida de segurança detentiva, a quem, antes de iniciada a execução ou durante ela, sobrevem doença mental, deve ser recolhido a manicômio judiciário ou, à falta, a estabelecimento adequado, onde se lhe assegure a custódia.

Quando não detentiva a medida, a execução não se inicia e, quando iniciada, não prossegue.

Parágrafo único. Verificada a cura, sem que tenha desaparecido a periculosidade, o juiz pode determinar:

I - o início ou o prosseguimento da execução da medida;

II - a substituição da medida de segurança não detentiva por outra de igual natureza;

III - a substituição da medida detentiva por outra de igual natureza ou pela liberdade vigiada.”

Logo, o aprisionamento dos sujeitos ocorria por presunção da possibilidade de reincidência, o que era determinado por perícia médica que atestasse a cessação ou a manutenção da periculosidade.

Guilherme Nucci, citado na página do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios⁷, complementa:

“Antes da Reforma Penal de 1984, prevalecia o sistema do duplo binário, vale dizer, o juiz podia aplicar pena mais medida de segurança. Quando o réu praticava delito grave e violento, sendo considerado perigoso, recebia pena e medida de segurança. Assim, terminada a pena privativa de liberdade, continuava detido até que houvesse o exame de cessação de periculosidade. Na prática, para a maioria dos sentenciados, a prisão indefinida afigurava-se profundamente injusta – afinal, na época do delito, fora considerado imputável, não havendo sentido para sofrer dupla penalidade.”

Extinta a possibilidade de dupla penalização, o texto atual considera duas formas de aplicação das medidas de segurança – a internação em hospital de custódia ou similar e o acompanhamento ambulatorial. O parágrafo 1º do Artigo 97, mesmo após a reforma de 1984, estabelece um prazo mínimo de aplicação da medida de segurança – de um a três anos –, mas informa que a duração é indeterminada, dependendo da cessação de periculosidade. Estabelece, ainda, que a liberação ou a desinternação será sempre condicional e que a situação pode retroceder em caso de reincidência⁴. Dessa forma, a medida de segurança poderia se converter, na prática, em uma prisão perpétua.

Verifica-se, nesses casos, a confluência dos poderes médico e jurisdicional. A Justiça toma decisões amparadas na avaliação médica, seja para determinar uma medida de segurança, seja para extingui-la. No entanto, deixando a responsabilidade ao profissional médico, resta o questionamento sobre sua verdadeira capacidade de

determinar a cessação de periculosidade de quaisquer sujeitos. Ora, será esse profissional capaz de determinar o comportamento do periciando no período posterior à avaliação? É possível prever as ações das pessoas? E mais: é possível atribuir a um profissional a culpa por delito cometido por outrem? Como garantir justiça quando até mesmo o direito dos profissionais está em jogo?

1.2 Conhecendo a Resolução CNJ n.º 487/2023

A resolução de número 487, publicada pelo Conselho Nacional de Justiça em 15 de fevereiro de 2023, é aberta por uma série de considerações, das quais se destacam:

“[...] a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas [...] o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria [...] Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; [...] a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial; [...] a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”.

A menção à Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, de 1984, promulgada no Brasil por meio do Decreto n.º 40, de 15 de fevereiro de 1991⁸, revela a compreensão de que a prática adotada nos hospitais de custódia, manicômios judiciários e congêneres é questionável quanto ao respeito aos direitos humanos. Seu protocolo facultativo prevê visitas periódicas de órgãos internacionais e nacionais de prevenção à tortura a locais que exijam tais intervenções, além de recomendar a criação desses órgãos sob a designação de subcomitês.

O primeiro caso brasileiro analisado pela Corte Interamericana dos Direitos Humanos ocorreu em 2006 e julgou a situação ocorrida em 1999 com Damião Ximenes

Lopes, que faleceu, em decorrência de maus-tratos, numa clínica psiquiátrica – Casa de Repouso Guararapes –, em Sobral, no Ceará.

Além de prever o pagamento de custas, gastos e indenizações pelo Estado Brasileiro, a Corte estabeleceu que o Brasil deveria adotar medidas de não repetição, estabelecendo programas de capacitação em saúde mental, conforme o ponto resolutivo 8. Na Justiça do Ceará, onde o caso continuou tramitando, o tribunal aceitou recurso à condenação dos réus. Ninguém foi preso. Em relação à ação cível, a sentença ainda está em execução⁹. O Estado cumpriu todas as determinações.

O caso é emblemático no que diz respeito ao cumprimento das legislações de caráter antimanicomial no Brasil, em especial a Lei n.º 10.216/2001¹⁰, e revela o que pode ocorrer nas instituições de custódia sem que haja a devida investigação. Esse item foi um dos principais provocadores da resolução do CNJ.

A lei da reforma psiquiátrica, no parágrafo único do artigo 2º, prevê os seguintes direitos às pessoas com transtorno mental:

- “I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- Quanto à internação, a legislação determina:
- Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
- § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
- § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
- § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.”

A lei preconiza, ainda, que a internação compulsória é aquela determinada por juiz, desde que haja indicação médica para tal. Ao estipular a internação como recurso

excepcional e com o objetivo de reinserção social, a ocorrer fora de instituições asilares, a Lei 10.216/2001 expõe o contrassenso quando se trata de pessoa com transtorno mental que tenha cometido crime. Afinal, a internação por medida de segurança era determinada sem data definida para sua extinção, em local asilar, na maioria das vezes sem a estrutura necessária ao cuidado. Ou seja, não levava em consideração a necessidade de tratamento do sujeito e a possibilidade de tratamento ambulatorial, finalizada a crise.

E é nessa lei que a Resolução CNJ n.º 113/2010¹ se baseia, determinando, em seu artigo 17 que “O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001”. A Recomendação CNJ n.º 35/2011², por seu turno, estabelece uma série de orientações voltadas ao atendimento ao que a lei preconiza, sendo a principal delas a que expressa que “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)³ reitera a orientação de que as pessoas em medida de segurança de tratamento ambulatorial sejam acompanhadas na Rede de Atenção Psicossocial.

A Portaria GM/MS n.º 94, de 14 de janeiro de 2014⁴, por sua vez, institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com a alteração das Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e n.º 6 pela Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024⁵, institui-se a EAP-Desinst. Trata-se de uma equipe cujas competências são descritas no artigo 97 da Portaria de Consolidação n.º 3, alterado conforme se lê:

- “I - realizar avaliações diagnósticas e apresentar proposições fundamentadas na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e nos princípios da RAPS, orientando a adoção de ações terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular - PTS;
- II - subsidiar os serviços de referência das redes SUS e SUAS na elaboração do PTS, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e ao estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede;
- III - identificar programas e serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do PTS;

IV - estabelecer articulação com gestores e equipes de serviços do SUS e SUAS e de direitos de cidadania para viabilização do acesso e da corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;

V - contribuir para a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde, em consonância com a justiça criminal;

VI - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como conector entre os órgãos de justiça e as equipes de saúde em estabelecimentos penais e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;

VII - apoiar a capacitação dos profissionais atuantes nas políticas públicas afetas ao tema para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei;

VIII - contribuir para o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança ou com transtorno mental em conflito com a lei em instituições penais ou hospitais de custódia, articulando-se às equipes de saúde desses estabelecimentos, quando houver; e

IX - informar à referência técnica designada pelo município habilitado no Programa De Volta Para Casa, de que trata a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, sobre o destino da pessoa que foi desinternada ou recebeu alvará de soltura de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e encaminhar a documentação, nos casos elegíveis, para o recebimento do auxílio à reabilitação psicossocial. [...]"

São usuárias da EAP-Desinst as pessoas com transtorno mental nas seguintes situações (art. 96):

I - com inquérito policial em curso;

II - sob custódia da justiça criminal;

III - com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, desde que tenha o incidente de insanidade mental instaurado;

IV - em cumprimento de sanção penal de medida de segurança;

V - sob liberação condicional da medida de segurança; ou

VI - com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS.

Parágrafo único. O disposto no caput aplica-se às pessoas com necessidades de saúde mental em decorrência do uso de álcool e outras drogas."

A implementação da EAP-Desinst visa à substituição dos serviços antes prestados pelas equipes de saúde dos Hospitais de Custódia e congêneres e por médicos peritos, no que diz respeito à avaliação dos pacientes para direcionar seu tratamento e ao acompanhamento do cuidado da pessoa na rede de saúde. Há poucas equipes implantadas no Brasil, e o Ministério da Saúde está elaborando um manual de funcionamento desses serviços. A orientação até o momento, conforme a portaria, é de que cada equipe deve acompanhar até 80 pessoas. A resolução foi publicada antes da publicação da normativa mais recente.

É importante mencionar essas considerações, porque elas contextualizam a publicação da Resolução CNJ n.º 487. Ao definir a instituição da Política Antimanicomial no Poder Judiciário, a resolução pretende rever os procedimentos de

tratamento de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial com alguma relação com o sistema penal. Destina-se, portanto, conforme seu artigo 2º, àquela pessoa

[...] com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso.

A normativa considera o conceito de deficiência psicossocial, aplicado às situações crônicas de transtorno mental, em que há perdas de cunho cognitivo e comportamental consideradas permanentes, além de incluir a deficiência intelectual. As pessoas com transtornos mentais advindos do abuso de álcool e outras drogas também são contempladas pelas decisões do CNJ.

Dentre as diretrizes apresentadas no artigo 3º, destacam-se: a) a adoção da política antimanicomial no sistema de Justiça; b) o interesse exclusivo de benefício à saúde, com inclusão social, restabelecimento de laços familiares e comunitários, acesso a renda e trabalho e desenvolvimento de habilidades sociais; c) o direito à saúde integral em ambiente não asilar, com vedação de contenções desproporcionais e prolongadas, de medicalização excessiva, de eletroconvulsoterapia em desacordo com protocolos médicos; e d) a vedação de internação em hospitais de custódia e congêneres, inclusive em hospitais psiquiátricos.

Com essas definições, a resolução se afirma como revolucionária principalmente ao negar a possibilidade de internação em instituição asilar, revelando, portanto, a necessidade de fechamento desse tipo de instituição, com a adequação dos órgãos competentes à nova configuração do tratamento.

Nos casos de audiência de custódia em que a equipe multiprofissional identificar pessoa com transtorno mental ou deficiência psicossocial, ela deve ser encaminhada para tratamento voluntário na Raps. Quando em crise, deve-se buscar o manejo com equipe especializada no âmbito da saúde, e, exauridas as tentativas de gestão da crise, deve-se acionar o Samu ou outro serviço de emergência.

São previstos, ainda, cuidados na abordagem e condução da pessoa, evitando-se práticas de tortura, ou seja, feitas para ampliar o sofrimento, causar dor ou lesão.

No caso de prisão processual ou de pessoa solta com medida cautelar e for identificada situação que exija tratamento em saúde mental, deve a prisão ou a medida ser reavaliada e o caso ser encaminhado à Raps com o apoio de equipes especializadas da saúde, da Justiça e da segurança pública.

A qualificação da análise de imputabilidade poderá ser feita a partir da requisição de informações sobre atendimento e tratamento aos serviços aos quais a pessoa estiver vinculada.

Com a decisão de medida de segurança de tratamento ambulatorial, deve-se evitar impor comprovação de frequência ao serviço de saúde.

Os parágrafos do artigo 12 revelam de forma mais contundente a perspectiva antimanicomial da resolução, levando-a para aspectos mais amplos que a simples evitação da internação. Prevê-se, assim, que as interrupções do curso do tratamento devem ser vistas como parte do quadro de saúde mental, que a ausência de suporte familiar não é condição para imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou para desinternação condicional, e que as decisões referentes ao plano terapêutico singular não devem ter caráter punitivo ou ensejar a conversão da medida ambulatorial em medida de internação.

A internação é admitida somente em situações excepcionais quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps. (Art. 13).

A normativa estabelece, ainda, que a internação, nas hipóteses possíveis, ocorrerá em leito de saúde mental em hospital geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps, devendo a autoridade judicial impedir que pessoa com transtorno mental seja colocada em unidades prisionais, mesmo que em enfermaria, ou em instituições asilares, como os hospitais de custódia e congêneres.

A internação deve ser cessada quando da indicação da equipe assistencial da saúde, devendo a pessoa retornar para acompanhamento psicossocial nos demais dispositivos da Raps, tão logo seja comunicada a autoridade judicial.

Prevê-se, ainda, que a internação deve oferecer oportunidades de reencontro da pessoa com sua comunidade, família e círculo social, disponibilizando atividades em maio aberto sempre que possível.

A Resolução CNJ n.º 487 estabelece o prazo de seis meses, a contar da data de sua publicação, para que a autoridade judicial avalie extinção de medidas de segurança, progressão para tratamento ambulatorial e transferência das pessoas para estabelecimento de saúde adequado, quando estiverem em hospitais de custódia, congêneres ou unidades prisionais. Devem-se priorizar as pessoas que estejam nas unidades após cessação da medida ou ordem de desinternação condicional.

É estabelecido também o prazo de seis meses para o fechamento parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, e de 12 meses para o fechamento integral dessas instituições.

Os demais artigos versam sobre a gestão da política, estabelecendo comitês e grupos de monitoramento em âmbito nacional e estadual, definindo inclusive as funções dos conselhos de classe e outros órgãos de participação social. Ao fim, determina que todas as decisões se aplicam também ao sistema socioeducativo, afetando adolescentes em conflito com a lei.

O CNJ permitiu a prorrogação do prazo para efetivação da resolução em três meses. Próximo do vencimento do prazo, uma alteração da resolução possibilitou que os tribunais requeressem, até 29 de novembro de 2024, nova prorrogação da execução da normativa, desde que apresentassem justificativa, ações implementadas e plano de ação. Os estados estão agora cumprindo os prazos definidos.

1.3 Críticas à resolução

A publicação da Resolução CNJ n.º 487/2023 provocou reações de diversos setores da sociedade, tanto em apoio quanto em repúdio à normativa. Em apoio, manifestaram-se entidades como: Associação Brasileira de Saúde Mental, Comitê e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Defensorias Públicas estaduais, Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia. Em protesto, por sua vez, publicaram notas a Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria. A Associação Nacional dos Membros do Ministério Público entrou com uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI 7566) no Supremo Tribunal Federal⁶.

As manifestações favoráveis enfatizam a adequação da legislação a normas nacionais e internacionais de reforma psiquiátrica antimanicomial, a defesa da liberdade

e a superação de um modelo antiquado e violador de direitos. Esses apontamentos estão no texto da própria resolução, como se observou na análise acima.

As críticas, por seu turno, afirmam que a resolução desampara as pessoas com transtorno mental ao não oferecer as melhores condições para o tratamento daquelas que cometem infração penal. Há ainda quem questione o fato de o CNJ estar legislando, o que seria função do Poder Legislativo. O CFM afirma que há conflitos éticos decorrentes da previsão, no documento, de proibição de métodos de contenção desproporcional e de restrição do uso de eletroconvulsoterapia fora de protocolos específicos⁷.

O órgão também se posicionou em apoio a manifestações contrárias à resolução em 2023⁸, questionando principalmente o fato de os médicos não terem sido consultados a respeito do tema e denunciando que o SUS e o sistema prisional não estão preparados para receber as pessoas egressas dos hospitais de custódia. Na manifestação, o CFM faz um “Alerta urgente à sociedade brasileira”, começando por afirmar que 5.800 criminosos sentenciados, que seriam “matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros”, seriam soltos dali a alguns dias.

Em comentário sobre essa posição do CFM, Paulo Amarante⁹ afirma:

É curioso ler na nota [...] que as pessoas que a própria psiquiatria determinou internar em manicômios judiciários por terem cometido delitos, supostamente devido a transtorno mental, e por isso seriam inimputáveis, a partir de agora são denominados de “criminosos, matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros”. Até então eram pacientes psiquiátricos incapazes de perceberem o próprio crime.

Ora, cabe refletir que a preocupação com o futuro das pessoas que devem deixar os hospitais de custódia e congêneres não é exclusividade do grupo que se manifesta contrário à resolução. Mas parece haver, no grupo oposto, a esperança de que os sistemas de saúde e Justiça se adequem a tempo para receber esse público da melhor forma possível.

1.4 O problema do acolhimento de egressos

Além da percepção de que a Justiça libertará pessoas que, segundo grande parte da sociedade e de profissionais das diversas áreas envolvidas, deveriam permanecer presas para sempre, há também um medo generalizado de que essas pessoas passem a morar próximas de “pessoas normais” e conviver com “cidadãos de bem”.

Mantendo-se vigente a normativa, a despeito das forças contrárias, cabe aos setores técnicos das políticas públicas o desenho de estratégias para o acolhimento institucional ou residencial dos egressos das unidades penais manicomialis.

Ante a inexistência de produção acadêmica que aprofunde a questão do acolhimento de egressos das medidas de segurança de internação, elencamos algumas possibilidades e discutiremos circunstâncias facilitadoras e impeditivas para cada uma das estratégias possíveis para esses casos.

A primeira opção para qualquer processo de desinstitucionalização é o retorno da pessoa à sua família. Ocorre que, a depender do tempo de afastamento da família, não faz mais sentido retomar esses vínculos. Pode ser que a casa já não comporte aquele membro ou que a configuração do lar não suporte a introdução de um elemento novo – e possivelmente estressor.

