



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO
FEDERAL NO PERÍODO DE 2018 A 2022: ESTUDO SOBRE OS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Ana Luisa Santos de Sousa

Brasília- DF

Fevereiro de 2024

Ana Luisa Santos de Sousa

ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL
NO PERÍODO DE 2018 A 2022: ESTUDO SOBRE OS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liliane Fernandes.

Brasília- DF

Fevereiro de 2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos de Sousa, Ana Luisa
Sa ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL
NO PERÍODO DE 2018 A 2022: ESTUDO SOBRE OS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL / Ana Luisa Santos de Sousa; orientador
Liliane Fernandes. -- Brasília, 2024.
70 p.

Monografia (Graduação - Serviço Social) -- Universidade
de Brasília, 2024.

1. Política de Saúde Mental. 2. CAPS. 3. Reforma
Psiquiátrica. 4. Serviço Social. I. Fernandes, Liliane,
orient. II. Título.

ANA LUISA SANTOS DE SOUSA

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO
FEDERAL NO PERÍODO DE 2018 A 2022: ESTUDO SOBRE OS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liliane Fernandes.

DEFENDIDO E APROVADO EM 01 DE FEVEREIRO DE 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Liliane Fernandes

(SER/UnB Orientadora)

Prof. Me. Erci Ribeiro

(SER/UnB - Membro interno)

Prof. Me. Gabriela Fernandes Chaves Lira

(SES/DF - Membro externo)

Dedico este trabalho a minha mãe, uma mulher
de coragem!

AGRADECIMENTOS

A vivência dentro de uma Universidade Federal se mostrou desafiadora e extraordinária. Quero expressar minha gratidão a todos que de alguma forma impactaram na minha formação acadêmica, que me incentivaram e me apoiaram ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Prof. Dr^a. Liliane Fernandes, pela compreensão e instrução nesse processo de escrita.

Expresso minha gratidão à política de cotas, à política de permanência da UnB, pois me possibilitaram ocupar e permanecer em um espaço que tanto sonhei ocupar. Ao grupo de estudo e pesquisa sobre Gênero, Política Social e Serviço Social (GENPOSS) e ao Programa de Educação Tutorial (PET). Quero agradecer por todos os ensinamentos e aprendizagem, o que foi fundamental para o meu desenvolvimento enquanto estudante e profissional.

À minha família que me apoiou nesse processo, por terem acreditado em mim, por sonharem junto comigo. Sem vocês nada disso seria possível. Minha eterna gratidão a minha mãe que me possibilitou por muito tempo só estudar, por ter confiado, me apoiado e me incentivado. Às minhas irmãs, por todo afeto e acolhimento tornando tudo mais leve.

Agradeço às minhas amigas e companheiras de profissão, Rebeca Sulamita, Lígia Souza, Amanda Valério, Ana Marise, Lorrana Rezende, Glenda Kathleen e Karollyne. Vocês foram um dos melhores presentes que a UnB me deu, obrigada por compartilharem dessa jornada comigo.

Quero agradecer também as amigadas que cultivei ao longo da minha vida, Amanda Silva, Ana Carolina, Ioana, Raiza e Stephanie, aos meus amigos Marcos Vinícius, Edvan Araújo, Leonardo Costa, obrigada por terem vibrado comigo, pela amizade e afeto.

Por fim, agradeço a Universidade de Brasília por ter transformado a minha vida!

SOUSA, A. L. S. **Análise da Política de Saúde Mental no Distrito Federal no período de 2018 a 2022: estudo sobre os Centros de Atenção Psicossocial.** Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Serviço Social – Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Análise da Política de Saúde Mental no Distrito Federal no período de 2018 a 2022: estudo sobre os Centros de Atenção Psicossocial” tem como objetivo analisar a execução da política de saúde mental no DF. A motivação para a realização desta pesquisa, assim como o seu título surgiram durante o período de estágio, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial III modelo, localizado em Samambaia Sul, no Distrito Federal. No estágio, foi possível observar de perto a realidade dos CAPS e dos profissionais que nele atuam, como são tratados pela rede, a falta de recursos e a negligência com a qual o governo distrital trata essa política. Desse modo, a situação dos Centros de Atenção Psicossocial foi objeto de estudo, a partir da análise da política de saúde mental do DF no período de 2018 a 2022. Foi utilizado como metodologia o levantamento bibliográfico e a pesquisa documental, para dar subsídio para uma discussão crítica a respeito da situação dos CAPS no DF, considerando os aspectos históricos, políticos e legislativos. Diante disso, os resultados obtidos a partir desta pesquisa apontam para uma baixa cobertura da rede atenção psicossocial: há uma necessidade de priorizar novas implantações dos CAPS que estão abaixo do que a população do DF precisa. Dessa forma, este trabalho pretende aproximar o Serviço Social da importância do debate sobre os Centros de atenção Psicossocial para o campo da saúde mental.