Há que se considerar também a ocorrência do crime no seio familiar, o que provoca, evidentemente, uma evitação compreensível daquele núcleo em receber de volta a pessoa. Por fim, deve-se discutir em que medida as famílias devem se responsabilizar nessas situações. A implementação de políticas públicas de cunho familista – aquelas em que o Estado pressupõe que as famílias devem assumir as principais responsabilidades sobre seus membros²⁰ – tendem a ser uma saída para desresponsabilização do Estado perante situações complexas envolvendo pessoas consideradas desviantes ou fora do padrão.

A residência própria é uma alternativa quando o sujeito dispõe de renda, autonomia mínima e capacidade civil para manter-se e gerir a rotina de um lar, com todas as suas implicações. Na ausência de parte desses requisitos, a residência compartilhada ou república aparece como possibilidade, sendo que ela pode ser composta por outras pessoas em desinstitucionalização, já conhecidas, por amigos ou, até mesmo, pessoas em circunstâncias diferentes, mas que também necessitam de um local para residir.

Isso deve envolver o apoio institucional e ou pessoal de entes próximos, com a definição de curadores, quando couber, ou tomada de decisão apoiada ou, ainda, o suporte informal, estabelecido desde que haja uma relação de muita confiança entre moradores e essa pessoa responsável.

Quando da ausência da possibilidade de implementação das formas de residencialidade citadas acima, demanda-se a disponibilização de vaga em Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica (RT). Segundo a normativa²¹,

SRT são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Portaria de Consolidação n.º 3/2017, Art. 77, Parágrafo Único)

Considera-se que esse serviço constitui modalidade substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, devendo-se reduzir ou descredenciar os leitos esvaziados pela transferência de pacientes para SRT. Assim, de acordo com a Portaria de Consolidação n.º 3/2017, os SRT devem acolher pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia por dois anos ou mais e se classificam em dois tipos. O tipo I acolhe até oito pessoas, enquanto o tipo II acolhe até 10 moradores com maior dependência, especialmente comprometimento físico.

Nota-se, portanto, que os SRT não atendem todas as demandas advindas dos hospitais de custódia ou similares, uma vez que há pessoas internadas nessas unidades há menos tempo, mas que, do mesmo modo, necessitam de amparo para habitar. Nesse sentido, há, ainda, a possibilidade de transinstitucionalização, transferindo pessoas da internação para outras instituições, como aquelas de acolhimento, geridas pela assistência social.

As residências inclusivas, previstas na Lei Brasileira de Inclusão²² (Lei 13.146, de 6 de julho de 2015), vinculadas também à assistência social, poderiam configurar uma opção para aquelas pessoas com transtorno mental e deficiência intelectual associada ou caso se levasse em conta o conceito de deficiência psicossocial, entendida como a deficiência adquirida pela cronificação do transtorno mental, situação que certamente atinge grande parte das pessoas internadas em instituições psiquiátricas asilares.

Cabe, no entanto, mencionar a publicação da Resolução CNAS/MDS n.º 166, de 18 de setembro de 2024²³, que nega em grande medida o atendimento nos equipamentos da assistência social às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias.

Embora seja apresentada como uma resolução que define parâmetros de atendimento a essa população, verifica-se um texto de cunho manicomial e

estigmatizante, que exclui em grande medida a responsabilidade da política de assistência social.

Outros modelos de moradia assistida poderiam ter lugar, aplicando-se não só a pessoas egressas de hospitais, mas àquelas com deficiência e outras condições, que demandam residência e não se enquadram nos critérios para serem amparadas por políticas tradicionais de habitação, assistência ou saúde. A moradia assistida pode ter várias configurações, conforme a necessidade dos moradores, promovendo especialmente uma interlocução direta entre saúde e assistência social, num formato híbrido que compreenda toda a complexidade desse tipo de atendimento.

As dificuldades para normatização desses serviços podem ser superadas pela desconstrução das perspectivas reducionistas e unissetoriais que costumam inundar a elaboração das políticas públicas. É possível vislumbrar saídas socio sanitárias, a exemplo do modelo triestino.

1.5 Outros desafios para efetivação da Resolução CNJ n.º 487/2023

Os desafios para a efetivação da resolução vêm sendo explicitados a todo momento, refletidos, por exemplo, nos pedidos, pelos estados, de prorrogação dos prazos ou mesmo suspensão da medida. Assim, em primeiro lugar, verifica-se uma necessidade de adequação do Poder Judiciário, que deve reconfigurar suas formas de lidar com os ditos incidentes de insanidade mental, compreendendo a impossibilidade de determinação de internação sem indicação médica e o fato de que, se ocorrer, esta não se dará em ambiente penal. Deve-se compreender, ainda, que, a partir do momento em que toda a medida se torna uma questão de saúde, o tempo de internação e a determinação da alta são funções da equipe de saúde, e não do Juízo.

O fechamento da porta de entrada dos hospitais de custódia e similares é, portanto, uma nova realidade, que, embora signifique o reconhecimento de que a situação é essencialmente de saúde – e não de Justiça –, pode provocar novas formas de asilamento e encarceramento, criando alas destinadas a pessoas com transtorno mental dentro dos presídios comuns ou para medida de segurança em hospitais, e impondo formas de institucionalização para aqueles que forem liberados. Isso quer dizer que os magistrados podem terminar por promover aprisionamentos ou estabelecer liberdade sob a condição de que a pessoa esteja em tratamento, seja ambulatorial, seja em internação, sem se excluir a possibilidade, ainda, de que ela seja encaminhada a

instituições, como as comunidades terapêuticas, nova versão dos manicômios de outrora.

A preocupação da Justiça em tentar garantir a não reincidência tem levado a discussões sobre a implantação de residências terapêuticas diferenciadas, que mantivessem um tipo de prisão domiciliar. Ainda que essa possibilidade se confirme, é preciso ter em conta que isso não pode ser um equipamento da saúde, devendo esta dedicar-se a oferecer o tratamento que as pessoas demandarem, e não a residencialidade requerida pelo Juízo, que envolveria segurança, além do cuidado. A despeito das críticas a essa possibilidade, há que se lembrar que, mesmo na Itália, berço da reforma psiquiátrica que inspirou a brasileira, o Ministério da Justiça instalou as REMS, Residências para Execução de Medidas de Segurança, em tradução livre. Ainda assim, a perspectiva é de que ela seja para moradia temporária²⁴.

O fechamento da porta de saída, após todas as solturas, é o desafio final, quando toda a rede de serviços sociais deve estar pronta para o atendimento dessa população. No entanto, estaria a comunidade pronta e disposta a receber esse público? Haverá receptividade das instituições e dos profissionais para amparar os chamados loucos infratores?

Apontamos, ainda, o papel da imprensa como formadora de opinião. Desde o anúncio da instituição da resolução, multiplicam-se reportagens que promovem a sensação de insegurança, medo e repulsa aos futuros egressos de hospitais de custódia e congêneres. As matérias revelam nomes de pessoas internadas, acompanhados dos crimes cometidos, atribuindo a todos a pecha de psicopatas.

Por outro lado, há que se lembrar que há outro público duplamente rejeitado pela comunidade: aqueles que cometeram crime sob o uso de substâncias psicoativas. Além de serem pessoas não desejadas pela população em geral, são um desafio maior às estratégias de residência e ao acompanhamento de saúde.

Por fim, há que se preparar os serviços de saúde para o atendimento a esse público com a frequência e a intensidade necessárias. Afinal, as grades são substituídas por pessoas e unidades de base comunitária fortes, que deem o suporte às residências dessas pessoas, onde quer que sejam. Isso deve ocorrer em todos os níveis de atenção, comportando toda a Raps.

A formação e a sensibilização se revelam uma necessidade para todos os envolvidos, portanto: Justiça, sistema penal, segurança pública, saúde, assistência social e a própria comunidade.

2 CONCLUSÕES

A Resolução CNJ n.º 487 apresenta-se como uma resposta a diversas violações de direitos no Brasil, corrigindo importantes incongruências na lida com pessoas com transtorno mental que cometeram infrações penais. No entanto, é preciso apontar que sua publicação veio em um momento delicado das políticas sociais brasileiras, que passaram por relevante sucateamento nos anos imediatamente anteriores. Para exemplificar, nenhum Caps foi habilitado no Ministério da Saúde durante todo o Governo Bolsonaro (2019 a 2022). Sob a justificativa da ocorrência da pandemia de Covid-19, houve uma reconfiguração importante dos programas da assistência social.

Outro aspecto que cabe ressaltar é o fato de que a criação de serviços residenciais terapêuticos ocorreu, na maior parte do país, nos anos 2000, quando a legislação passou a prever esse tipo de moradia para egressos dos hospitais psiquiátricos. Assim, os hospitais comuns foram fechados há muito tempo, restando poucas pessoas moradoras desse tipo de instituição. Não havia mais preocupação dos estados e municípios em abrir novas residências. A resolução exige dos entes federados a abertura de mais unidades de SRT quando esse processo já era considerado concluso. Além disso, o tempo da gestão governamental não caminha na velocidade imposta pela resolução.

Levando em conta todas as forças que operam contra a implementação da resolução por completo, havemos de concordar que se constituiu um grande debate em torno da ética e dos princípios da Justiça quando confrontada pela legislação antimanicomial brasileira e pelas prerrogativas de direitos humanos impostas pelas instâncias internacionais. Isso significa dizer que ainda não é possível saber se a execução da política antimanicomial no Poder Judiciário ocorrerá como prevê a Resolução CNJ n.º 487/2023, mas, dado o primeiro passo, exige-se que as políticas sociais se fortaleçam, senão para esse fim, para atender adequadamente toda a população, na qual se incluem pessoas em medida de segurança ou egressas de internações.

REFERÊNCIAS

1. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 9 abr 2026.
2. Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *Bol Inst Saúde (BIS)*. 2019;20(2):37-43.
3. Araújo CT, Silva HHB. A imputabilidade penal e as medidas de segurança no Brasil: um estudo crítico sobre a Resolução CNJ nº 487/2023. *Lumen et Virtus*. 2025;16(47):3960-3971. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/4578/6228>. Acesso em: 29 abr 2025.
4. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 5 mai 2025.
5. Mendonça S, Conte CP, Sacchetin BF. Medida de segurança no direito penal brasileiro: estudo sobre violência e (in)eficácia dos hospitais de custódia. *Espaço Jurídico J Law (EJLL)*. 2021;22(1):181–208. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/20422>. Acesso em: 28 abr 2025.
6. Brasil. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 5 mai 2025.
7. TJDF. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Medidas de segurança. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/a-doutrina-na-pratica/medidas-de-seguranca>. Acesso em: 4 mai 2025.
8. Brasil. Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm. Acesso em: 20 mai 2025.
9. Réu Brasil. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Disponível em: <https://reubrasil.jor.br/casos/caso-damiao-ximenes-lobes/>. Acesso em: 20 mai 2025.
10. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 mai 2025.
11. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 20 mai 2025.
12. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 20 mai 2025.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 9 abr 2026.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 26 mai 2025.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em: 26 mai 2025.

16. CONAMP. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público. Notícias. 2023. Disponível em:
<https://www.conamp.org.br/imprensa/noticias/9181-conamp-questiona-constitucionalidade-da-politica-a-antimanicomial-do-poder-judiciario.html>. Acesso em: 3 jun 2025.
17. CFM. Conselho Federal de Medicina. CFM emite parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. Notícias. 2024. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>. Acesso em: 3 jun 2025.
18. CFM. Conselho Federal de Medicina. CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos. Notícias. 2023. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contr-fechamento-de-hospitais-de-custodi-a-e-tratamentos-psi-quiatricos>. Acesso em: 3 jun 2025.
19. Amarante P. Hora de fechar os hospitais judiciários. Outra Saúde. Outras Palavras. 2023. Disponível em:
<https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-e-preciso-fechar-os-hospitais-judiciarios/>. Acesso em: 3 jun 2025.
20. Moraes PM, et al. Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. Rev Políticas Públicas. 2020;24(2):802-818. Disponível em:
<https://www.academia.edu/download/83276527/8634.pdf>. Acesso em: 9 abr 2026.
21. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 3 jun 2025.
22. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 9 abr 2026.
23. CNAS. Resolução nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Disponível em:
https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_dada55ee3a044eac89ba119e03c68657.pdf. Acesso em: 9 abr 2026.
24. Ministero della Giustizia. Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). 2018. Disponível em:
https://www.giustizia.it/giustizia/page/en/termine_del_glossario?contentId=GLO127349. Acesso em: 7 jun 2025.

Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: contradições e desafios para a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade

Psychiatric Reform in the Federal District: contradictions and challenges for deinstitutionalization and care in freedom

Reforma Psiquiátrica en el Distrito Federal: contradicciones y desafíos para la desinstitucionalización y el cuidado en libertad

Andreia Oliveira¹
Maria da Glória Lima²
Maria Aparecida Gussi³
Karina Aparecida Figueiredo⁴

RESUMO

No Distrito Federal, a trajetória de adesão às diretrizes da Reforma Psiquiátrica revela fragilidades no compromisso político e assistencial, gerando obstáculos persistentes à efetivação do cuidado em liberdade. Este estudo analisa as contradições dessa Reforma, à luz das disputas entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil e asilar. O

¹ Assistente Social, Mestre em Saúde Pública (UFSC), Doutora em Serviço Social (PUC/SP), Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X> E-mail: andreaoliveirasus@gmail.com ou andreaio@unb.br

² Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-6450-9154> E-mail: limamg@unb.br

³ Enfermeira, doutora em ciências da saúde, docente do curso de enfermagem da Universidade de Brasília. <http://orcid.org/0000-0002-3069-5312> E-mail: mariagussi@gmail.com

⁴ Assistente Social, Mestre em Política Social, Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Tutora de Programas de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do DF e da Fiocruz/Brasília. <https://orcid.org/0000-0002-8311-8025> E-mail: karinasnzf@gmail.com

objetivo é discutir a ampliação de direitos e subsidiar estratégias de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), abrangendo inclusive pessoas em conflito com a lei. A metodologia fundamenta-se na análise de documentos governamentais e materiais produzidos por instâncias de controle social, pesquisadores, movimentos sociais e conselhos profissionais, sob uma perspectiva de narrativa historiográfica testemunhal. Os resultados indicam baixa cobertura da Raps, insuficiência de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), persistência do modelo hospitalocêntrico e fragilidade do cuidado territorial - expressa no aumento dos atendimentos de emergência. Evidenciam, ainda, a remanicomialização via financiamento público a comunidades terapêuticas, a escassez histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os limites das medidas para populações judicializadas e o avanço da mercantilização mediante terceirização e precarização do trabalho. Conclui-se que o descompasso entre o avanço normativo e a precariedade assistencial configura uma *reforma psiquiátrica real*, marcada pela permanência do modelo asilar e pela subordinação da política pública à racionalidade de mercado no contexto distrital contemporâneo.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, Desinstitucionalização, Saúde mental.

ABSTRACT

In the Federal District (Brazil), the trajectory of adherence to Psychiatric Reform guidelines reveals weaknesses in political and assistance commitments, creating persistent obstacles to the implementation of care in liberty. This study analyzes the contradictions of this Reform in light of the disputes between the anti-asylum project and the market-oriented asylum logic. It aims to discuss the expansion of rights and provide insights for deinstitutionalization strategies within the Psychosocial Care Network (Raps), including individuals in conflict with the law. The methodology is based on the analysis of government documents and materials produced by social control bodies, researchers, social movements, and professional councils, through a testimonial historiographical narrative perspective. The results indicate low Raps coverage, insufficient Psychosocial Care Centers (Caps), the persistence of a hospital-centric model, and the fragility of territorial care — evidenced by the increase in emergency consultations. Furthermore, they highlight a *re-asylum* process via public funding for therapeutic communities, a historical shortage of Therapeutic Residential Services (SRT), the limitations of measures for judicialized populations, and the advancement of marketization through outsourcing and precarious labor conditions. It is concluded that the gap between normative progress and assistance precariousness characterizes a *real psychiatric reform*, marked by the permanence of the asylum model and the subordination of public policy to market rationality in the contemporary district context.

Keywords: Health care reform, Deinstitutionalization, Mental health.

RESUMEN

En el Distrito Federal (Brasil), la trayectoria de adhesión a las directrices de la Reforma Psiquiátrica revela fragilidades en el compromiso político y asistencial, lo que genera

obstáculos persistentes para la efectividad del cuidado en libertad. Este estudio analiza las contradicciones de dicha Reforma a la luz de las disputas entre el proyecto antimanicomial y la lógica mercantil-asilar. El objetivo es discutir la ampliación de derechos y aportar subsidios para estrategias de desinstitucionalización en la Red de Atención Psicosocial (Raps), incluyendo a personas en conflicto con la ley. La metodología se fundamenta en el análisis de documentos gubernamentales y materiales producidos por instancias de control social, investigadores, movimientos sociales y consejos profesionales, bajo una perspectiva de narrativa historiográfica testimonial. Los resultados indican una baja cobertura de la Raps, insuficiencia de Centros de Atención Psicosocial (Caps), persistencia del modelo hospitalocéntrico y fragilidad del cuidado territorial, expresada en el aumento de las atenciones de emergencia. Evidencian, además, una remanicomialización vía financiamiento público a comunidades terapéuticas, la escasez histórica de Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), los límites de las medidas para poblaciones judicializadas y el avance de la mercantilización mediante la tercerización y la precarización del trabajo. Se concluye que el desajuste entre el avance normativo y la precariedad asistencial configura una *reforma psiquiátrica real*, marcada por la permanencia del modelo asilar y por la subordinación de la política pública a la racionalidad de mercado en el contexto distrital contemporáneo.