Palavras-Chave: Política de Saúde Mental; CAPS; Reforma Psiquiátrica; Serviço Social

ABSTRACT

This Final paper entitled “Analysis of Mental Health Policy in the Federal District from 2018 to 2022: study on Psychosocial Care Centers”, aims to analyze the implementation of mental health policy in the DF. The motivation for carrying out this research, as well as its title, emerged during the internship period, carried out in the model Psychosocial Care Center III, located in Samambaia Sul, Distrito Federal. During the internship, it was possible to closely observe the reality of CAPS and the professionals who work there, how they are treated by the network, the lack of resources and the negligence of DF’s government regarding this policy. In this way, the situation of the Psychosocial Care Centers was the object of study, based on the analysis of the DF's mental health policy in the period from 2018 to 2022. Bibliographical survey and documentary research were used as methodology, to provide support for a critical discussion regarding the situation of CAPS in DF, considering the historical, political and legislative aspects. Therefore, the results obtained from this research point to a low coverage of the psychosocial care network, meaning there is a need to prioritize new implementations of CAPS, which is below what the population of the DF needs. In this way, this work aims to bring Social Services closer to the importance of the discussion about Psychosocial Care Centers for the field of mental health.

Keywords: Mental Health Policy; CAPS; Psychiatric Reform; Social Service

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 - Regiões de Saúde e Modalidade de Cobertura de CAPS no DF | 50 |
| Quadro 2 - Área de Abrangência dos CAPS | 53 |
| Quadro 3 - Situação da Habilitação dos CAPS | 56 |
| Quadro 4 - Equipes mínimas que devem compor o CAPS | 58 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COASIS - Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CTs - Comunidade Terapêuticas

DISSAM - Diretoria de Serviços de Saúde Mental

FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas

HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MTSM - Movimento pelos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDSM - Plano Diretor de Saúde Mental

RA - Regiões Administrativas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAIS - Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

SPAs – Substâncias Psicoativas

SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania

SESDF - Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal

SUBED - Subsecretaria de Enfrentamento às Drogas

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 DESVENDANDO A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE DO DISTRITO FEDERAL | 18 |
| 1.1 Contribuição do Serviço Social para compreender a Luta Antimanicomial: um histórico sobre os equipamentos de atenção à saúde mental, em particular os CAPS | 25 |
| 1.2 Política de Saúde Mental do Distrito Federal | 31 |
| 2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE TEÓRICA A PARTIR DO NEOLIBERALISMO E DOS DADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DF | 37 |
| 2.1 Uma análise do Governo Ibaneis a partir do Plano de Governo | 41 |
| 2.2 Comunidade Terapêuticas e suas implicações para a saúde mental no DF | 44 |
| 3 MAPEANDO A REALIDADE DOS CAPS: DESAFIOS E CONQUISTAS NO DISTRITO FEDERAL | 48 |
| 3.1 A Rede de CAPS no DF: sua relevância | 61 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| 5 REFERÊNCIAS | 67 |

INTRODUÇÃO

Inicialmente, antes de avaliar a política de saúde mental do DF, é necessário aprofundar a discussão sobre a Reforma Sanitária. Isto é importante, pois a Reforma Sanitária contribuiu para a estruturação da política social de saúde que está presente na Constituição Federal de 1988 e que assegura o direito à saúde. A Reforma Sanitária foi a base para a formulação da Política Nacional de Saúde, com a criação da Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde. Nela existem disposições sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Garante também o atendimento para pessoas com transtorno mental, sendo resguardado o direito ao tratamento gratuito, integral e com dignidade (Brasil, 1990).

A Reforma Psiquiátrica suscitou o pensamento crítico, a institucionalização do que se chama loucura, a respeito do sofrimento psíquico. Os conceitos de institucionalismo, poder da institucionalização e instituição total eram predominantes no discurso até então. É no final dos anos de 1980 que surgem as perspectivas de criar os serviços que derem início às práticas inovadoras. Dessa forma ocorreu a introdução dos Núcleos de Atenção Psicossocial/Centros de Atenção Psicossocial - NAPS/CAPS na tabela do Sistema Único de Saúde - SUS, pela portaria N° 224 de 1992.