Palabras clave: Reforma de la Atención de Salud; Desinstitucionalización; Salud Mental.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a representação social da loucura foi associada a estigmas como periculosidade, incapacidade e anormalidade. Esse imaginário, chancelado pelo saber biomédico, consolidou o paradigma asilar manicomial, caracterizado pelo isolamento coercitivo, pela internação prolongada e pela primazia da medicalização excessiva, sob o domínio da psiquiatria clássica¹. Para indivíduos em sofrimento mental em conflito com a lei, somaram-se a esse modelo as estruturas dos manicômios judiciários e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)².

O enfrentamento dessa perspectiva e a busca por um processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil acompanham a trajetória de lutas dos movimentos sociais, das pessoas usuárias, familiares e trabalhadores/as da saúde mental. Tais atores propõem a superação do modelo hospitalocêntrico em favor do paradigma psicossocial. Estes, por sua vez, orientam-se pela atenção em saúde mental de base comunitária, territorializada e em liberdade, impulsionado pelas reformas Psiquiátrica e Sanitária, que culminaram na promulgação da Constituição Cidadã de 1988³, no bojo da redemocratização do país.

Os preceitos constitucionais (Arts. 196-200), regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990⁴ e nº 8.142/1990⁵, estabeleceram o SUS como parte integrante e indissociável da Seguridade Social, atribuindo-lhe uma concepção ampliada de saúde. Esta visão contrapõe-se ao entendimento biomédico, curativo e hegemônico, pautando-se na determinação social do processo saúde-doença^{6,7}).

Nesse cenário, o movimento da Reforma Psiquiátrica conformou as bases para a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para serviços substitutivos, de base comunitária e participativa⁸. Contudo, a implementação da Constituição de 1988 e os marcos legais regulatórios subsequentes ocorreram simultaneamente à reforma neoliberal do Estado brasileiro, marcada pela redução da presença estatal nas políticas sociais, pela ênfase na privatização de serviços públicos e pela subordinação da saúde às dinâmicas de mercado⁹.

Para Behring¹⁰, esse processo consolidou uma contrarreforma do Estado, com efeitos regressivos sobre os direitos sociais e trabalhistas e o acesso às políticas públicas. Com isso, a política de saúde e, especificamente, a de saúde mental, passaram a operar sob a lógica mercantil, reforçando um modelo biomédico e filantrópico que se descola da determinação social do processo saúde-doença para alinhar-se à lucratividade neoliberal.

Embora o SUS tenha registrado avanços, persistem obrigações legais não cumpridas que geram profundas tensões na política de saúde mental, inclusive no Distrito Federal. Esse cenário revela uma Reforma Psiquiátrica formalmente instituída, mas ainda distante de uma transformação efetiva na realidade assistencial. Tal descompasso é fruto dos embates permanentes entre projetos antagônicos: o antimanicomial, o manicomial e o que se pode chamar de reforma psiquiátrica *real*.

Estabelece-se, aqui, um diálogo com a reflexão de Paim¹¹, que distingue o SUS da Reforma Sanitária e o da Constituição de 1988, concebidos como projetos civilizatórios, da *caricatura* vivenciada na atualidade. Para o autor, o sistema atual, sob uma aparência de universalidade, serve para capturar o orçamento público em benefício do setor privado, enquanto a população é submetida a serviços limitados pela austeridade e pela lógica mercantil. Surge, então, o *SUS real*, um trocadilho com a moeda nacional, no qual a lógica monetária e fiscal se sobrepõe à centralidade da vida.

Ao transpor essas premissas para a saúde mental, observa-se uma *reforma psiquiátrica real* refém de modelos assistenciais e de gestão marcados por

racionalidades capitalistas e práticas clientelistas. Se, por um lado, essa vertente aprofunda o projeto manicomial e asilar ao impulsionar a privatização, por outro, ela confina a defesa dos direitos humanos aos limites do *possível político*. Nesse equilíbrio de forças, o rompimento com a lógica manicomial torna-se parcial: o financiamento público a Comunidades Terapêuticas (CTs), a terceirização de serviços substitutivos, como Centro de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, via Organizações Sociais (OSs), refilantropização, a precarização do trabalho com a contratação, via cooperativa, de profissionais como pessoa física (*pejotização*), evidenciam a face mercantil do sistema. Em última análise, o projeto antimanicomial, que defende uma atenção psicossocial pública, territorializada e em liberdade, perde força política diante de uma governança que prioriza o capital em detrimento da cidadania.

Analisar esses campos de disputa e suas contradições no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é fundamental para construir estratégias de enfrentamento e ampliação de direitos, considerando a responsabilidade do Estado e o papel de gestores e formuladores de políticas públicas atuantes no SUS e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além de profissionais, pessoas usuárias, familiares e comunidades.

No Distrito Federal, a trajetória de adesão às diretrizes da Reforma Psiquiátrica evidencia dificuldades de compromisso político, resultando em desafios críticos ao cuidado em liberdade. O presente texto é construído a partir de documentos produzidos por técnicos do controle social, pesquisadores, segmentos de movimentos sociais e de conselhos profissionais, sob uma perspectiva historiográfica testemunhal¹². Assim, este trabalho objetiva analisar as contradições da Reforma Psiquiátrica no DF, à luz das disputas entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil e asilar, com vistas à ampliação de direitos e à construção de subsídios para estratégias de desinstitucionalização da atenção em saúde mental.

2. DISPUTAS HISTÓRICAS E INFLEXÕES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO DF

A historiografia da política de saúde mental no DF é descrita como um processo social e político complexo^{13,14,15,16,17}. Fundamentado nas diretrizes da reforma psiquiátrica e da Lei 10.216/2001⁸, esse processo revela práticas assistenciais

tensionadas entre os paradigmas asilar-hospitalocêntrico, pautado no saber psiquiátrico tradicional ainda hegemônico, e o psicossocial, que, apesar dos poucos avanços, enfrenta dificuldades significativas para consolidar a desinstitucionalização devido a um número reduzido de Caps. Os avanços pioneiros nesse processo são seguidos por períodos de estagnação, retrocessos administrativos e disputas ideológicas em torno do modelo de atenção em saúde mental, permeado por tensões decorrentes da própria construção do SUS.

Segundo Santiago¹⁵, essa trajetória entre 1987 e 2007 divide-se em quatro fases: a) **emergência** (1987-1999) – ingresso do DF na Reforma Psiquiátrica com a criação do Instituto de Saúde Mental (ISM) em 1987; o pioneirismo da Lei Distrital nº 975/1995, que definiu as diretrizes para a atenção à saúde mental no DF e estabeleceu um modelo centrado na cidadania, nos direitos humanos e na superação do manicômio; a criação da Coordenação de Saúde Mental (Cosam/DF) em 1995, instituindo espaços democráticos de participação entre profissionais, usuários e familiares; e a antecipação, na Lei Orgânica do DF (Art. 211) de diretrizes da futura Lei Federal nº 10.216/2001; b) **retrocesso** (1999-2003), período de descontinuidade política, com a manutenção do ISM e práticas centralizadoras e asilares do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), o fechamento da Clínica Planalto em 2003, acusada de violar direitos humanos, culminando no abrigamento precário de seus egressos no ISM por não haver residências terapêuticas estruturadas no DF; c) **estagnação** (2003-2006), caracterizada pela recuperação de parte da estrutura administrativa, uma reestruturação assistencial que não rompeu com o paradigma asilar, baixa cobertura de Caps e ausência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e d) **retomada** (2006-2007), marcada por esforços no sentido da desinstitucionalização, com a criação de novos Caps e a instalação do Colegiado de Saúde Mental para articulação com a sociedade civil e órgãos de controle.

No período de 2010 a 2020, Silva¹³ destaca o retorno do financiamento público a instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas (CTs), em detrimento da rede pública substitutiva. A autora ressalta que o DF apresenta um dos menores índices de cobertura de Caps do país, com uma rede marcada por falhas estruturais graves, ausência de estratégias de desinstitucionalização, instalações inadequadas, escassez de profissionais e subutilização de orçamentos.

Silva¹³ critica a falta de apoio governamental para a execução de políticas públicas de saúde mental, principalmente na execução do Plano Diretor de Saúde Mental (2011-2015), que previa 46 Caps, 15 SRT e outros dispositivos da Raps,

destacando que até 2014 havia apenas 16 Caps, dos quais 13 credenciados pelo Ministério da Saúde, e nenhum SRT. Esse descomprometimento culminou em uma auditoria do Tribunal de Contas do DF em 2014. Entretanto, as instâncias de controle social e fiscalização, tais como Conselho de saúde, Promotoria Pública e Tribunal de Contas, mostram-se fragilizadas diante da disputa de modelo.

A integração da saúde mental à Atenção Primária permanece como desafio crítico, agravado pela pandemia da Covid-19, que aprofundou vulnerabilidades sociais e expôs a necessidade urgente de uma rede territorializada e humanizada. Normativas nacionais, como a Nota Técnica nº 11/2019, reforçaram o papel dos hospitais psiquiátricos na rede, contrariando os princípios da reforma e repercutindo negativamente no contexto distrital¹³.

Diante desse cenário marcado por retrocessos, segmentos populares organizados, como o Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal e a ONG Inverso, com apoio do Observatório de Saúde Mental da Universidade de Brasília (Obsam/UnB) e a participação de trabalhadores/as, usuários/as e familiares da Raps, elaboraram o documento intitulado a Plataforma em Defesa da Saúde Mental no DF (2018), que denuncia o retrocesso iniciado no fim de 2015 e a ocupação política de cargos estratégicos por gestores sem perfil técnico-científico, critica a Diretoria de Saúde Mental do DF (Disam/SES) pela publicação de normativos que fortalecem o modelo manicomial e pela elaboração de um Plano Diretor de Saúde Mental sem diálogo com instâncias de controle social, e denuncia o descumprimento de uma ação civil pública de 2010, que determinava a criação de 19 Caps e 25 residências terapêuticas.

A Plataforma propõe quatro eixos temáticos: a) **ampliação e fortalecimento da Raps**: criação de Caps III (24 horas), com atendimento à crise no território, o fechamento definitivo do HSVP até 2022 e sua substituição por serviços comunitários; b) **educação continuada**: capacitação antimanicomial permanente de servidores, equipes de apoio e profissionais da Atenção Básica e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Móvel (SAMU); c) **trabalho e renda**: criação de cooperativas sociais com fomento à economia solidária para inclusão social de usuários; e d) **autonomia e direitos**: protagonismo de usuários e familiares, com ampliação do passe livre, articulação intersetorial (com Educação e Previdência Social), acesso à cultura, realização de concursos públicos específicos para saúde mental, implantação de prontuário eletrônico, transporte para atuação territorial dos Caps, criação de um Núcleo de Saúde Mental no SAMU com equipe multiprofissional 24 horas, para garantir

intervenções em crise pautadas no acolhimento, e não na violência¹⁸. Esse documento foi apresentado aos candidatos ao Governo do Distrito Federal para o ciclo de gestão 2019-2022. Contudo, apesar da mobilização popular, tais propostas não foram acolhidas pelas gestões de 2019 a 2026, do governador Ibaneis Rocha.

O DF mantém uma das piores coberturas de Caps do país, com insuficiência de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. As inúmeras manifestações, audiências públicas e denúncias de violações de direitos humanos em serviços de caráter asilar e manicomial financiados com recursos públicos persistem, sem provocar mudanças estruturais significativas na rede assistencial, como se detalha na sequência deste artigo.

3. A SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL: O DESCASO GOVERNAMENTAL COM A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

A trajetória da saúde mental no DF, ao longo das últimas cinco décadas, é marcada por desafios e contradições que remontam à criação do Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), em 1976 – atual Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Tais impasses dificultam a consolidação de avanços significativos no paradigma psicossocial, que busca a inclusão, a autonomia e a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico por meio do tratamento em liberdade.

A rede de saúde mental do DF é composta por 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), além de 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 15 hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde¹⁹). Essa estrutura da Raps mostra-se insuficiente para atender à demanda de uma população do DF que atingiu quase 3 milhões de habitantes em 2025²⁰, evidenciando uma carência acentuada de profissionais especializados e de serviços substitutivos²¹⁻²².

Os indicadores assistenciais corroboram esse diagnóstico. Entre 2023 e 2025, houve um aumento expressivo das Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) com CIDs relacionados à saúde mental em portas hospitalares e UPAs; o volume passou de 27.072 registros em 2023 para 54.614 – praticamente o dobro em apenas dois anos. Observa-se, ainda, a predominância do público feminino (60%) e da faixa etária entre 22 e 45 anos no volume de atendimentos²³. Tais cifras indicam não apenas o

crescimento da demanda, mas a sobrecarga dos dispositivos de urgência e emergência, o que revela a fragilidade das estratégias de cuidado territorial, preventivo e continuado.

De acordo com o relatório *Situação da Saúde Mental no DF*, publicado em 2023 pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT)²⁴, o DF ocupava o segundo lugar entre as piores coberturas de Caps do Brasil, com índice de apenas 0,42 por 100 mil habitantes, em 2022. Quase todos os Caps do DF operam muito acima de sua capacidade técnica, ao se tomar como referência apenas a cobertura populacional, a exemplo dos Caps infantojuvenis das regiões de Brasília, Sobradinho, Recanto das Emas e Taguatinga. Destaca-se que esses dois últimos atendem a uma população de cerca de 800 mil pessoas, quando o recomendado são de até 200 mil; isso se repete nos Caps Transtornos e AD²⁴. Além disso, a completa inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) até 2023 é apontada como um obstáculo à desinstitucionalização de pessoas usuárias com vínculos familiares rompidos. O relatório conclui que o cenário da saúde mental no DF configura uma violação do direito fundamental à saúde mental, resultado de descaso histórico e ausência de prioridade política na gestão da rede. Perpetua-se um modelo centrado na urgência e na medicalização, com o HSVP centralizando a maioria dos atendimentos²⁴.

Para atender às demandas do MPDFT e dos movimentos sociais, a SES/DF, por meio da Portaria nº 407/2023, criou, entre outras, a Comissão de Desinstitucionalização em Saúde Mental²⁵, de natureza consultiva, gerando grande expectativa nos trabalhadores e movimentos sociais da luta antimanicomial. Mas, nesse contexto de reivindicação de ações de desinstitucionalização, de expansão de novos serviços substitutivos e da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça²⁶, que determina o fechamento dos HCTP até maio de 2024 e o encaminhamento dos usuários com mandado de segurança para atendimento na rede de serviços de saúde de base comunitários, a SES/DF criou em julho de 2024, dois SRTs, com gestão privada, cada um com 10 vagas para atendimento feminino e 10 masculino para egressos de internação de longa permanência, procedentes de diferentes serviços da RAPS.

Em atuação por mais de um ano, essa Comissão²⁵ apresentou poucas propostas de ações estratégicas para subsidiar a formulação de políticas específicas para a desinstitucionalização. Por essa razão, o grupo antimanicomial solicitou à Câmara Legislativa do DF que a SES/DF fosse questionada quanto à efetividade do trabalho da Comissão, o que ensejou a apresentação do Requerimento CLDF nº 1785/2025, em fevereiro de 2025²⁷.

Durante a apresentação do *Panorama de Urgência, Emergência e Atenção Hospitalar em Saúde Mental no DF*, a Subsecretaria de Saúde Mental (Susam) destacou a existência de 122 leitos psiquiátricos, distribuídos entre o HSVP, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), além de 59 leitos clínicos em hospitais gerais. O HSVP concentra cerca de 32,5% das internações em saúde mental até o início de 2025. O plano de expansão para o período de 2024 a 2027 prevê a ampliação de leitos clínicos em hospitais gerais e a reestruturação do HSVP, transformando-o em um hospital de transição para internações prolongadas, com o objetivo de aumentar a rotatividade dos pacientes¹⁹.

O HSVP atua de forma irregular há mais de três décadas. A Lei Distrital nº 975/1995 determinou que "os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas deverão ser extintos num prazo de quatro anos a contar da publicação desta Lei" (Art. 3º, inc. II,) e proíbe "a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas, bem como a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal" (Art. 4º)⁸.

Historicamente, o HSVP exerceu, por quase cinco décadas, o papel de principal referência psiquiátrica da rede distrital, concentrando em determinados períodos até 80% dos atendimentos em saúde mental. Essa centralidade, ancorada no modelo asilar, opera sob a lógica da tríade emergência–ambulatorio–internação¹⁷. O hospital reflete a resistência hospitalocêntrica e evidencia a transição incompleta entre o isolamento manicomial e o cuidado psicossocial em liberdade. Sua função como referência em crises e urgências é amplamente contestada por movimentos sociais e órgãos de controle, que defendem o manejo das crises em liberdade por meio de Caps III, territorializados e com funcionamento 24h.

Denúncias do Ministério Público²⁴ e de movimentos sociais¹⁸ apontam que o HSVP mantém um modelo biomédico e asilar. A assistência é marcada por rotinas rígidas, foco na contenção de sintomas e risco de práticas iatrogênicas, o que fragiliza o vínculo terapêutico e viola direitos humanos, havendo relatos, inclusive, de contenção física excessiva^{24,18}. O impasse sobre o HSVP, claramente alvo de disputas político-ideológicas, é, portanto, técnico e político: a gestão o defende como unidade central para casos graves e crises, enquanto os movimentos antimanicomiais propõem o

fechamento da estrutura e a realocação de recursos orçamentários e equipes para o fortalecimento da rede territorializada.