Com a promulgação da Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001, houve um novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto dessa legislação e da realização da III Conferência de saúde mental no segundo semestre de 2001, que a política de saúde mental do governo federal, alinhando-se às orientações da Reforma Psiquiátrica, tornou-se mais robusta, adquirindo maior apoio e proeminência. Logo em seguida, o Ministério da Saúde destinou recursos financeiros específicos para a rede territorial com base na sustentação da Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria criou as diversas modalidades de CAPS, de acordo com o porte: CAPS-I, CAPS-II e CAPS-III, este último funciona 24 horas, o CAPS-AD é direcionado para atender pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, e CAPSi para crianças e adolescentes.

É importante ressaltar que os CAPS por si só não são suficientes para garantir assistência plena em saúde mental sendo necessária a oferta dos demais serviços previstos na Rede Atenção Psicossocial (RAPS), como Residências Terapêuticas e Serviços de

Convivência. O Distrito Federal, até o presente momento, possui apenas uma unidade de acolhimento e nenhum Serviço de Residência Terapêutica (RTs). Dessa forma, é necessário o fortalecimento desses serviços para garantir uma assistência em saúde mental que se oponha ao modelo manicomial. Lima (2004) esclarece que:

O modo de atenção integral à saúde mental se contrapõe ao modo de atenção concentrado no hospital psiquiátrico, que está ligado na sua trajetória de institucionalização ao objeto doença/cura, mostrando ser esta instituição insuficiente para atender à complexidade do processo de adoecimento mental. (p.. 593).

No Distrito Federal, no entanto, os serviços como das comunidades terapêuticas e o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) continuam recebendo subsídios do governo em detrimento de serviços territoriais (Costa, 2023). Vale ressaltar que, dispositivos como o HSVP e comunidades terapêuticas acabam ocupando uma centralidade na assistência em saúde mental, já que os demais serviços vêm sendo sistematicamente sucateados e atacados por uma política conservadora que caminha em oposto à Luta Antimanicomial, pois instituições assim, historicamente tratam os usuários como apenas corpos a serem desumanizados, conforme apontam Sousa e Jorge (2018):

Há evidências históricas, por meio de relatos e denúncias, de que as instituições psiquiátricas tradicionais, em especial os HPs, baseiam-se na tutela, na hierarquia entre trabalhadores e usuários, no afastamento dos internos em relação à sociedade. Promovem, entre outros aspectos, um processo de cronificação e institucionalização das pessoas com transtornos mentais. (Sousa e Jorge, 2018, *apud* Basaglia, 2005).

Dessa forma, espaços como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos ainda caminham em direção oposta aos Direitos Humanos e às leis que amparam pessoas com transtornos mentais e bem-estar, segurança e condição de vida digna. Além disso, a violência institucional deixa claro que esse tipo de prática era conveniente para o Estado e para uma parcela da sociedade, pois, a mesma compactuava com o abandono afetivo, material e de liberdade das pessoas que são institucionalizadas. Estes aspectos, especialmente a violência institucional e a prática de cerceamento de direitos, contribuem para a existência e perpetuação de manicômios. Isso reforça a importância da Luta Antimanicomial para romper com estruturas e mecanismos que servem para manter espaços como esses, além de contribuir

para a quebra dos estereótipos que permeiam as concepções subjetivas em torno da saúde mental e principalmente para reformulação das políticas públicas no Brasil.

Diante do panorama apresentado, este estudo se mostra pertinente ao compreender a política de saúde mental do DF, é possível analisar a eficácia das estratégias adotadas, identificar possíveis lacunas e contribuir para aprimoramentos. Além disso, permite uma avaliação crítica das práticas existentes, fomentando discussões sobre a necessidade de investimentos, capacitação de profissionais e ampliação do acesso aos serviços, visando uma abordagem mais abrangente e humanizada no cuidado da saúde mental da população local. Dada a complexidade de nosso objeto de estudo, consideradas as suas múltiplas determinações, adotamos como lente de análise da realidade o materialismo histórico-dialético, por entendermos que essa metodologia nos permitirá a aproximação necessária para alcançarmos os objetivos previstos.

Portanto, o método do materialismo histórico-dialético foi utilizado para entender o objetivo da investigação, a partir da perspectiva da totalidade dos fenômenos que estão relacionados com a realidade dos CAPS na política de saúde mental no período de 2018 a 2022. Este também foi o recorte temporal escolhido para a análise documental. Esse período foi escolhido por ser um intervalo crucial para a pesquisa devido a uma série de transformações, desafios e avanços ocorridos, sendo marcado por mudanças significativas nas abordagens, práticas e políticas relacionadas à saúde mental. Deste modo, a investigação permitiu uma compreensão mais profunda das estratégias implementadas. A partir dela, também foi possível avaliar o impacto dessas políticas no acesso, qualidade e eficácia dos serviços de saúde mental como essencial para garantir melhorias contínuas e identificar áreas que ainda precisam de atenção.