Esse cenário é agravado pela insuficiência de serviços substitutivos no DF, como Caps, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência podem ser verificados no documento *Saúde Mental em Dados*, publicado pelo Ministério da Saúde²⁸, o que alimenta o ciclo de reinternações (*porta giratória*). Em reunião do Conselho de Saúde do DF é aprovada a Recomendação nº 3/2025 orientou para o fortalecimento da Raps e fiscalização das Comunidades Terapêuticas²⁹.

Paralelamente, relatórios e estudos apontam para a precarização das condições de trabalho e o sofrimento ético-político dos profissionais diante das limitações do modelo vigente. Nem a força da legislação distrital, como a Lei nº 975/1995⁸, nem as inúmeras denúncias e reivindicações de segmentos organizados, parlamentares e entidades da sociedade civil têm sido suficientes para reverter a continuidade de gestões manicomiais por parte do Governo do Distrito Federal (GDF). Em meio ao silêncio e à omissão do Estado na promoção de mudanças na política de saúde mental, o sofrimento psíquico se intensifica e vidas são ceifadas sob responsabilidade do próprio GDF.

Casos emblemáticos de negligência e violação de direitos humanos no HSVP ilustram a precariedade da instituição, especialmente no atendimento a mulheres. Em agosto de 2023, o descumprimento de protocolos em uma manobra de contenção física resultou em lesões em uma usuária e na condenação judicial do hospital ao pagamento de indenização por danos morais (processo ainda passível de recurso)³⁰. A gravidade do cenário é acentuada por duas mortes suspeitas: a de Raquel França de Andrade (24 anos), em 25 de dezembro de 2024, e a de Eva de Oliveira (52 anos), em abril de 2025. Esses episódios intensificaram as críticas à qualidade da assistência, à estrutura física e à persistência do modelo hospitalocêntrico.

Como desdobramento político dessas ocorrências, o Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF reivindicou publicamente a troca imediata da gestão do HSVP e o fechamento de seu pronto-socorro, sendo seguido pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos, Cidadania e Legislação Participativa, que solicitou à SES/DF a apuração rigorosa das causas dos óbitos.

A reportagem do *Brasil de Fato DF*³¹ relata que, após a morte de Eva de Oliveira, foi realizada uma diligência por autoridades e representantes de entidades como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. O relatório da visita apontou contradições nas falas da gestão, falhas na condução clínica e administrativa,

ausência de atividades terapêuticas, medicalização excessiva e permanência prolongada de pacientes por falta de apoio externo. O relatório recomendou o afastamento da direção do hospital, a transformação do HSVP em hospital geral, a realização de auditoria pelo Ministério da Saúde e investigações federais sobre denúncias de tortura.

Outras situações relatadas por familiares e representantes da luta antimanicomial apontam falhas estruturais no atendimento em situações de crises: as UPAs apresentam respostas ineficientes, agravadas pelo despreparo técnico e pela escassez de especialistas para viabilizar internações em hospitais gerais de forma ágil e segura.

Nesse cenário, destaca-se o papel do Núcleo de Saúde Mental (Nusam). Criado em 2011 como unidade integrante do Samu e operando 24 horas desde 2016, o núcleo é reconhecido como referência nacional pioneira na assistência crítica e situações de risco em saúde mental^{32,33,34}. Todavia, o serviço enfrenta um processo de descaracterização e descaso estatal que compromete sua sustentabilidade. As principais evidências dessa precarização incluem redução do quadro de profissionais, escassez de médicos psiquiatras reguladores nas equipes de referência e desmobilização de ambulâncias.

4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: REMANICOMIALIZAÇÃO, PRIVATIZAÇÃO E VIOLAÇÃO DE DIREITOS

As Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, embora financiadas e legitimadas por políticas estatais, operam à margem das diretrizes psicossociais, adotando um modelo disciplinar, religioso e moralista de tratamento, o qual contradiz os princípios do cuidado em liberdade e dos direitos humanos. Suas práticas incluem trabalho forçado não remunerado, isolamento social, religiosidade impositiva e contenções físicas abusivas, configurando, em muitos casos, formas de tortura institucionalizada.

Longe de representar avanços no campo da saúde mental e da política sobre drogas, as CTs utilizam um discurso terapêutico ao abrigo da denominação de *entidades de acolhimento* para justificar práticas punitivistas e moralizantes, alinhadas a ideários conservadores de cunho político e religioso. Assim, essas instituições representam um retrocesso institucional, promovendo a remanicomialização e a privatização do cuidado, ao reforçarem práticas de exclusão e controle moral incompatíveis com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira³⁵.

No Distrito Federal, as CTs configuram-se como vetores da contrarreforma psiquiátrica, atuando na reintrodução de práticas de isolamento e de concentração de

recursos públicos em entidades privadas e filantrópicas³⁶. Análise dos repasses efetuados, especialmente via Fundo Antidrogas do DF (Funpad), entre 2012 e 2021, revelam uma expansão expressiva do financiamento a essas instituições, muitas das quais operam sob lógicas manicomiais, religiosas e coercitivas, violadoras de direitos humanos. Esse cenário evidencia uma captura do fundo público por interesses privados e religiosos, mascarando a carência de políticas estatais efetivas sob uma falsa aparência terapêutica³⁶.

A atuação das CTs impõe sérios desafios à desinstitucionalização e ao cuidado em liberdade, uma vez que faltam com a transparência na gestão dos recursos, contrariam princípios constitucionais que regem o SUS, como a universalidade e a participação social, e privilegiam o perfil disciplinar-religioso em detrimento da evidência científica e do direito à cidadania.

A priorização política das CTs no Distrito Federal provoca o esvaziamento progressivo dos investimentos financeiros das Raps. Esse redirecionamento de recursos resulta na estagnação dos serviços substitutivos e na ausência de recomposição do quadro de profissionais, fragilizando a capacidade técnica e estratégica dos Caps para organizar e coordenar a linha de cuidado em saúde mental.

Enquanto o investimento nessas comunidades se expande, a rede pública permanece em um cenário de precariedade caracterizado por baixa cobertura de Caps, déficit expressivo de SRTs e centralidade das internações como resposta predominante à crise. Esse panorama aprofunda a lógica manicomial sob uma *nova roupagem*. Ao priorizar entidades privadas e religiosas, o Estado enfraquece os avanços da reforma psiquiátrica e promove a privatização de uma política pública que, por princípio, deveria ser universal, laica e centrada nos direitos humanos.

A gravidade dessa realidade culminou na tragédia ocorrida na madrugada de 31 de agosto de 2025, na Comunidade Terapêutica Liberte-se, no Paranoá/DF. Um incêndio no local resultou de imediato em cinco mortos e 11 feridos; as vítimas estavam encarceradas em um dormitório com portas e janelas lacradas por cadeados²¹. O episódio expôs de forma extrema as graves violações de direitos humanos e a negligência institucional que permeiam o funcionamento de grande parte das CTs.

Em resposta, o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) emitiu Moção de Repúdio, denunciando o caráter asilar da instituição e o volume desproporcional de recursos públicos transferidos a tais entidades – mais de R\$ 14 milhões entre 2019 e 2022 – contrastando com uma das piores coberturas de Caps do país (Distrito Federal/

CSDF, Moção de Repúdio, 2025²¹. Ademais, por meio da Resolução nº 657/2025, o CSDF exigiu medidas urgentes, como a ampliação da Raps, o fechamento de leitos asilares e a criação de Caps III, Unidades de Acolhimento e SRTs²². Ademais, por meio da Resolução nº 657/2025, o Conselho exigiu medidas estruturais urgentes: a ampliação da Raps, o fechamento de leitos asilares e a criação imediata de Caps III, Unidades de Acolhimento e Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

A Recomendação Conjunta nº 7/2025³⁷, emitida pelo MPDFT, solicitou fiscalização rigorosa das CTs (Brasil, 2025 – MPDFT), enquanto o relatório de diligência produzido por comitiva composta por entidades como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Câmara Legislativa do Distrito Federal, Conselho Regional de Psicologia (CRP) e Universidade de Brasília (UnB), revelou as condições degradantes da CT Liberte-se: superlotação, cárcere privado, práticas de tortura, trabalho forçado e uma série de outras violações aos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental³⁸.

Esses eventos não são isolados, mas indicativos de uma política pública que, ao financiar práticas violadoras sob o manto da moralização e do controle, abandona os preceitos constitucionais do cuidado em liberdade, da universalidade e da dignidade humana. Diante desse cenário, é imprescindível e urgente a reversão do financiamento às CTs e a retomada de um projeto de saúde mental baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica: público, comunitário, antimanicomial e comprometido com os direitos humanos.

5. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO JUDICIÁRIO E SEUS LIMITES NO DF

A Resolução nº 487/2023²⁶ do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) consolidou a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, recepcionando os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e da Reforma Psiquiátrica, mas impõe uma ruptura ontológica. Ao determinar o fechamento progressivo de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e de instituições congêneres, a normativa desloca o eixo da resposta estatal: substitui-se a lógica da custódia e da periculosidade pela garantia de direitos e pelo cuidado em liberdade. Esse movimento rompe formalmente com a histórica associação entre loucura, periculosidade e encarceramento,

estabelecendo a desinstitucionalização como diretriz central e o Projeto Terapêutico Singular como ferramenta central, tornando a internação uma medida estritamente clínica e excepcional.

No Distrito Federal, a implementação dessa política encontra barreiras significativas, em face da tensão entre o paradigma manicomial-penal, estruturado na contenção, tutela e exclusão, e o psicossocial, centrado na cidadania, na territorialização do cuidado e na responsabilidade compartilhada entre políticas públicas. Ou seja, segmentos políticos conservadores e defensores da privatização se fortalecem na correlação de poderes. Tal cenário torna evidentes as resistências políticas, institucionais e culturais que, somadas às condições de precarização, privatização e subfinanciamento da Raps, dificultam o rompimento efetivo com práticas coercitivas e manicomiais, ainda profundamente arraigadas. Para reverter essa situação, é importante, além de ajustes administrativos, a superação de paradigmas enraizados na cultura jurídica e na atenção em saúde mental, ainda fortemente atravessados pelo estigma da periculosidade e pela naturalização da segregação.

A Resolução CNJ em questão²⁶ estabelece prazos limites para fechamento da ATP, mas, embora no DF isso tenha sido cumprido, a efetivação da Política encontra entraves significativos: **resistência corporativa e métrica** - a medida recebeu críticas negativas do Sistema Conselhal de Medicina³⁹, as quais fundamentam a oposição daquela entidade na defesa do *Ato Médico* e em uma visão patologizante da crise; **capacitação profissional** – profissionais do SUS e do SUAS, mobilizados pelos Conselhos Regionais de Psicologia e de Serviço social, buscaram, em 2024, suprir lacunas de formação por meio de cursos específicos para assistentes sociais e psicólogos/os, focando nos desafios do cuidado em liberdade no cotidiano profissional⁴⁰; **barreiras culturais e midiáticas** – estigma e preconceito social⁴¹ são alimentados por um alarde midiático que, erroneamente, associa a desinstitucionalização à impunidade ou ao perigo público; isso mascara a realidade da desassistência e tenta justificar a manutenção de estruturas segregadoras sob o pretexto da segurança, sendo esta distinta daquela verdadeira, que decorre de uma rede de cuidado territorializada, robusta e humanizada; e a **precarização estrutural** – a falta de recursos materiais e humanos, somada ao medo da insegurança no trabalho profissional, cria um ambiente de ceticismo que retarda os avanços previstos pelo CNJ.

Com o fechamento dos hospitais de custódia e a necessidade de cumprimento da Resolução CNJ nº 487/22²⁷, o planejamento de desinstitucionalização das pessoas em

conflito com a lei revelou-se insuficiente para garantir uma articulação intersetorial eficaz, especialmente diante das novas estratégias de acolhimento, reabilitação e intervenções em situações de crise em saúde mental. Essa fragilidade é agravada pela carência de suporte das equipes de saúde mental na Raps, configurada na precarização da rede, falta de preparo e/ou número insuficiente de profissionais para oferecer atendimento adequado no âmbito do SUS e do SUAS. Assim, essa população permanece exposta a riscos de vulneração, não sendo reconhecida em sua singularidade de vivências de sofrimento psíquico no acesso à rede pública de saúde e na permanência no sistema penitenciário. Situação essa que tem afetado grandemente a saúde física e emocional das famílias envolvidas afetivamente e fazem reivindicações para o estabelecimento de fluxos de cuidado seguro no sistema de justiça, na rede SUS e SUAS, como pedido de suporte também para elas.

A fragilidade da implementação das normas ganha contornos dramáticos no interior do sistema prisional. O óbito de Cleiciano das Neves Dantas, de 22 anos, após cumprir sete dias de isolamento disciplinar no Complexo Penitenciário da Papuda, com sinais evidentes de violência física em 30 de junho de 2025⁴², expõe a falência do Estado em garantir a integridade de indivíduos em sofrimento psíquico sob sua custódia. Relatos de outros detentos apontam que ele passou por grave crise psíquica e apresentava costelas fraturadas ao deixar o isolamento. Essa ocorrência motivou a visita institucional da Deputada Federal Erika Kokay e sua equipe em 10 de julho de 2025 ao Centro de Detenção Provisória (CDP) do Complexo Penitenciário da Papuda, e culminou na constatação de graves violações de direitos humanos de forma sistemática, sobretudo no que se refere às pessoas em sofrimento mental⁴³.

Além desse caso específico, o relatório da diligência parlamentar indicou

- a) **superlotação** – a taxa de ocupação era de 150%, com 2.600 internos em um espaço projetado para 1.644 e celas com até 27 pessoas, embora algumas permanecessem vazias, fato interpretado como mecanismo de punição e opressão psicológica;
- b) **precariedade da assistência à saúde mental** – ausência de protocolos de cuidado e grave falha na administração de psicofármacos, distribuídos sem supervisão;
- c) **condições inadequadas de vida** – problemas como alimentação deteriorada, longos intervalos entre refeições, escassez de materiais de higiene, ausência de atendimento odontológico e suspensão de visitas íntimas;
- d) **desrespeito a direitos sociais e ressocialização** – rotinas irregulares de banho de sol irregular, estudo e trabalho,

sobretudo para pessoas identificadas como pertencentes a facções, evidenciando discriminação institucionalizada⁴³.

A Subsecretaria de Saúde Mental (Susam), em reunião do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CDS/DF), realizada em 10 de fevereiro de 2026⁴⁴, resgatou os eixos fundamentais da política de desinstitucionalização no DF: desinternação da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), reestruturação do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e implantação das Unidades de Acolhimento (UAs). Contudo, a efetividade dessas medidas encontra-se prejudicada por entraves operacionais, déficit de recursos humanos e restrições orçamentárias, especialmente no que se refere à criação de novas Unidades de Acolhimento.

Para dar efetividade à política, a Susam apresentou um plano de reestruturação que inclui a expansão de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, a eficácia dessas medidas é mitigada por um déficit crônico de recursos humanos e pelo avanço de soluções tecnocráticas, como o aplicativo SAMIa, produto do InovaSAM⁴⁴, laboratório de inovação em saúde mental focado na melhoria da gestão e da assistência em saúde mental pública, com o objetivo de otimizar recursos e humanizar o atendimento. O app utiliza inteligência artificial para orientar fluxos de atendimentos à população, realizando triagem, acompanhamento e encaminhamentos⁴⁴.

Embora a inteligência artificial possa otimizar fluxos, setores da luta antimanicomial alertam para o risco de uma *burocratização digital* do sofrimento, que pode ignorar as subjetividades e servir como subterfúgio para a precarização do atendimento presencial e humanizado. Importa, assim, o acompanhamento da evolução dessa tecnologia para que não seja prejudicada com a implantação de processos que reforcem a patologização do sofrimento psíquico no DF.

Nesse sentido, relatos de profissionais da rede apontam a ausência de monitoramento sistemático dos egressos, a insuficiência de SRTs e a inexistência de fluxos intersetoriais consolidados, capazes de assegurar a continuidade do cuidado. Há registros de reinternações sucessivas, retorno ao sistema prisional, situação de rua e óbitos, evidenciando que o fechamento de dispositivos asilares, quando dissociado da ampliação concreta da rede territorial, pode produzir novas formas de vulnerabilização. Por outro lado, a ausência de leitos estruturados em hospitais gerais, a superlotação das UPAs e o número reduzido de leitos clínicos de saúde mental revelam que o sistema

opera sob intensa pressão assistencial, sobretudo nos momentos de crise. Paralelamente, profissionais dos Caps relatam sobrecarga de trabalho e responsabilização individual nos processos de avaliação compulsória, sem que haja garantia institucional correspondente em termos de recursos humanos, infraestrutura e dispositivos comunitários adequados.

Vê-se, portanto, que a política de desinstitucionalização apresentada pela Susam ao CDS/DF tende a se configurar como um conjunto de diretrizes formais que esbarram em limites estruturais e políticos. Observa-se a presença de um projeto conservador e mercantil que atravessa a política, rerepresentando, sob novas formas, a lógica manicomial.

Outro aspecto relevante refere-se ao embate político-institucional em torno da própria Resolução CNJ nº 487/2023²⁶. Observa-se que determinados segmentos do sistema de justiça podem instrumentalizar as dificuldades operacionais da rede para sustentar a narrativa de ineficiência da política antimanicomial. Tal movimento reforça propostas de recriação de alas psiquiátricas no interior de unidades prisionais, o que representaria a reatualização do modelo manicomial sob nova configuração institucional. A constituição desses espaços asilares *intramuros*, ainda que sob distinta nomenclatura, sinaliza a perversa permanência da lógica da contenção e da segregação.