Netto (2011) nos ensina que

O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica-por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável-, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. (p. 22).

Sustentados em tal premissa, a pesquisa necessitou de discussão crítica, por meio de aproximações sucessivas que possibilitaram analisar os aspectos políticos, sociais e

econômicos que permeiam a temática, indo além do que se é apresentado como fenômeno imediato, visto que buscou-se aprofundar os conhecimentos a respeito da realidade do CAPS.

Neste sentido, a pesquisa recorreu aos conhecimentos a respeito da realidade dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na política de saúde mental do DF, de modo a tornar possível debater as implicações que perpassam essa temática e quais as consequências para a população usuária desse serviço.

Em consequência, se fez necessário lançar mão da abordagem marxista por oferecer uma possibilidade de estudo, já que, “o método de Marx não resulta de operações repentinas, de intuições geniais ou de inspirações iluminadas. Antes, é o produto de uma longa elaboração teórico-científica, amadurecida no curso de sucessivas aproximações ao seu objeto”, (Netto, 2011, p. 28). A fim de compreender a totalidade da temática, os instrumentos designados para a materialização da metodologia de pesquisa foram: pesquisa documental, pesquisa qualitativa, e levantamento bibliográfico. Neste sentido, a pesquisa apresenta caráter qualitativo.

Para a condução da pesquisa, foram utilizados o método qualitativo e o estudo de caso como abordagens fundamentais. A abordagem qualitativa proporcionou uma compreensão que se mostrou mais profunda e contextualizada dos fenômenos em análise, permitindo explorar nuances, perspectivas e significados subjacentes. A escolha pelo estudo de caso, por sua vez, possibilitou uma investigação detalhada, detendo-se em suas complexidades e particularidades, a combinação das abordagens contribuiu para uma análise mais abrangente.

Para Chizzotti (2006, p. 102),

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

Dessa forma, a utilização do estudo de caso foi essencial visto que a pesquisa surgiu durante o período de estágio supervisionado em um CAPS III. A experiência do estágio possibilitou o conhecimento das diversas expressões da questão social constituintes do processo de intervenção profissional, o conhecimento e reflexão crítica acerca da realidade institucional, identificados recursos existentes, os instrumentos e técnicas empregados pelo Serviço Social, os desafios ético-políticos enfrentados pela instituição. As informações apresentadas que foram

obtidas através da experiência de caso, seguiu o rigor da Carta Circular nº 166/2018 - CONEP/SECNS/MS, de acordo com o item 1, linha C que dispõe sobre os critérios a serem seguidos.

Foram recursos da pesquisa: a análise de documentos jurídicos, normas técnicas, regulamentos, assim como consulta a livros, relatórios, revistas e sites. Também foram utilizados dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), que possibilitaram analisar os dados e informações estatísticos da realidade do objeto de estudo.

Nesta medida, a presente monografia teve por objetivo analisar em âmbito estadual a política de saúde mental do DF, buscando compreender qual o papel do Governo do Distrito Federal na política de saúde mental e quais as implicações para a população do DF. Para tal, foram delimitados os seguintes objetivos específicos: 1) Discutir o que é política de saúde mental, em especial a realidade de sua implementação no Distrito Federal; 2) Analisar como o governo do DF, no período de 2018 a 2022, tratou essas políticas e quais foram suas decisões; 3) Indicar a situação atual dos CAPS, qual a sua importância para a população do DF e as disputas que atravessam esse serviço público de saúde.

Desta forma, a pesquisa foi elaborada por meio de fontes documentais e bibliográficas a fim de analisar e compreender o problema abordado neste estudo. Nesse sentido, foram utilizadas as legislações que compõem a RAPS, como a Lei 10.216 de 2001, a Portaria N ° 3.088, de 23 de abril de 2011, o Plano Diretor de Saúde Mental elaborado em 2019 e Plano de Governo do atual governador Ibaneis Rocha (MDB). Para além destes documentos e demais leis e decretos, foram utilizadas bibliografias que discutem a relação entre a Reforma psiquiátrica, política, Estado e sociedade, por meio de autores como Jamila Zgiet (2010), Inês Bravo (2006), Paulo Amarante (2007), Jairnilson Paim (2009), que contribuem para uma análise mais completa e contextualizada da saúde mental e proporciona uma base sólida e diversificada, conferindo ao trabalho uma perspectiva abrangente sobre a temática.

Por ser um trabalho com caráter qualitativo, os dados apresentados foram analisados com base no entendimento da conjuntura histórica e social como é estudado no método histórico-dialético de Marx, levando em consideração as três categorias do método: totalidade, contradição e mediação (Netto, 2011).

Neste sentido, este trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a história da saúde no Brasil, em especial a da política de saúde mental em Brasília e os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. O segundo capítulo tece análise sobre a construção da política de saúde mental no DF, os posicionamentos do governo Ibaneis no período estudado e as implicações trazidas pela escolha em privilegiar as comunidades terapêuticas. O terceiro e último capítulo faz uma análise da situação dos Centros de Atenção Psicossocial, investigando se houve avanços ou retrocessos.

1 DESVENDANDO A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE DO DISTRITO FEDERAL

Este capítulo aborda a história da saúde no Brasil, em especial a da política de saúde mental em Brasília, os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e a contribuição do Serviço Social para a luta antimanicomial.

No início do século XX, a saúde no Brasil era vista sob a ótica da filantropia, com caráter curativo, focada na parcela da sociedade adoecida por epidemias, atendendo os grupos mais vulneráveis como crianças, idosos e mulheres. De acordo com Lima e Pinto (2003), pela primeira vez a saúde surgia como questão social no Brasil nos anos de 1920. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra” (Lima e Pinto, 2003, p. 1043). As precárias condições de trabalho, saúde e higiene levaram a sociedade da época a demandar do Estado políticas sociais:

(...)As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (...). (Bravo, 2006, p. 4).

A questão da saúde se operacionalizava por meio da previdência e filantropia, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) emergindo as primeiras iniciativas de seguridade social brasileira. As caixas foram criadas através da Lei Eloy Chaves N°4682/23, que concedia benefícios como aposentadoria por invalidez, morte e serviços médicos no setor privado. Esse modelo era considerado tripartite, pois era em conjunto com o Estado, empregador e empregado, dessa forma, o modelo tinha caráter excludente, já que atendia apenas a parte da população que estava ativa, em situação de emprego formal remunerado:

As CAPs, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade

puramente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação de serviços. Seus recursos têm origem tripartite: contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas dos serviços). (Cohn, et al. 1999 p. 14-5).

A saúde nesse contexto, ainda estava restrita ao âmbito privado, resguardada à parcela da sociedade que estava inserida no mercado de trabalho e que, portanto, contribuía, ou seja, a saúde não era entendida como um direito e responsabilidade do Estado como na contemporaneidade. O surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPS) na década de 1930, que eram geridos pelo Estado e autarquias Federais, constituíram uma previdência nacional que ainda manteve o regime tripartite. Nesse novo sistema, a contribuição do empregado passou a ser calculada através do valor do salário, dividindo a classe trabalhadora entre as atividades que exerciam. (Behring e Boschetti, 2011).

O regime ditatorial em 1964 tratou a questão da saúde pública com repressão-assistencial, forte privatização dos serviços, com ampliação da previdência privada, mas sem a universalização dos direitos, de forma que parte da população ainda ficava às margens, sem acesso à seguridade social. A saúde ainda era atrelada à previdência, portanto aqueles que contribuíam tinham acesso e os demais recorriam às Santas Casas da Misericórdia ou à filantropia. Maria Inês Souza Bravo (2006) evidencia de que forma o Estado lidou com a Questão Social durante o regime ditatorial:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (Bravo, 2006, p. 6).

A crise política, econômica e social pela qual atravessava o país a partir da década de 1970 fez o regime militar perder força e a sociedade demandar do Estado políticas sociais e direitos. A partir disso, as questões que antes eram tratadas como policialescas e com violência agora precisavam ser tratadas sob uma ótica mais técnica, uma vez que o Estado não conseguia mais usar esses mecanismos para controlar a sociedade civil. Desse modo, os movimentos sociais surgiram com reivindicações:

A partir do final da década de 1970, a crise econômica internacional proveniente do aumento do preço do petróleo, iniciado em 1974, atingiu fortemente o país. Embora o governo continuasse, por alguns anos, sustentando diversas iniciativas de investimento, chegava ao fim o ciclo de forte crescimento econômico, aspecto que favoreceria a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas, como a Reforma sanitária e a criação de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais. Esse caldo de cultura daria origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde. (Paiva; Texeira, 2014, p. 18-9).

Com as tensões presentes, a politização da saúde ocasionava a ampliação do debate sobre cidadania e direitos sociais e os movimentos sociais pressionavam por mudanças no âmbito político e social de modo que fosse possível construir uma nova forma de política. Segundo, Bravo (2006):

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (Bravo, 2006, p. 8).