Nesse sentido, o desafio posto não se limita ao encerramento formal da ATP, mas implica a construção efetiva de uma rede substitutiva robusta, territorializada e intersetorial. A desinstitucionalização exige investimento público contínuo, ampliação dos SRTs, fortalecimento dos Caps e uma rigorosa redefinição dos fluxos entre Justiça, Saúde e Assistência Social. Sem essas condições estruturais, a normativa corre o risco de permanecer restrita ao plano abstrato, destituída de materialidade prática. A ausência de investimento consistente na rede territorial pode inviabilizar sua implementação e, intencionalmente ou não, favorecer o retrocesso ao paradigma manicomial, fortalecendo interesses privatistas no campo da saúde mental.

Por fim, a permanência de práticas punitivas nas instituições prisionais do DF, mesmo sob a vigência da nova diretriz do CNJ²⁶, revela a fragilidade da política antimanicomial no campo jurídico-penal e sua insuficiente articulação com a Raps. As denúncias recorrentes de violações de direitos em instituições penais evidenciam os obstáculos estruturais ao cumprimento dos marcos normativos do SUS e das diretrizes do CNJ. O cenário exige, portanto, medidas urgentes de responsabilização estatal e a

reestruturação imediata do modelo de cuidado em saúde voltado às pessoas em sofrimento mental nos espaços de privação de liberdade.

Contudo, como argumenta Melo², a desinstitucionalização no campo jurídico-penal depende, como dito antes, do desenvolvimento de ações intersetoriais consistentes entre Justiça, Saúde e Assistência Social, capazes de assegurar não apenas a substituição física das instituições asilares, mas a reconstrução de trajetórias de vida e a garantia plena de cidadania. Se o Distrito Federal não investir na materialidade do cuidado, com recursos humanos, infraestrutura comunitária e articulação real entre SUS e SUAS, corre-se o risco de produzir uma desinstitucionalização meramente formal, incapaz de romper com as lógicas de exclusão que historicamente marcaram a relação entre loucura e sistema penal, prevalecendo a contenção e a segregação sobre o cuidado humano.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida neste artigo evidencia que a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal é atravessada por uma tensão estrutural e persistente. Embora a unidade federativa disponha de marcos legais pioneiros e de dispositivos normativos que, em tese, sustentam o cuidado em liberdade, a materialidade da política pública revela um cenário persistente de subfinanciamento da Raps, precarização das condições de trabalho, baixa cobertura de Caps, insuficiência de SRTs e manutenção da centralidade de dispositivos hospitalares e asilares. Os dados assistenciais analisados indicam, ainda, o deslocamento crescente da demanda para os serviços de urgência e emergência, reforçando um modelo centrado na crise, na medicalização e na rotatividade institucional, em detrimento de estratégias territoriais e de cuidado continuado.

Os resultados também apontam para um processo de remanicomialização, expresso no redirecionamento de recursos públicos para comunidades terapêuticas privadas e religiosas, em prejuízo do fortalecimento da rede pública substitutiva. Tal prática evidencia a expansão de formas contemporâneas de privatização da política de saúde mental e a captura do fundo público por interesses privados e filantrópicos, frequentemente orientados por racionalidades conservadoras, punitivas e higienistas. Nesse sentido, episódios de graves violações de direitos humanos, como o ocorrido na

Comunidade Terapêutica Liberte-se, não podem ser compreendidos como fatos isolados, mas como expressão de uma lógica institucional segregadora, incompatível com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica.

No campo jurídico-penal, a Resolução CNJ nº 487/2023²⁶ representa avanço normativo relevante ao propor a superação do modelo custodial e a priorização do cuidado em liberdade. Entretanto, sua implementação no Distrito Federal revela os limites de uma desinstitucionalização que não encontra correspondência na estrutura concreta da rede territorial. O risco, nesse contexto, consiste em uma transição meramente formal, restrita à redução de leitos ou ao encerramento administrativo de dispositivos, sem a consolidação de alternativas efetivas de cuidado no território. Tal redução esvazia o sentido ético, político e técnico da desinstitucionalização, compreendida, neste estudo, como transformação das práticas, das instituições e das racionalidades que sustentam o paradigma manicomial.

A noção de *reforma psiquiátrica real* mostra-se, portanto, uma chave interpretativa fecunda para se compreender o abismo entre o projeto inscrito no marco constitucional e legal brasileiro e a configuração contemporânea das políticas públicas de saúde mental no Distrito Federal. À semelhança do que se observa em outras políticas sociais tensionadas por diretrizes neoliberais, a realização concreta da Reforma Psiquiátrica está condicionada por processos de mercantilização do cuidado, terceirização da gestão, precarização do trabalho e enfraquecimento da responsabilidade estatal. A persistência de uma cultura asilar em determinados espaços institucionais favorece a reprodução de práticas coercitivas, medicalizantes e segregadoras, dificultando a consolidação de uma atenção psicossocial pública, universal e territorializada.

Dessa forma, a superação das iniquidades e das violações de direitos humanos que incidem sobre pessoas em sofrimento psíquico, especialmente aquelas em conflito com a lei, exige o reconhecimento da saúde mental como campo necessariamente interdisciplinar, intersetorial e comprometido com a equidade. A articulação entre Saúde, Assistência Social, Justiça, Educação, Cultura e Trabalho constitui condição indispensável para a garantia da atenção integral, reabilitação psicossocial e inclusão social. Nessa perspectiva, a desinstitucionalização não se reduz ao fechamento de instituições, mas requer investimento público contínuo, ampliação dos dispositivos territoriais, fortalecimento da Raps, realização de concursos públicos, melhoria das

condições de trabalho, capacitação de profissionais e redefinição dos fluxos entre Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Sistema de Justiça.

Em síntese, a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal permanece tensionada por uma disputa entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil-asilar, o que compromete a efetivação do cuidado em liberdade e a universalização de direitos. A consolidação de uma política pública de saúde mental orientada pela cidadania, dignidade e emancipação humana depende, fundamentalmente, do fortalecimento das bases materiais, institucionais e políticas da desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- 1 Pimentel AP, Amarante PDC. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, v. 15, n. 3, p. 8–33, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2176-457344151>.
- 2 Melo TCP, Oliveira IBS, Ponte ABM, Silva LA, Santos Junior HCF. Perspectivas de atenção integral ao “louco infrator” na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 33, p. e4051, 2025. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto414340511>.
- 3 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- 4 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18035, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- 5 Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.
- 6 Nogueira RP. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- 7 Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência, emancipadora e interculturalidade*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006. 317p.
- 8 Brasil. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 9 de fevereiro de 2025. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf.
- 9 Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- 10 Behring ER. *Brasil em contrarreforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- 11 Paim J. ‘O SUS que está aí é uma caricatura’. [Entrevista cedida a] Gabriel Brito, Gabriela Leite e Guilherme Arruda. *Cebes na Mídia Notícias / Outra Saúde*, 22 set. 2025. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-sus-que-esta-ai-e-uma-caricatura/>.
- 12 Buarque VAC, Cunha NRC. A historiografia em viés testemunhal. *Locus: revista de história*, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 9-27, 2015. Disponível em: 20792-Texto do artigo (dossiê)-82821-1-10-20161206.pdf.
- 13 Silva GVL. *A política de saúde mental no Distrito Federal: um balanço à luz da reforma psiquiátrica e da visão antimanicomial*. 2021. 105 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/handle/10482/45398>.
- 14 Zgiet J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NmrYnCOBwcG8bJ9yBrZ4hPw/>.
- 15 Santiago MA. *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

- 16 Machado DM. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão da pessoa em sofrimento mental. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade de Brasília. 2006. Disponível em: https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/4867/1/Dissert_final.pdf.
- 17 Lima MG, Silva GB. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):591-5.
- 18 Movimento Pró-Saúde Mental. Inverso. Plataforma em Defesa da Saúde Mental no DF. 2018.
- 19 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Mental. Panorama Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar em Saúde Mental no DF. [Falcomer F]. Brasília, DF: SES-DF, jul. 2025.
- 20 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população. Tabelas de estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Diário Oficial da União, 1.7.2025.
- 21 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Ata da 550ª Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde do Distrito Federal, de 9 set. 2025, que aprova Moção de Repúdio a eventos que resultaram na morte de cinco pessoas na Comunidade Terapêutica (CT) Liberte-se. Brasília, DF: Conselho Distrital de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/550-reuniao-ordinaria-pdf>.
- 22 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 657, de 28 de outubro de 2025, que dispõe sobre medidas para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e dos processos de desinstitucionalização no Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal: seção 1, Brasília, DF, n. 228, p. 15, 3 dez. 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/resolucao-n-657-de-28-de-outubro-de-2025-propor-a-secretaria-de-saude-do-df-ses-df-a-apresentacao-ao-conselho-de-saude-no-prazo-de-ate-30-trinta-dias-o-plan-o-de-desinstitucionalizacao-da-saude-mental-pdf>.
- 23 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Mental. Pauta Desinstitucionalização da Saúde Mental no Distrito Federal: 557ª Reunião Ordinária do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em 10/02/2026. Brasília: SES-DF, 2026. 1 recurso online (slides).
- 24 Distrito Federal. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Situação da saúde mental no DF. Coordenação: Izis Morais Lopes dos Reis. 1. ed. – Brasília, DF: MPDFT, 2023. 277 p.: il. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/comunicacao/livros/relatorio_situacao_saude_mental_df_cep_s_mpdft.pdf.
- 25 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 407, de 16 de outubro de 2023. Institui a Comissão de Desinstitucionalização em Saúde Mental. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 18 out. 2023. Seção 1, p. 3. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/bef88be48ab94f45969b4919234a236c/Portaria_407_16_10_2023.html.
- 26 Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Recuperado em 9 de fevereiro de 2025. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/#:~:text=487%2C%20de%2015%20de%20fevereiro,CDPD\)%20e%20a%20Lei%20n.](https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/#:~:text=487%2C%20de%2015%20de%20fevereiro,CDPD)%20e%20a%20Lei%20n.)
- 27 Distrito Federal. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Disponível em: https://www.el.df.gov.br/proposicao/-/documentos/REQ_1785_2025.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

29 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Recomendação nº 3/2025 - SES/CS: Dispõe sobre o fortalecimento da Raps e fiscalização das Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: CSDF, 30 out. 2025.

30 Distrito Federal. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 2025. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2025/julho/justica-condena-df-por-falha-em-protocolo-de-contencao-fisica-em-hospital-psiquiatrico>.

31 Brasil de Fato DF. Morte no HSVP: relatório detalha caso, aponta “contradição” em falas da direção e traz novos relatos de tortura. 30/04/2025. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/04/30/morte-no-hsvp-relatorio-detalha-caso-aponta-contradicao-em-falas-da-direcao-e-traz-novos-relatos-de-tortura/>.

32 Cavalcante RA, Vaz SBV, Vaz TS, Oliveira GC, Rocha DG. Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 28, e230211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230211>.

33 Machado DM et al. Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 4, e20190519, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0519>.

34 Oliveira GC, Cavalcante RA, Vaz SBV, Oliveira BK, Costa RV, Oliveira OMA. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. Com Cienc Saude. 2018; 29 Suppl 1:75-8 DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230211>.

35 Fernandes MN, Oliveira A. Comunidades terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 22, n. 63, p. 159-180, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/emp.2024.80308>.

36 Costa PHA. Comunidades terapêuticas no Distrito Federal: “controle” social e saqueio do fundo público. Revista de Políticas Públicas, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 341-360, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v27n1.2023.20>.

37 Distrito Federal. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Recomendação Conjunta nº 7/2025 – 5ª PROREG/NDH: Adoção de providências administrativas para a fiscalização emergencial e sistemática das comunidades terapêuticas em funcionamento no Distrito Federal. Brasília, DF: MPDFT, 1 out. 2025. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/transparencia/arquivos/recomendacoes/recomendacao-1759357947.pdf>.

38 Brasil. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Relatório da Diligência Comunidade Terapêutica “Liberte-se”. Brasília, DF: MNPCT, out. 2025.

39 CFM. Conselho Federal de Medicina. Parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. 2024. Disponível em: <https://crmms.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>.

40 Universidade de Brasília. Curso de Extensão. Formação para Assistentes Sociais e Psicólogas (os): os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental no cotidiano profissional. [Albuquerque MSL, org.]. 2024.

41 Kansler CBN, Calassa GDB, Santos JZR, Falcome FF, Carvalho IPVB. Preconceitos na desinstitucionalização: desafios e soluções para implantação das residências terapêuticas do DF. Disponível em: <https://www.congresso2024.abrasme.org.br/trabalho/view?q=eyJwYXJhbXMiOiJ7XCJIRF9UUkFCQUxIT1wiOlwiNjcxNVwifSIsImgiOiJ7NmZlMGlyNmJhMmJjZDcyYTtkMTO5MmJiNjZlOWY2MiJ9>.

42 Metrôpoles. Detento é encontrado morto na Papuda, e família denuncia violência. [Evilly D.] Disponível em:

<https://www.metropoles.com/distrito-federal/detento-e-encontrado-morto-na-papuda-e-familia-denuncia-violencia>. Brasília, 4/7/2025.

43 Érika Kokay. Relatório de visita institucional ao Centro de Detenção Provisória – CDP/Complexo da Papuda – Distrito Federal, Brasília: Gabinete Parlamentar, 10 jul. 2025. 3p.

44 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. SES-DF lança laboratório para projetos inovadores em saúde mental. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/ses-df-lan%C3%A7a-laborat%C3%B3rio-para-projetos-inovadores-em-sa%C3%BAde-mental> .

Residência Terapêutica e Residência Inclusiva: Perspectivas do atendimento territorializado

Therapeutic Residence and Inclusive Residence: Perspectives on territorialized care

Residencia Terapéutica y Residencia Inclusiva: Perspectivas de la atención territorializada

**Ana Luíza Ribeiro Câmara¹
Lívia Vasco Mota²**

RESUMO

Este artigo tem por objetivo contextualizar, de forma crítica, o arcabouço normativo que orienta a concepção de saúde e de assistência social voltada ao cuidado em liberdade, em contraposição ao encarceramento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A partir de uma perspectiva intersetorial e com foco na experiência do Distrito Federal, foram delimitados os componentes preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e por outros dispositivos da rede socioassistencial, voltados especificamente à desinstitucionalização de pessoas em cumprimento de medida de segurança, conforme os princípios da política antimanicomial. O texto também explora os limites e as possibilidades do atendimento psicossocial de base comunitária e territorial, a partir da interlocução entre diversas políticas públicas no cuidado compartilhado, visando a uma intervenção segura e responsável por parte das equipes dos serviços diretamente envolvidos. Ao mesmo tempo, contribui para a compreensão do tema e de suas nuances, de modo a provocar importantes reflexões.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Assistência Social. Colaboração Intersetorial. Medida de Segurança. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

This article aims to critically contextualize the normative framework that guides the concepts of health and social assistance directed toward care in freedom, as opposed to the incarceration of people with mental disorders in conflict with the law. From an intersectoral perspective and focusing on the experience of the Federal District, the study identifies the components recommended by the Psychosocial Care Network (RAPS) and other social

¹Ana Luíza Ribeiro Câmara: Assistente Social da Subsecretaria de Assistência Social da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal, especialista em Saúde Mental do Adulto (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde do Distrito Federal). Conselheira do Conselho de Assistência Social do DF, camaralu@hotmail.com.

²Assistente Social da Gerência de Saúde do Sistema Prisional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, especialista em Elaboração de Projetos Sociais e Políticas Públicas, com ênfase em Direitos Humanos, Violência e Cidadania (Instituto de Ciências Sociais e Humanas -ICSH/CESB). Membro suplente do Grupo Conductor da PNAISP e do Grupo Conductor da RAPS do DF, livvasco@gmail.com.

assistance devices specifically aimed at the deinstitutionalization of individuals under security measures, in accordance with the principles of the anti-asylum policy. The text also explores the limits and possibilities of community- and territory-based psychosocial care, considering the dialogue among various public policies within shared care, seeking a safe and responsible intervention by the service teams directly involved. At the same time, it contributes to understanding the topic and its nuances, fostering important reflections.

Keywords: Mental Health Services. Social Assistance. Intersectoral Collaboration. Security Measures. Deinstitutionalization.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo contextualizar críticamente el marco normativo que orienta las concepciones de salud y de asistencia social dirigidas al cuidado en libertad, encontra posición al encarcelamiento de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley. Desde una perspectiva intersectorial y con enfoque en la experiencia del Distrito Federal, se identifican los componentes recomendados por la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y por otros dispositivos de la red socio asistencial destinados específicamente a la desinstitucionalización de personas sometidas a medida de seguridad, conforme a los principios de la política anti manicomial. El texto también explora los límites y las posibilidades de la atención psicosocial comunitaria y territorial, considerando la interlocución entre diversas políticas públicas en el cuidado compartido, con miras a una intervención segura y responsable por parte de los equipos de los servicios directamente involucrados. Al mismo tiempo, contribuye a la comprensión del tema y de sus matices, promoviendo importantes reflexiones.

Palabras Clave: Servicios de Salud Mental. Asistencia Social. Colaboración Intersectorial. Medida de Seguridad. Desinstitucionalización.