É nesse contexto que surge o movimento pela Reforma Sanitária que “(...) enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade” (Paim, 2009, p. 31).

Para além disso, a Reforma Sanitária foi essencial para a construção da política de saúde no Brasil, tendo em vista que, o movimento lutou pela construção de serviços de saúde para todos, além de reivindicar a democratização da sociedade promovendo a descentralização e universalização dos serviços de saúde, contribuindo significativamente para a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS (Amarante, 2007).

As pautas do movimento pela reforma sanitária ganharam força dentro das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), pois nelas foi possível construir um espaço de debate e reivindicações. As CNS também permitiram a articulação do movimento pela reforma sanitária com outros movimentos sociais, como o movimento pela luta antimanicomial e o movimento pela reforma psiquiátrica. A questão ganhou mais destaque

com a VIII Conferência de Saúde realizada em Brasília, em 1986, com o título “A Saúde como direito de todos e dever do Estado”, que teve influência na realização da Assembleia Constituinte de 1987 e que levou posteriormente a aprovação da Constituição de 1988:

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a oitava CNS, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. (Paiva e Texeira, 2014, p. 25).

A reforma sanitária foi um marco contra a mercantilização da saúde, com uma proposta contra hegemônica ao afirmar a saúde como um direito universal, além de construir uma crítica à medicina preventiva curativa, frente aos avanços do neoliberalismo que já permeavam o cenário político e econômico brasileiro. Dessa forma, o movimento pela reforma sanitária desempenhou um papel fundamental ao debater a saúde em um país que vivenciava o processo de redemocratização. O entendimento de Paim (2009) auxilia a perceber essa mudança:

Compreendendo a questão da saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, além de ser um espaço de luta pela conquista da hegemonia pelas classes subalternas, tentava-se observar como se apresentava o processo político em saúde em cada conjuntura, ao que equivale dizer, como se enfrentavam as forças sociais diante da questão da saúde. (Paim, 2009, p. 30).

É o cenário em que também surge o movimento pela reforma psiquiátrica na década de 1970, com a influência do Movimento pelos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que suscitou o debate sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. O movimento foi influenciado pela teoria do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que foi essencial na reforma do sistema de saúde mental italiano e que lutava pelo direito das pessoas com transtornos mentais, por uma psiquiatria humanizada e crítica (Amaral, 2006, p. 93).

O modelo manicomial no Brasil nessa época era forte, sendo os hospitais psiquiátricos são espaços de tortura, palcos para violências e exclusão. O hospital psiquiátrico de Barbacena, por exemplo, funcionou entre 1903 e 1960 e mais de 60 mil pessoas vieram a óbito dentro da instituição que tinha péssimas condições de funcionamento. Os usuários do

serviço que lá viviam eram submetidos à tortura, passavam fome, frio e eram forçados a tomar medicações.

O hospital colônia de Barbacena é um de vários outros manicômios existentes no Brasil o que reflete o descaso do Estado e da sociedade com pessoas com transtornos mentais. Esses aparelhos serviram de depósitos de pessoas, pois, muitos que eram mandados para esses manicômios, sendo em sua maioria pessoas com deficiência, órfãs, mulheres e pessoas negras (Arbex, 2013).

Neste sentido, o movimento antimanicomial fez a crítica ao modelo manicomial, visando a superação das concepções tradicionais da psiquiatria nos cuidados em saúde mental, historicamente desumanizantes e preconceituosas, contribuindo para práticas violentas dentro das instituições. Por esta razão, o movimento buscou a transformação das relações sociais tanto no âmbito político como da sociedade, buscando a transformação das práticas em saúde mental, para assim ser possível construir e promover os direitos e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. Marcela Corrêa Martins Amaral (2006) aponta a importância de pensar a luta antimanicomial para além do fim de instituições como manicômios:

O movimento antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla ao nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e a sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal (Amaral, 2006, p. 100 apud Relatório, 1995, p. 10).

Vale ressaltar que, a Declaração de Caracas foi um marco para a luta antimanicomial na América Latina na década de 1990, pois os debates promoveram a implementação da reforma psiquiátrica reafirmando o compromisso com outro modelo mais humanizado e teve impacto no sistema de saúde mental, para que ocorresse mudanças nas instituições, serviços e aparelhos de saúde mental. A declaração de Caracas defendeu a desinstitucionalização, a substituição de hospitais psiquiátricos por outros serviços de saúde mental que fossem humanizados e preservassem os direitos da pessoa com transtorno mental (Amaral, 2006).

Os movimentos sociais criaram mudanças significativas, sendo um deles, a criação da Lei N°10.216/2001, que ficou conhecida como a "Lei da Reforma Psiquiátrica", e teve como

objetivo principal promover mudanças substanciais nas práticas de tratamento de transtornos mentais. Amaral explicita a importância do Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, posteriormente transformado na Lei Ordinária nº 10.216 de 2001:

A trajetória do projeto de lei nº 3.657 rendeu doze anos de tramitação e a aprovação de uma lei significativamente diferente da proposta inicial. Sua tramitação refletiu a intensidade do enfrentamento travado entre movimento social e donos de clínicas psiquiátricas privadas e hospitais conveniados. (Amaral, 2006, p. 104).

A aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, foi uma resposta crítica às condições desumanas que frequentemente ocorriam nos hospitais psiquiátricos. Tendo em vista, que as condições precárias que os manicômios tinham, além de usarem de práticas coercitivas, excludentes, com medicação e contenção forçadas, com uma crescente conscientização sobre a necessidade de promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva para o tratamento de transtornos mentais.

Dessa forma, a lei da reforma psiquiátrica, foi importante para tentativa de extinção progressiva dos manicômios, maior investimento em aparelhos e serviços na rede de saúde e que preservasse a liberdade, como os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, como serviços substitutivos para os antigos manicômios.

No Brasil, na década de 1970, surgiram diversos movimentos sociais, aliados aos sindicatos e a luta pela redemocratização do país. Um dos movimentos que surgiu nesse período foi o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial que debatia a assistência psiquiátrica no Brasil e as condições com as quais as pessoas que dela necessitavam eram tratadas. As instituições psiquiátricas serviam para aprisionar, violentar e oprimir pessoas com transtornos mentais. A loucura foi mercantilizada nesse período, por parte da sociedade e os manicômios no Brasil recebiam muito investimento do Estado e do setor privado, pois, cumpriam um papel dentro de uma política genocida de higienizar a sociedade.

O Manicômio se configura como uma instituição total, e, desde a sua criação revelou-se como um espaço de violência e arbitrariedade sobre as pessoas que acolhia. A estrutura manicomial se apresenta como desumana e ineficiente por seus resultados desastrosos, constituindo-se um lugar de sofrimento e dor, onde os pacientes, sem direito à defesa, são submetidos a maus tratos, privação de sua liberdade, de seu direito à cidadania e à participação social. (Correia, 2006 p. 84).

O Movimento Antimanicomial foi organizado por diversos setores da sociedade, incluindo o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, os sindicatos dos enfermeiros, e dos Assistentes Sociais, os usuários dos serviços e familiares (Amaral, 2006). Através dessas articulações, foi possível que o movimento se configurasse e ganhasse força dentro da sociedade, as críticas sobre a assistência psiquiátrica ganharam visibilidade. O Movimento reivindicava melhores condições de trabalho, maior investimento do Estado na área da saúde mental, e o fim dos manicômios, foi no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que nasceu o Movimento pela antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”.

Dessa forma, segundo Amarante (2007), o movimento tem como objetivo a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, sendo contra a manicomialização dos sujeitos e das instituições, além de fortalecer a criação de serviços substitutivos para os hospitais psiquiátricos, como CAPS, residências terapêuticas, além de luta pela aprovação da lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim como o movimento da Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial também deseja alterações nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

1.1 Contribuição do Serviço Social para compreender a Luta Antimanicomial: um histórico sobre os equipamentos de atenção à saúde mental, em particular os CAPS

Os/As Assistentes Sociais eram inseridos em um contexto hospitrocêntrico, individualista e curativo, o exercício profissional na época era voltado para atender as necessidades do mercado, sem considerar os aspectos socioculturais da saúde e da pessoa usuária de modo que se via apenas a doença (Bravo, 2006). Com o golpe militar de 1964, ocorreu o aumento da privatização da saúde e dos serviços públicos no geral. Dessa forma, um dos espaços sócio-ocupacionais ocupados pelos assistentes sociais com maior assiduidade eram os hospitais psiquiátricos, contribuindo assim para a lógica manicomial.

Destaca-se que nesse período, a profissão estava vivenciando o processo de reconceituação na década de 1970, que foi tentativa de ruptura com o conservadorismo, das práticas tradicionais, impulsionado pelos movimentos sociais que ocorriam no país na época, a profissão buscava nesse período adquirir um caráter mais crítico e menos técnico (Paiva e Hillesheim, 2016).

Os assistentes sociais, foram de atores que auxiliavam nas internações e demais práticas manicomiais, que contribuía para a manutenção dos manicômios, para agentes que lutavam por uma sociedade sem manicômios, de modo que, a profissão construiu um posicionamento a favor dos direitos humanos e da cidadania.