1 INTRODUÇÃO

A superação da lógica de reprodução das práticas excludentes e manicomiais nas instituições de acolhimento exige a sensibilização contínua dos atores das políticas públicas. Ao romper com rotinas patologizantes e internações prolongadas, torna-se possível viabilizar o diálogo sobre a desinstitucionalização segura das pessoas vulneráveis em sofrimento mental. Para isso, é imprescindível dar visibilidade a esse público socialmente discriminado, integrando-o a estratégias de reorientação dos serviços em rede. Esse processo deve ser pautado pela gestão do cuidado centrado na pessoa e pelo atendimento assistido no território, considerando sempre os determinantes sociais a partir de uma análise multifatorial e interseccional.

Desse modo, a criação de espaços institucionais para esse debate permite evidenciar interfaces críticas, como o atendimento à saúde no sistema prisional e a política de saúde mental. Embora urgente, essa assistência permanece insuficiente, uma vez que os pontos de

atenção voltados à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei ainda não estão plenamente consolidados no âmbito intersetorial. Essa fragilidade é reflexo de lacunas históricas alimentadas pelo racismo estrutural, pela seletividade penal e pela perpetuação de relações institucionais fundamentadas no controle e no poder.

Nesse sentido, o presente estudo com o objetivo de sintetizar as contradições das políticas de saúde e de assistência social, apresenta uma linha do tempo sobre os marcos normativos das políticas públicas de saúde e de assistência social de abrangência nacional, transversais à política antimanicomial brasileira, com ênfase na atuação psicossocial dos serviços tipificados de proteção social e de assistência à saúde mental. Adotou-se a metodologia da reflexão teórica a partir da prática profissional nessas políticas, além da revisão bibliográfica voltada a uma análise crítica que problematiza as perspectivas intersetoriais no atual contexto de desinstitucionalização das pessoas em cumprimento da medida de segurança em unidades penais do Distrito Federal (DF).

Tal estratégia metodológica resultou na sistematização dos exemplos de arranjos institucionais entre a saúde, assistência social e a política penal, o que vem de encontro a uma proposta de serviços integrados para as pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei e de responsabilidades intersetoriais no enfrentamento das violações de direitos durante o processo de transferência do cuidado em liberdade.

1.1 Linha do tempo e os marcos-legais

A discussão sobre a necessidade de articulações intersetoriais é aprofundado, no DF, com a aprovação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) Nº 487/2023. Neste contexto, as pessoas em cumprimento da medida de segurança na modalidade internação em Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), passam a ser desinternadas pelo(a) juiz(a) da Vara de Execução Penais (VEP) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) nos prazos definidos pela referida Resolução, a qual requer que as políticas de saúde e assistência social articulem-se na construção do plano de desinstitucionalização e indicação de local de acolhimento, especialmente para aquelas sem suporte familiar.

Para melhor contextualização, registra-se uma breve linha do tempo sobre o cuidado psicossocial e socioassistencial voltado às pessoas privadas de liberdade ou ainda em cumprimento de medida de segurança, bem como egressas(os) do sistema prisional:

1940: O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940) prevê a garantia da manutenção dos direitos sociais das pessoas após o encarceramento e ainda inclui o dispositivo da inimputabilidade ou semi-imputabilidade (Art. 26), ou seja, converte-se a pena em tratamento psiquiátrico, surgindo então uma lógica de fusão entre manicômio e prisão¹.

1984: As políticas sociais no âmbito prisional somente foram criadas pelo Estado a partir da Lei de Execução Penal (LEP) - Lei nº 7.210/1984^{2, 3}. Esta legislação reconhece o direito à assistência social (Art. 22), o direito à saúde (Art. 41) e também delega aos assistentes sociais e psicólogos atribuições em perícias e exames criminológicos³.

1988: A Constituição Federal prevê a assistência social como política pública, a qual será prestada a quem dela necessitar. Logo assim, a redação da LEP³ não foi atualizada em relação às prerrogativas constitucionais no campo da assistência social, assim como da saúde.

1990: Surge a Lei nº 8.080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, porém, somente foi possível regulamentar, por meio da Lei 12.435/2011, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁵, portanto, reside um hiato temporal de normativo entre ambos os Sistemas.

2000: A Portaria MS/GM nº 106/2000 cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental³, contudo, seu artigo 7º foi alterado pela Portaria MS/GM nº 175/2001, afirmando que essa residência deve estar vinculada aos serviços ambulatoriais de saúde mental como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para acompanhamento e auxílio na reabilitação psicossocial^{6, 7}.

2001: Após os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil, houve a edição da Lei Antimanicomial, Lei nº 10.216/2001⁸. Todavia, a referida legislação não alcançou em sua prática os “pacientes judiciários”.

2003: A Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003 aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, destinado a prover atenção à saúde da população prisional, bem como dos hospitais de custódia, pelo princípio de universalidade do SUS, definindo-se as equipes multiprofissionais financiadas através do Ministério da Saúde, incluindo, obrigatoriamente, assistentes sociais e psicólogos em sua composição⁹.

³ Quanto ao DF, a 2ª Prosus/MPDFT ajuizou ação civil pública em 2010 e obteve a condenação do DF, em 2015¹³. Em 2018, ajuizou-se ação de cumprimento. Porém, somente em 2024 a sentença foi cumprida, com a implementação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do DF, por meio de edital de chamamento público, contendo 20 vagas (10 femininas e 10 masculinas)¹⁴.

2009: A Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) Nº 109/2009 tipificou os serviços da assistência social, estabelecendo, dentre as modalidades de serviços de acolhimento, a Residência Inclusiva, com a previsão de profissionais assistente social e psicólogo nas equipes de referência¹⁰.

2014: A Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014 define a Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional no âmbito do SUS (PNAISP) e institui as Unidades Básicas de Saúde Prisional como ponto de atenção na Rede de Saúde¹¹. Para a operacionalização desta Política, tem-se a Portaria MS Nº 482/2014, que prevê a composição mínima das equipes multiprofissionais e das opcionais com ênfase em saúde mental, em que permanece a confusão conceitual entre assistência social e serviço social em sua redação¹².

2014: A Portaria MS/GM nº 94/2014⁴ institui o Serviço/equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), sendo uma equipe não assistencial com característica conectora (interface com o SUS, SUAS e Poder Judiciário)¹⁵. Prevê profissional de serviço social e de psicologia na composição de equipe. Tal norma sugere reorientar o modelo de atenção aos pacientes em medida de segurança, a partir de experiências exitosas de alguns Estados para a desinstitucionalização¹⁵.

2020: A Portaria GM/MS nº 2.298/2020 redefine normas para o financiamento das equipes de saúde prisional com destaque à modalidade opcional da Equipe Complementar Psicossocial, em que assistentes sociais e psicólogos tornaram-se opcionais para composição das equipes, bem como o profissional psiquiatra¹⁶.

2023: A Portaria GM/MS n.º 757/2023 atualiza a Portaria GM/MS n.º 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizando os dispositivos de assistência em saúde mental a partir dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial¹⁷. A RAPS passa a ser, então, constituída por sete componentes em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde¹⁷.

2023: A Resolução CNJ Nº 487/2023 institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, findando a possibilidade de internação em instituições de caráter asilar ou Hospitais de Custódia e

⁴Destaca-se em seu art. 12 que: “A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde”¹⁵.

Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e estabelecimentos congêneres, devendo ainda considerar para a desinternação os pareceres das equipes multiprofissionais da RAPS, da equipe EAP ou outra equipe conectora¹⁸.

2024: A Portaria GM/MS nº 2.070/2024 estabelece a equipe EAP Desinst⁵, portanto, esta equipe passa a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a competência para realizar avaliações diagnósticas, subsidiar os serviços do SUS e SUAS no Plano Terapêutico Singular (PTS), atuando de forma conectora para ampliação do acesso aos serviços e apoiador nas ações de capacitação profissional das políticas afetas ao tema, etc¹⁹.

2024: A Resolução CNAS Nº 166/2024 estabelece os parâmetros para atuação da Política de Assistência Social junto a pessoas em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde e suas famílias²⁰. Ao reafirmar as competências do SUAS, passou a não reconhecer o atendimento desse público pelas unidades de acolhimento socioassistenciais.

1.2 Problematização: (des)encontros entre saúde e assistência social na desinstitucionalização de pessoas em cumprimento de medida de segurança

Na perspectiva sócio-histórica, há grandes questões a serem elaboradas no campo da disputa entre as políticas de saúde e de assistência social. No entanto, ao elencar a transversalidade entre a saúde mental, proteção social e o percurso das pessoas privadas de liberdade pelo ciclo penal, possibilitou problematizar o modelo da desinstitucionalização adotado para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como os limites envolvendo o paradigma do cuidado em liberdade e sua dimensão territorial.

A partir da linha do tempo, é possível observar que, de maneira geral, o SUAS não conta com ofertas desenhadas para as especificidades da população em privação de liberdade. Geralmente, os serviços e benefícios socioassistenciais se voltam às famílias destas pessoas, que em muitos casos já tem até mesmo os vínculos rompidos, portanto, há uma importante limitação na oferta da proteção social a este público.

No campo do SUS, as atuais equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) se diferem da previsão originalmente definida pela LEP para a assistência à saúde. Além disso, a saúde

⁵ Todavia, destaca-se, conforme Portaria GM/MS Nº 4.876/2024, art. 101, parágrafo único: “É vedada a instalação de EAP-Desinst em ambientes com características prisionais, asilares ou manicomiais, devendo sua instalação ocorrer, preferencialmente, na Secretaria Estadual de Saúde ou em serviços integrados à RAS”²¹.

prisional não possui a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável pela busca ativa com base na territorialização em saúde, portanto, se diferencia das demais equipes de atenção primária e também das Equipes Multiprofissionais (eMulti), sendo opcional a composição de equipes Complementares Psicossociais, que operam de maneira complementar e integrada às outras equipes da saúde prisional.

Cabe salientar a rotina desse atendimento, que exige a escolta realizada por policiais penais, ensejando a dificuldade de priorizar o deslocamento aos equipamentos de saúde extramuros quando envolve a necessidade de atendimento frequente ou continuado. Também implica a necessidade de se adequar aos processos de trabalho para uma gestão compartilhada do cuidado com a Administração Penitenciária. Outro aspecto que gera impacto na rotina de atendimento é a demanda advinda dos órgãos de justiça, de controle e fiscalização que atuam no sistema prisional, na medida em que as equipes são requisitadas para produzirem estudos e relatórios em resposta a tais demandas²².

No Sistema Penitenciário do DF, existem 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP) que são pontos de atenção para intervenção da atenção primária aos agravos decorrentes dos transtornos mentais leves e moderados, além de casos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, entre outros aspectos gerados pelo confinamento, ou ainda aos primeiros socorros de custodiados em sofrimento psíquico. Nos casos de transtornos mentais graves ou persistentes, deve-se referenciar para os serviços de saúde especializados que também compõem a RAPS, inclusive como estratégia de desinstitucionalização da pessoa em medida de segurança internada na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), atualmente, sob a gestão da Administração Penitenciária.

Nesse sentido, o componente da RAPS para as Estratégias de Desinstitucionalização deverá apresentar como objetivo a reintegração social de pessoas acometidas por sofrimento mental, egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e também aquelas em Alas de Custódia, como é o caso da ATP. De acordo com as diretrizes nacionais, essa estratégia é formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou residências terapêuticas, que são moradias destinadas a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, os quais apresentam limitações no autocuidado e autonomia nas atividades de vida diária e com necessidade de cuidados específicos em saúde mental, bem como não possuam moradia, suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social.

Conforme a legislação vigente, é vedado às referidas residências, o funcionamento com características asilares ou de unidades penais, para tanto, os hospitais e/ou alas psiquiátricas devem, gradativamente, serem substituídos por medidas terapêuticas de base comunitária, ou seja, inseridos no território, articulando-se com os demais dispositivos da rede de saúde, educação, assistência social, habitação, emprego e renda, cultura, etc., favorecendo o cuidado em liberdade.

Por outro lado, o cumprimento da política antimanicomial vem marcado de polêmicas entre os segmentos da sociedade que defendem um pensamento conservador desta pauta, ao se questionar o rompimento com o atual modelo de internação e/ou que visa a defesa moderada do debate na perspectiva de uma “liberdade vigiada” pelo viés da avaliação de periculosidade, especialmente, para aqueles com transtorno mental grave em conflito com a lei (inimputáveis e semi-imputáveis), em que o Código Penal, nos artigos 96 a 99, descreve as Medidas de Segurança em duas modalidades: 1) internação em hospital psiquiátrico ou estabelecimento equivalente; 2) tratamento ambulatorial¹.

Baseado em fatores estabelecidos pela literatura científica e no intuito de apoiar a orientação às equipes multiprofissionais sobre avaliação de riscos psicossociais envolvendo o perfil desses pacientes, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Nº 67/2021-CGMAD/DAPES/SAPS/MS, visando o encaminhamento à SRT ou realização de Perícia Técnica, já que parte dos casos, os conflitos envolvidos no histórico de vítimas entre os familiares, bem como o abandono, ruptura de vínculos e vulnerabilidades diversas limitam a disponibilidade dos familiares oferecerem suporte ao paciente²³. Assim, pressupõe-se que para a avaliação do grau do risco existente, a equipe de saúde mental poderá realizar busca ativa no território para melhor compreensão da situação dos membros familiares e assim sugerir locais de acolhimento condizentes ao seu risco latente, de modo a evitar, por exemplo, que outros pacientes mais vulneráveis sejam expostos a riscos de abuso ou violência.

Considerada a perspectiva da intersetorialidade, as pessoas em sofrimento mental que também sejam pessoas com deficiência, poderiam ser encaminhadas ao serviço de residência inclusiva, no âmbito da assistência social, mantendo os cuidados em saúde mental nos pontos da RAPS, conforme suas necessidades. Este também é um serviço com características residenciais, que deve estar na comunidade e envolvido nas dinâmicas do território. Todavia, é voltado exclusivamente para jovens e adultos com deficiência que possuem vínculos familiares rompidos ou fragilizados e sem condições de autossustentabilidade¹⁰. Portanto, por

suas características observa-se que a residência inclusiva seria destinada a uma parcela específica das pessoas que cumprem medidas de segurança.

Ademais, pessoas em processo de desinstitucionalização, as quais tenham demanda pelas diversas outras modalidades dos serviços de acolhimento do SUAS, poderiam acessá-los, observadas as condicionantes de saúde mental e a articulação intersetorial com os serviços complementares.

Nesse sentido, recupera-se que a Resolução CNAS N° 166/2024⁶ discrimina determinado perfil de usuário em razão da sua condição de saúde mental, o que não permite sequer a avaliação pelas equipes do SUAS para que seja analisado se os serviços atenderiam ou não as necessidades de cuidado e proteção social destes sujeitos. Portanto, pode-se compreender que essa vedação causa desassistência por parte desta política, ao impor obstáculos para o acesso à assistência social, por meio de mecanismos que limitam os indivíduos à sua condição de saúde, ao mesmo tempo dialoga, intrinsecamente, com uma concepção hospitalocêntrica.

Logo, se não é garantido o acesso igualitário, sem práticas vexatórias, aos serviços de acolhimento da assistência social por parte deste público, temos indicativos de que a Resolução CNAS N° 166/2024 apresenta vicissitudes perante os conceitos, princípios e diretrizes da assistência social, constantes na Constituição Federal, na Lei Orgânica e na Política Nacional de Assistência Social. Além de nitidamente ir na contramão da defesa de direitos, que é uma das funções da Política de Assistência Social (PNAS)²⁴ também se restringem as possibilidades de ampliar a garantia de proteção especial de alta complexidade para essa população referenciada no território.

Não obstante, os dispositivos da Resolução CNAS N° 166/2024 influenciam e são influenciados, sobretudo, pelos tensionamentos entre os interesses da política de saúde mental, da assistência social e das entidades sociais envolvendo a oferta direta ou indireta de serviços para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, dentre estas, existem aquelas com medida de segurança instaurada sem acolhimento institucional, o que denota desigualdades profundamente enraizadas na lógica de se pensar o acesso a tais serviços.

⁶No art. 4º da Resolução CNAS N° 166/2024 é estabelecido que não é competência do SUAS, dentre outras: [...] III. inserir em unidades de acolhimento socioassistenciais, usuárias(os) com sofrimento e/ou transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, em função da necessidade de assistência especializada em saúde de que derivaram as medidas judiciais; [...]”²⁰.

Assim, o atual discurso institucional é atravessado por violações de direitos praticadas pelo próprio Estado, como a manutenção do modelo que continua segregando essas pessoas em serviço hospitalar psiquiátrico por ausência de vagas nos demais serviços da rede de apoio no território, além de disputas políticas que mais promovem iniquidades pelo desconhecimento do arcabouço técnico e científico sobre a temática, do que de fato se propõe a construir normativas que visam a defesa dos interesses individuais e coletivos dessa população.

No âmbito do Poder Judiciário, os grupos de trabalho interinstitucionais instituídos para o alinhamento das estratégias e o monitoramento da implementação da desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança prevista na Resolução CNJ 487/2023, não foram suficientes até o momento para alcançar a completa desinternação das pessoas recolhidas em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou congêneres, assim como não necessariamente se considerou a repercussão dos aspectos contraditórios da transição e seus impactos para o novo modelo de atendimento territorializado:

a) O DF possui um dos piores indicadores no Brasil⁷ de cobertura do CAPS por 100 mil habitantes²⁵, componente do serviço ambulatorial da RAPS, e conta com apenas um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) para toda a população que necessita de suporte contínuo à saúde mental, após a desinternação.

b) A legislação vigente considera o tempo de internação de no mínimo 02 (dois) anos para o encaminhamento às SRT, o que pressupõe que essa é uma estratégia transitória e não haverá adesões futuras para esse serviço, desafiando o Grupo Condutor da RAPS⁸ para que se defina outras estratégias distritais de desinstitucionalização dos pacientes que não alcançaram esse requisito.

c) A vedação de inserção em serviços de acolhimento do SUAS limita as possibilidades, principalmente, de pessoas em sofrimento mental leve e/ou casos com maior estabilidade, assim como, aquelas que não atendem os critérios do SRT.

⁷ Conforme a 13ª Edição do Relatório Saúde Mental em Dados, divulgado pelo Ministério da Saúde, o indicador nacional de cobertura de CAPS é de 1,17, enquanto no DF esse índice é de 0,55, o segundo pior do país, ficando atrás apenas do Estado do Amazonas (0,49)²⁵.

⁸ Portaria GM/MS N° 4.876/2024, Art. 104: “Compete ao Grupo Condutor Estadual da RAPS, de que trata o art. 14, inciso II, alínea “d”, do Título I do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 2017, desenvolver estratégia estadual ou distrital voltada para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e contribuir para sua efetiva implementação. Parágrafo Único: O Grupo Condutor Estadual da RAPS deverá colaborar, quando necessário, com grupos ou comitês interinstitucionais do Poder Judiciário, com o intuito de apoiar o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”²¹.

d) Os casos identificados como transtorno mental grave durante as audiências de custódia, não mais podem ser encaminhados à ATP, o que evidenciou as lacunas institucionais para absorver essa demanda por meio de serviços substitutivos no território e as dificuldades por equipes matriciadas na expertise necessária ao manejo dos casos avaliados como de maior risco em interação com a família e/ou comunidade.

e) Observou-se situações de lapso processual envolvendo o encarceramento provisório desse perfil de paciente no sistema prisional comum para o cumprimento de medida de segurança, particularmente, no Centro de Detenção Provisória (CDP), até que seja garantido o cuidado em liberdade, conflitante com a própria Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Ressalta-se que em 2025, durante o mês em que se comemorou nacionalmente a luta antimanicomial, houve o encerramento do Grupo de Trabalho Interinstitucional para implementação da Política Antimanicomial no âmbito do Distrito Federal (GTIPA), presidido pelo TJDF, em que se registrou como avanço as iniciativas para a expansão de vagas de acolhimento e a criação de Serviço Residencial Terapêutico no DF. Ainda havia pontos preocupantes como a existência de 26 pessoas aptas a serem desinternadas da ATP aguardando apenas a indicação de um local, pelos órgãos do Poder Executivo com atribuição para viabilizar o respectivo acolhimento e a continuidade do tratamento em regime ambulatorial²⁶. Em novembro do mesmo ano, inaugurou-se o Comitê Distrital Interinstitucional para Monitoramento da Política Antimanicomial (CDIMPA), igualmente presidido pelo TJDF, e que durante a sua gestão, pacientes desinternados da ATP com medidas de segurança extintas foram acolhidos, por determinação judicial, na Casa de Passagem, considerado um serviço transitório de cuidado em saúde mental do DF, entre outros dispositivos da rede.

O encarceramento puro e simples de uma pessoa com transtorno mental grave, sem o suporte necessário, agravado pela ausência de Equipe EAP Desinst no DF para o acompanhamento e avaliação desses casos, poderá vir a causar consequências desastrosas na piora da sua condição, pois as evidências que baseiam sua detenção provisória por meio de perícias forenses, não refletem um cuidado adequado à saúde mental desses pacientes e ainda geram dúvida sobre como se dará o manejo dessas pessoas no ambiente prisional comum ou ainda como realizar sua transferência do cuidado de forma responsável e comprometida com os princípios do SUS, de tal modo que não se perpetue a condição de aprisionamento desses indivíduos como forma de punição.

Considerando a complexidade do tema, não há imagem mais simbólica que a de uma paciente da ATP que costurou a própria boca²⁷. A metáfora é alusiva às seguintes inquietações: De que forma serão ouvidas as vozes aprisionadas no contexto da dualidade “proteger/punir” do nosso próprio sistema societário? Como reconhecer nos diversos territórios a urgência em promover o cuidado em liberdade não apenas pela gestão de risco? E como se dará a intersectorialidade para as pessoas privadas de liberdade na lógica de uma linha de cuidado em saúde mental? Será possível superar as diversas barreiras de acesso aos serviços a quem deles necessitam? Essas são algumas reflexões para uma abordagem psicossocial crítica.

Diante da dicotomia do cuidado intra e extramuro, bem como de significativas divergências ético-políticas envolvidas nas relações institucionais entre os campos da saúde, assistência social, segurança pública e penal, e a partir dos marcos normativos elencados, considera-se premente a reflexão sob o atual cenário do encarceramento brasileiro para uma visão crítica sobre o cuidado em liberdade, a seguir:

- a) Prática punitivista x ressocialização;
- b) Predomínio de uma visão jurídico-legalista em contraponto ao cuidado integral do “louco-infrator”;
- c) Medidas de pró-encarceramento em massa (superlotação prisional), recentemente confrontadas a partir do Estado de Coisas Inconstitucional (ECI), reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 347²⁸;
- d) Carência de pesquisas epidemiológicas (perfil) e interseccionalidades (gênero, raça, ciclo de vida) sobre a população privada de liberdade desinstitucionalizada;
- e) Invisibilidade histórica nas políticas sociais das pessoas privadas de liberdade, incluindo aquelas em cumprimento de medida de segurança;
- f) Fragilidade no cuidado especializado à saúde mental durante a privação de liberdade, pois não há referência de CAPS e com a cobertura suficiente para a população carcerária;
- g) Perigos da prática excessivamente medicamentosa (contenção química) na rotina de cuidado das pessoas encarceradas, em detrimento de atividades terapêuticas e/ou práticas integrativas em saúde²⁹;
- h) Resistência para o acolhimento das pessoas desinstitucionalizadas com transtorno mental, gerando barreira de acesso, em consonância à Resolução CNAS Nº 166/2024, que dispõe sobre os parâmetros do SUAS no atendimento a esse público;

i) Déficit de recursos humanos das políticas públicas envolvidas para atender a demanda da saúde mental e da desinstitucionalização segura e responsável dos egressos do sistema prisional;

j) Desafios e limites para a participação social no contexto do sistema prisional e dos próprios mecanismos de desinstitucionalização disponíveis no território.

1.3 Possibilidades intersetoriais e responsabilidades compartilhadas para o cuidado em saúde mental

Como possibilidades para este contexto desafiador, tem-se debatido as recomendações do CNJ sobre a necessidade de arranjos intersetoriais por meio de cooperação interinstitucional para um novo modelo de atendimento compartilhado voltado à desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, considerando as especificidades do DF:

a) Órgão Gestor da Política de Saúde e Órgão Gestor das Unidades Penais: Atualmente, oferta-se atendimento em saúde possibilitada pela PNAISP e que tem sido viável no sistema prisional do DF por meio de portarias conjuntas (pactuações intersetoriais). Busca-se ainda articulação com os serviços de referência aos egressos do sistema prisional, como o Escritório Social e outras equipes previstas no SUS e SUAS.

b) Órgão Gestor da Assistência Social e Órgão Gestor das Unidades Penais: Garantir maior articulação entre o SUAS e a Política Penal para ampliar o acesso aos serviços e benefícios às pessoas privadas de liberdade, além de pactuação de fluxos com referência e contra-referência aos egressos do sistema prisional ou de carceragem policial, nos casos de vínculos familiares fragilizados ou rompidos, na perspectiva da reinserção social e o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, das políticas de transferência de renda, de segurança alimentar, etc.

c) Órgão Gestor da Saúde e Órgão Gestor da Assistência Social: Propor serviços intersetoriais para as pessoas com transtorno mental grave na modalidade de residência terapêutica, residência inclusiva e/ou serviço de acolhimento institucional, sendo necessário definir as responsabilidades compartilhadas e o financiamento conjunto, além da elaboração de PTS das pessoas desinstitucionalizadas, a ser amplamente discutido com a equipe de saúde, assistência social, segurança, judiciário, educação, entre outros dispositivos, considerando as implicações para o manejo e prevenção das crises.

Além destas possibilidades, o CNJ firmou, em 2025, um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o Conselho Federal de Psicologia (CRP) para desenvolver e qualificar ações voltadas à saúde mental no sistema penal alinhadas ao fortalecimento da política antimanicomial, com vigência de um ano, podendo ser prorrogado por até cinco anos³⁰. Espera-se que movimento semelhante seja amplamente difundido aos demais conselhos e entidades de classe comprometidos com a reforma psiquiátrica, contribuindo para a pluralidade de saberes e ampliando as possibilidades de contribuições pela dimensão ética-profissional.

Outras experiências intersetoriais com abrangência nacional, passam pelo “Plano Pena Justa” (ADPF 347), que reúne um conjunto de ações para o enfrentamento das violações de direitos em estabelecimentos prisionais, tendo como uma das suas metas ampliar fluxos entre justiça criminal e saúde mental, para a efetivação da Política Antimanicomial em consonância às diretrizes da PNAISP²⁸. Tal iniciativa também provoca um diálogo permanente entre as diversas áreas integradas com o sistema prisional, permitindo, inclusive, o lançamento do “Painel Saúde Mental e Medidas de Segurança”.

O referido painel apresenta um mapeamento dos equipamentos da RAPS e das Unidades Penais, por ente federado, contendo dados da rede de saúde e da política penal, favorecendo, assim, maior transparência e qualificação das informações voltadas às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Após o seu lançamento em 2025, o DF apresentava o total de 87 pessoas em cumprimento de medida de segurança, sendo cinco recolhidas no CDP e as demais no estabelecimento da Penitenciária Feminina do DF, onde funciona a ATP, em que somente cinco eram do gênero feminino. A informação mais recente do Painel, registra 67 pessoas em medida de segurança de internação no DF, sendo 4 mulheres³¹.

Percebe-se que a partir desta ferramenta será possível, por exemplo, monitorar a institucionalização e a desinstitucionalização dessas pessoas, ao tempo que uma possível desassistência a esse público também será objeto de análise para que se possa repensar o modelo proposto. Esta inovação aprimora a governança e possibilita ainda reafirmar o compromisso voltado às responsabilidades intersetoriais entre a saúde e a política penal, com potencial de agregar outras políticas públicas, lançando um olhar de proteção e cuidado para além dos muros.

2 Considerações Finais

Considera-se que o campo da saúde no sistema prisional representa uma significativa intersecção entre a política prisional e outras políticas públicas³², o que, a despeito das melhorias ainda necessárias, poderá servir de inspiração para os avanços nas demais assistências legalmente previstas na LEP como, por exemplo, a Política de Assistência Social, que ainda carece de maior articulação interinstitucional e de diretrizes organizativas em âmbito nacional para atuar diretamente no sistema prisional, assumindo a prerrogativa da política de proteção social às pessoas custodiadas pelo Estado em unidades penais.

Para além dos aspectos normativos, faz-se necessário atualizar o debate em relação às atribuições e competências sobre o cuidado psicossocial no espaço da Saúde Prisional e da Assistência Social, em interlocução com os dispositivos da saúde mental no território e da rede socioassistencial, de modo a contribuir para o fortalecimento da prática profissional em prol da garantia dos direitos sociais e da participação social dos(as) sujeitos(as), ou seja, comprometida com os princípios ético-políticos na relação com o usuário e suas implicações subjetivas³³.

Neste sentido, é preciso aprofundar o aspecto transversal do cuidado compartilhado também a partir da perspectiva da participação social, que, de forma geral, figura como diretriz das políticas sociais brasileiras. Notadamente, a saúde e assistência social vêm sendo mais demandadas, mesmo com as limitações aqui exploradas, nos processos de desinstitucionalização, assim, é oportuno levar este debate aos espaços conferenciais, bem como às demais instâncias de controle social.

É salutar recuperar que, em 2025, ocorreu o ciclo ordinário municipal, estadual, distrital e nacional de Conferências de Assistência Social, ademais, a Resolução CNAS/MDS N°188, de 2 de abril de 2025 abriu possibilidade para as Conferências Livres, que são autogestionadas e debatem temas específicos a fim de encaminhar proposições à Conferência Nacional³⁴. Entende-se este momento seria propício para questionar-se: qual é o papel da assistência social na proteção às pessoas em processo de desinstitucionalização no contexto de extrema vulnerabilidade social? Os serviços e normas existentes são suficientes para alcançar os direitos à assistência social das pessoas privadas de liberdade e/ou desinternadas dos hospitais e alas de custódia? Os normativos atuam na defesa e garantia de direitos ou agem como barreiras de acesso? Quais fluxos entre saúde, assistência social e demais políticas devem existir para de fato assegurar uma desinstitucionalização segura?

Cabe, então, recuperar as bases da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, considerando a noção de que o cuidado em saúde mental, em liberdade e na comunidade, deve considerar as

determinações sociais, portanto, também as desigualdades e suas relações com o sofrimento mental. Ademais, as articulações intersetoriais devem ter por horizonte a responsabilidade compartilhada, pois, os sujeitos que demandam as políticas sociais expressam necessidades complexas que nem sempre poderão ser delimitadas pelos limites de organização de cada política. Obviamente, aqui não nos propomos a ignorar a precarização que vem marcando as políticas sociais no Brasil, entretanto, trata-se de propor um olhar para as possibilidades que também estarão presentes nos territórios, buscando assegurar o acesso aos direitos e lutando por sua ampliação.

Logo, é preciso superar a concepção das pessoas em processo de desinstitucionalização como sendo um público exclusivo da saúde mental. Independentemente de seu diagnóstico ou da gravidade dele, isto não fará com que uma única política sane as necessidades de proteção social destas pessoas. Muito embora esta última figure como objetivo da assistência social, é fundamental considerar que ela só é assegurada por ações que articulem o acesso ao conjunto dos direitos sociais.

Portanto, ao considerar que os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental em contraponto ao cuidado institucionalizado vigente não se esgotam nesta discussão, cabe parabenizar as instituições e entidades responsáveis pela iniciativa em fomentar esse tema, bem como, agradecer pelos esforços na aproximação do diálogo técnico-científico entre a Academia e as políticas públicas envolvidas com a garantia dos direitos, especialmente, das pessoas em processo de desinstitucionalização, historicamente negligenciadas, no acesso ao cuidado em liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1940 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html.
2. Lermen HS, et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*. 2015;25(3):905-24.
3. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. 1984 jul 13.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html.
5. Brasil. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5505_14_10_2024.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001. Institui incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0175_07_02_2001.html.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2001 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
9. Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios. MPDFT obtém implementação de primeira residência terapêutica do DF [Internet]. Brasília: MPDFT; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2024/15772-mpdft-obtem-implementacao-de-primeira-residencia-terapeutica-do-df>.
10. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais [Internet]. Brasília: CNAS; 2009 [cited 2025 May 3]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. *Diário Oficial da União*. 2014 jan 3.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html.
13. Silva E. Ativação das residências terapêuticas é marco para serviços de saúde mental no DF [Internet]. Brasília: Agência Saúde-DF; 2024 Jun 10 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/ativacao-das-residencias-terapeuticas-e-marco-para-servicos-de-saude-mental-no-df>.

14. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília: MS/MJ; 2003 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1777_09_09_2003.html.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2298_09_09_2020.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 18 de julho de 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_18_07_2023.html.
18. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui diretrizes para a Política Antimanicomial do Poder Judiciário [Internet]. Brasília: CNJ; 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4417>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.070, de 6 de dezembro de 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt2070_06_12_2024.html.
20. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre parâmetros nacionais para atuação da política pública de assistência social no SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental em processo de desinstitucionalização [Internet]. Brasília: CNAS; 2024 [cited 2025 May 6]. Available from: https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_dada55ee3a044eac89ba119e03c68657.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.876, de 27 de dezembro de 2024. Institui o Serviço de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define critérios para sua organização e funcionamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_27_12_2024.html.
22. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Manual para atuação do Serviço Social na Atenção Primária Prisional do Distrito Federal. Brasília (DF); 2025 Apr.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 67/2021-CGMAD/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saude-mental/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-67-2021-cgmad-dapes-saps-ms.pdf>.
24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS [Internet]. Brasília: MDS; 2004. Reimpr. 2009 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados. Ano 19, n. 13 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025>.
26. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Relatório de atividades do Grupo de Trabalho Interinstitucional para Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário – GTIPA [Internet]. Brasília: TJDF; 2025 [cited 2025 May 20]. Available from:

https://www.tjdft.jus.br/informacoes/gmf-df/tornozeleiras-eletronicas/relatorio_de_atividades_do_gt_antimanico_mial_primeira_fase_versao_final_28-02-24.pdf.

27. Xavier A, Zanello V. Mulheres, ato criminoso e cárcere: uma leitura das vivências e sentidos sócio-subjetivos gendrados e suas interseccionalidades. In press.
28. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347. Estado de coisas inconstitucional do sistema penitenciário brasileiro [Internet]. Brasília: STF; 2015 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4783560>.
29. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Boletim informativo saúde prisional nº 16: uso de psicotrópicos e atendimento em saúde mental das pessoas privadas de liberdade no Distrito Federal (2021–2023). Brasília: SES-DF; 2024.
30. Conselho Federal de Psicologia. Acordo entre CFP e CNJ busca aprimorar políticas de saúde mental no sistema penal [Internet]. Brasília: CFP; 2025 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://site.cfp.org.br/acordo-entre-cfp-e-cnj-busca-aprimorar-politicas-de-saude-mental-no-sistema-penal/>.
31. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Centro de Informação Estratégica para a Gestão Estadual do SUS (CIEGES). Painel interativo [Internet]. Brasília: CONASS; s.d. [cited 2025 May 20]. Available from: <https://cieges.conass.org.br/paineis/3e692c71-be0f-42c5-b2e6-c1c2dff434a5>.
32. Freitas RS, et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: análise do processo de formulação e implantação. Rev Pol Públ. 2016;20(1):171-84.
33. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília (DF): CFESS; 2010.
34. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução CNAS/MDS nº 188, de 2 de abril de 2025. Dispõe sobre diretrizes e parâmetros para a política de assistência social no âmbito do SUAS. Diário Oficial da União. 2025 abr 3.

A RESOLUÇÃO 487/2023: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, SAÚDE MENTAL E PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

*CNJ Resolution 487/2023: Deinstitutionalization, Mental Health, and the
Promotion of Human Rights”*

*Resolución CNJ 487/2023: Desinstitucionalización, Salud Mental y
Promoción de los Derechos Humanos*

Entrevista: Carolina Barreto Lemos¹

Entrevistadoras:

Maria da Glória Lima²

Andréia de Oliveira³

Miriam de Souza Leão Albuquerque⁴

Resumo: A reforma psiquiátrica brasileira, impulsionada pela Lei 10.216/2001, promoveu uma mudança significativa ao substituir o modelo asilar hospitalocêntrico pelo cuidado em liberdade e reinserção psicossocial. Essa

¹ Perita do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Pesquisadora formada em direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em filosofia pela Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (2010) e doutora em direito Faculdade de Direito da Universidade de Brasília. Fez seu estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UnB e no Instituto de Estudos Comparados de Administração Institucional de Conflitos (INCT-InEAC). Pesquisadora vinculada ao INCT-InEAC, membro do Laboratório de Pesquisa Cidadania, Administração de Conflitos e Justiça (CAJU/DAN/UnB) e vice-coordenadora do Laboratório de Estudos Etnográficos e Antropologia do Direito (LAET/UNIFAP)

² Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-6450-9154>
E-mail: limamg@unb.br

³ Assistente Social, Mestre em Saúde Pública (UFSC), Doutora em Serviço Social (PUC/SP), Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X> E-mail: andreaoliveirasus@gmail.com ou andreiiao@unb.br

⁴ Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). Doutorado e Pós-Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSaúde/UnB). <https://orcid.org/0000-0001-5925-7300>. E-mail: miriamsla@unb.br ou sla.miriam@gmail.com

transformação com foco na produção da subjetividade, da autonomia e da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, com o acompanhamento em ambientes abertos e fortalecimento de redes de apoio comunitário e territoriais, tensiona com o paradigma centrado na internação em hospitais psiquiátricos, ainda hegemônicos. Uma questão importante que permeia esse processo é como essa legislação incide na abordagem das pessoas em conflito com a justiça, o que inclui o público, tanto de adultos, quanto o infantojuvenil, levantando questões sobre como o cuidado em liberdade e a reinserção psicossocial são aplicados nesses contextos. A Resolução CNJ 487/2023 surge em um contexto de avanço dos direitos humanos no sistema de justiça brasileiro, alinhando-se ao movimento de reforma psiquiátrica e à necessidade de garantir tratamento digno e humanizado às pessoas em conflito com a lei e em sofrimento psíquico. O tema é particularmente relevante para profissionais da justiça, saúde e assistência social, pois exige uma atuação integrada e sensível às demandas dessa população. Para esta edição especial com destaque para a temática sobre o processo de implementação da desinstitucionalização das pessoas em conflito com a lei com sofrimento psíquico, um tema interessante e necessário para profissionais da justiça, saúde e assistência social, pois exige uma articulação e integração intersectorial e sensível às demandas dessa população. Para discorrer sobre esse tema entrevistamos Carolina Barreto Lemos, perita do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Doutora em direito pela Universidade de Brasília. Pesquisadora vinculada ao Instituto de Estudos Comparados de Administração Institucional de Conflitos (INCT-InEAC) e vice-coordenadora do Laboratório de Estudos Etnográficos e Antropologia do Direito (LAET/UNIFAP).

Abstract: The Brazilian psychiatric reform, driven by Law No. 10.216/2001, promoted a significant shift by replacing the asylum-based, hospital-centered model with care in freedom and psychosocial reintegration. This transformation, focused on the production of subjectivity, autonomy, and citizenship of individuals experiencing psychological distress, emphasizes care in open settings and the strengthening of community- and territory-based support networks, thereby challenging the still-hegemonic paradigm centered on psychiatric hospitalization. An important issue underlying this process concerns how this legislation impacts the approach to individuals in conflict with the justice system, including both adults and children and adolescents, raising questions about how care in freedom and psychosocial reintegration are applied in these contexts. CNJ Resolution No. 487/2023 emerges within a context of advancing human rights in the Brazilian justice system, aligning with the psychiatric reform movement and the need to ensure dignified and humane treatment for individuals in conflict with the law who are experiencing psychological distress. This topic is particularly relevant for professionals in the fields of justice, health, and social assistance, as it requires integrated and sensitive approaches to the needs of this population. For this special issue, which highlights the implementation process of deinstitutionalization for individuals in conflict with the law and experiencing psychological distress, the theme proves both timely and necessary, as it demands intersectoral coordination and integration. To discuss this topic, we interviewed Carolina Barreto Lemos, an expert at the National Mechanism for the Prevention and Combat of Torture. She holds a PhD in Law from the University of Brasilia and is a researcher affiliated with the National Institute for the Study of Comparative Institutional Conflict Administration (INCT-InEAC), as well as deputy coordinator of the Laboratory for Ethnographic Studies and Anthropology of Law (LAET/UNIFAP).

Resumen: La reforma psiquiátrica brasileña, impulsada por la Ley 10.216/2001, promovió un cambio significativo al sustituir el modelo asilar hospitalo céntrico por el cuidado en libertad y la reinserción psicosocial. Esta transformación, centrada en la producción de la subjetividad, la autonomía y la ciudadanía de la persona con sufrimiento psíquico, con el acompañamiento en entornos abiertos y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias y territoriales, entra en tensión con el paradigma aún hegemónico centrado en la internación en hospitales psiquiátricos.

Una cuestión importante que atraviesa este proceso es cómo esta legislación incide en el abordaje de las personas en conflicto con la justicia, lo que incluye tanto a la población adulta como a niños, niñas y adolescentes, planteando interrogantes sobre cómo el cuidado en libertad y la reinserción psicosocial se aplican en estos contextos. La Resolución CNJ 487/2023 surge en un contexto de avance de los derechos humanos en el sistema de justicia brasileño, alineándose con el movimiento de reforma psiquiátrica y con la necesidad de garantizar un tratamiento digno y humanizado a las personas en conflicto con la ley y en situación de sufrimiento psíquico. El tema es particularmente relevante para profesionales de la justicia, la salud y la asistencia social, ya que exige una actuación integrada y sensible a las demandas de esta población. Para esta edición especial, que destaca el proceso de implementación de la desinstitucionalización de las personas en conflicto con la ley y con sufrimiento psíquico, se trata de un tema pertinente y necesario, pues requiere articulación e integración intersectorial, así como sensibilidad frente a las necesidades de esta población. Para abordar este tema, entrevistamos a Carolina Barreto Lemos, perita del Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura. Doctora en Derecho por la Universidad de Brasilia, investigadora vinculada al Instituto de Estudios Comparados de Administración Institucional de Conflictos (INCT-InEAC) y vicecoordinadora del Laboratorio de Estudios Etnográficos y Antropología del Derecho (LAET/UNIFAP).

1. Quais foram, a seu ver, os fatores que motivaram a elaboração e aprovação da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça? Poderia comentar também sobre os principais desafios enfrentados ao longo desse processo, destacando aspectos políticos, jurídicos ou sociais que tenham influenciado a construção da norma?

Carolina Barreto Lemos: A elaboração e aprovação da Resolução nº 487/2023/CNJ representa a adequação da resposta penal dada a pessoas em conflito com a lei que vivenciam sofrimento psíquico aos princípios e marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi também uma resposta à condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Damião Ximenes Lopes. Apesar de ter vindo com 22 anos de atraso em relação à Lei 10.216/2001, temos visto diversos desafios na implementação da política antimanicomial do Poder Judiciário, com dificuldades para garantir o fechamento completo dos manicômios e a desinstitucionalização das pessoas internadas. A resolução também tem sido contestada

por setores sociais conservadores e manicomialistas. Há, atualmente, uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental em tramitação no STF contestando a resolução, além de projetos de lei no Congresso Nacional que visam barrar a política antimanicomial do judiciário.

2. Na sua opinião, de que forma a Resolução 487/2023 se encontra alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e contribui para a proteção dos direitos das pessoas em conflito com a lei e que vivenciam sofrimento psíquico?

Carolina Barreto Lemos: A Resolução dá efetividade à previsão da Lei 10.216/2001 que veda a internação de pessoas em sofrimento psíquico em instituições asilares manicomialistas, compreendidos como aqueles que não garantem plenamente seus direitos, tais como a vedação de tratamentos desumanos e degradantes. Com isso, determina-se que as pessoas em conflito com a lei que vivenciam sofrimento psíquico devem ser encaminhadas à Rede de Atenção Psicossocial do SUS com base em sua demanda assistencial, distanciando-se de uma lógica punitivista e garantindo seu direito ao cuidado em liberdade.

3. Quais os avanços que você destaca nesta Resolução, no que diz respeito à promoção do cuidado em liberdade e à garantia do acesso à saúde e dignidade para essa população?

Carolina Barreto Lemos: A Resolução avança na compreensão de que a resposta a pessoas em conflito com a lei que vivenciam sofrimento psíquico deve se basear em sua demanda de cuidado em saúde. Com isso, distancia-se de avaliações fundamentadas no mito da “periculosidade” associada ao estereótipo do “louco infrator”. Além disso, ela determina que o cuidado em saúde mental para pessoas em conflito com a lei deve ser garantido na rede do SUS e que o tratamento em liberdade deve ser priorizado em detrimento da internação. Outro ponto interessante da Resolução, que ainda carece de implementação efetiva, é a previsão de sua aplicação a pessoas em cumprimento de pena de prisão que apresentarem uma demanda de cuidado em saúde mental, determinando seu encaminhamento para os serviços da RAPS.

4. Para você, quais são os principais obstáculos mais recorrentes que você percebe na implementação da Resolução 487/2023 nos diferentes estados e municípios do Brasil? Poderia trazer em destaque, esse processo no Distrito Federal?

Carolina Barreto Lemos: Ainda há alas e hospitais de tratamento psiquiátrico em funcionamento no país e, em lugares onde foram fechados, temos identificado casos de pessoas em conflito com a lei vivenciando sofrimento psíquico que foram encaminhadas para o sistema prisional ou para outros espaços asilares manicomial. Dessa forma, observa-se que o protocolo e fluxo de atendimento no momento das audiências de custódia ainda precisa ser aprimorado, de modo a garantir seu cuidado na rede socioassistencial e impedir que sejam encaminhadas para unidades prisionais ou instituições asilares.

No Distrito Federal, o maior desafio tem sido a garantia de uma desinstitucionalização responsável, o que demanda o fortalecimento da rede socioassistencial. Atualmente, o DF possui a segunda pior cobertura de CAPS do país, além de os serviços estarem sucateados e com falta de profissionais. Além disso, há apenas dois Serviços Residenciais Terapêuticos na Capital, equipamentos adequados para receber pessoas egressas de internações psiquiátricas longas que perderam os vínculos familiares. Enquanto há déficit de leitos de saúde mental em hospitais gerais, o DF mantém o funcionamento ilegal de um manicômio público, o Hospital São Vicente de Paulo, além do financiamento de vagas em clínicas privadas. Esse cenário tende a favorecer a transinstitucionalização de pessoas egressas da Ala de Tratamento Psiquiátrico, seja no sistema prisional seja em hospitais, clínicas psiquiátricas ou Comunidades Terapêuticas.

5. Como você avalia a importância da articulação intersetorial entre o sistema de justiça, Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema de Assistência Social (SUAS) e sociedade civil para efetivar as diretrizes da Resolução?

Carolina Barreto Lemos: Essa articulação é fundamental para efetivar a ampliação da rede para garantir assistência psicossocial às pessoas egressas dos manicômios judiciários e seu acompanhamento pela rede do SUS e SUAS, evitando que passem por novas institucionalizações ou que vivenciem novas situações de exclusão social. Além disso, é necessário que os serviços estejam alinhados para implementar fluxos eficazes de encaminhamento de pessoas em conflito com lei com demandas de cuidado em saúde mental para os serviços adequados da rede socioassistencial, tanto no momento da audiência de custódia quanto no curso do cumprimento da pena.

6. De que forma o Mecanismo de Combate à Tortura tem contribuído para a proteção dessas pessoas e para a promoção de alternativas ao encarceramento?

Carolina Barreto Lemos: Por meio de inspeções em unidades prisionais e de manicômios judiciários, o MNPCT tem conseguido identificar falhas na implementação da Resolução e pressionar as autoridades para que sejam sanadas. Dentre os problemas constatados, destacamos a manutenção do funcionamento das alas e hospitais de tratamento psiquiátrico em alguns estados e, naqueles onde foram fechados, o encaminhamento e a permanência de pessoas em conflito com lei com demandas de cuidado em saúde mental no sistema prisional. Uma vez constatadas violações à Resolução 487/2023, o órgão elabora um relatório com recomendações às autoridades para garantir as adequações necessárias.

7. Quais estratégias você considera essenciais para fortalecimento da rede de atenção psicossocial e para a efetivação do cuidado em liberdade às pessoas em conflito com a lei?

Carolina Barreto Lemos: A rede necessita de maior investimento do poder público, especialmente na ampliação da cobertura e estruturação dos CAPS, na implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos e de Unidades de Acolhimento em todas as unidades federativas e na abertura de mais leitos de saúde mental em hospitais gerais. Ao mesmo tempo, é preciso interromper o financiamento público de instituições asilares, sejam elas públicas ou privadas, tais como as clínicas especializadas e as Comunidades Terapêuticas. O fechamento dos espaços asilares é uma medida fundamental para impulsionar a expansão da Rede e o fortalecimento dos serviços públicos de cuidado em liberdade.

8. Você conhece experiências ou boas práticas já consolidadas que poderiam servir de referência para aprimorar a implementação da Resolução 487/2022?

Carolina Barreto Lemos: Em Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), criado pelo TJMG em 2000, foi uma iniciativa pioneira de atendimento interdisciplinar a pessoas em conflito com a lei que vivenciam sofrimento psíquico, com vistas a promover a substituição de medidas de segurança segregadoras pelo cuidado em liberdade na RAPS. Em Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi instituído em 2006, responsável pela execução das medidas

de segurança no estado. O Programa propõe a mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, para que deixasse de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, mediante a participação dos serviços da rede do SUS.

9. Você tem conhecimento se é feito um monitoramento, com produção de dados sistemáticos da desinstitucionalização das pessoas em conflito com a lei? Você avalia que é importante a criação de sistemas integrados de informação para análise de indicadores e de resultados de forma transparente sobre as ações de desinstitucionalização para orientar políticas públicas?

Carolina Barreto Lemos: O último Diagnóstico Nacional divulgado pelo CNJ foi em fevereiro de 2026, com dados sobre a política nos estados, diferenciando entre aqueles com estágio avançado, intermediário ou crítico de implementação da Resolução⁵. Esse trabalho contínuo e sistemático é primordial para permitir aos órgãos de controle e à sociedade civil o acompanhamento da política antimanicomial e a identificação dos principais gargalos que dificultam os avanços. Com isso, é possível planejar de maneira mais assertiva as políticas públicas no que tange à interdição dos manicômios e desinstitucionalização das pessoas internadas.

10. Na sua opinião, como o judiciário pode atuar para sensibilizar outros atores institucionais e promover a cultura dos direitos humanos na área da saúde mental?

Carolina Barreto Lemos: Ainda é preciso um amplo trabalho de sensibilização dos próprios operadores do sistema judiciário em relação aos princípios da política antimanicomial, tanto daqueles que trabalham na porta de entrada do sistema prisional no momento das audiências de custódia quanto daqueles que acompanham o cumprimento da pena. Apesar de ser uma política do poder judiciário, temos visto que, em alguns estados, é ele também que tem criado empecilhos à implementação da Resolução. Em Santa Catarina e Rio de Janeiro, por exemplo, o processo de interdição dos manicômios foi suspenso por decisão do poder judiciário estadual. Há também uma cultura de internações compulsórias de pessoas que vivenciam sofrimento psíquico no judiciário, ao invés da priorização dos serviços substitutivos de cuidado em liberdade, o que é um contrassenso em relação à política do CNJ. Além disso, ainda é preciso sensibilizar e orientar os trabalhadores do sistema de segurança pública em relação aos

⁵ <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2026/03/apresentacao-monitoramento-fev-2026.pdf>.

direitos das pessoas que vivenciam sofrimento psíquico e estabelecer protocolos de atendimento e fluxos de encaminhamento delas para a rede do SUS. Por fim, há muito estigma envolvendo as pessoas egressas dos manicômios judiciários, de modo que é fundamental promover a sensibilização dos profissionais dos serviços socioassistenciais para promover seu atendimento humanizado e assistência integral.