A atuação profissional no espaço sócio-ocupacional da saúde mental, é atravessada pela análise institucional na compreensão da prática do assistente social na saúde mental. Isso incluiria a investigação das estruturas, políticas e dinâmicas das instituições de saúde mental em que os assistentes sociais atuavam, as dinâmicas de poder presentes nas instituições de saúde mental, e como essas relações de poder influenciavam o papel e a autonomia dos profissionais. O entendimento mais complexo do tema apenas ocorreria com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social que era alinhado aos ideais e princípios da reforma sanitária e psiquiátrica.

O sistema de Saúde Mental no Brasil é caracterizado por diversos setores, incluindo público, privado, conveniado ou não, consultórios particulares e planos de saúde. O Serviço Social em Saúde Mental integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e colabora com outras profissões do campo no apoio à pessoa com transtornos mentais. A Reforma Sanitária influenciou na transformação da prática profissional nesses espaços, os objetivos e demandas das instituições empregadoras (Bisneto, 2005).

Os assistentes sociais desempenham um papel crucial na reintegração social dos usuários em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Suas atividades nesses ambientes são intrinsecamente ligadas à natureza da profissão, envolvendo colaboração com equipes interdisciplinares para garantir os direitos das pessoas com transtorno mental. Suas responsabilidades incluem acolhimento, orientação, encaminhamentos e mediação entre o usuário e sua família (Knopp, 2012).

Nesse contexto, os assistentes sociais assumem também o papel de profissionais da área da saúde, conforme foi possível analisar durante o período de estágio supervisionado, realizado no CAPS III, Samambaia Sul/ DF, no período de 2022 a 2023. Os assistentes sociais da instituição eram responsáveis pelo atendimento individual dos usuários do serviço e as famílias, participação em grupos terapêuticos, visita domiciliar, relatórios, Estudo de Caso. Os procedimentos podem ser feitos através da articulação de rede, matriciamento, projeto terapêutico individual e reunião de rede.

Nesse período foi possível observar também que os Assistentes Sociais trabalham em conjunto com os demais profissionais da instituição, realizando assim um trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (Robaina, 2010). A atuação do Assistente Social no CAPS tem que ser capaz de intervir e orientar o usuário e sua família sobre os benefícios, assim como trabalhar a reabilitação psicossocial dos usuários, realizar estudo socioeconômico para conhecer a realidade dos usuários do serviço, além de elaborar projetos e programas sociais.

Vale destacar, que a atuação do assistente social na saúde mental é um espaço novo, pois as especializações em saúde mental como a residência, existem a menos de cinco anos, ou seja, o técnico-operativo para atuar nesse campo ainda é pouco desenvolvido. A prática profissional foi influenciada pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial que impactaram na construção do projeto ético-político da profissão. Neste sentido, é pertinente observar o que o Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro apresenta sobre o tema:

1) a liberdade como valor basilar, inscrito na palavra de ordem do movimento da luta antimanicomial “a liberdade é terapêutica”, impondo o cuidado comunitário, em contraponto a modelos segregadores/excludentes que se calcam na presunção da periculosidade e incapacidade para forjar uma modalidade de tratamento que desabilitou a pessoa com transtorno mental para o convívio social, gerando vários tipos de violação de direitos humanos e conseqüentemente uma dívida histórica do Estado para com esse segmento; 2) a defesa intransigente dos direitos humanos; 3) a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito, na perspectiva de contribuir para a construção de outra relação entre a sociedade e o louco/loucura, mudando o imaginário social; e 4) empenho na garantia da qualidade dos serviços prestados, haja vista o crescente desinvestimento do Estado em gastos sociais e precarização das relações de trabalho (CRESS RJ, 2005).

Para além disso, a política de saúde mental ainda é atravessada por contradições e lutas pela manutenção dessa política, pois há forte resistência institucional em construir uma política pautada nos direitos humanos e na cidadania, com o avanço do neoliberalismo.

Segundo Passos (2017, p. 62) “[...] cabe sinalizar que as novas reconfigurações do mundo do trabalho e a contrarreforma do Estado também influenciam fortemente na recomposição da luta antimanicomial no cenário brasileiro [...]”. Por isso, a profissão fortalece o projeto ético visando um projeto societário que supere as contradições.

É necessário fazer um breve resgate sobre os equipamentos sociais de atenção à saúde mental, em particular os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Isto é, com a aprovação da Lei Nº 10.216 de 2001, a priorização da rede substitutiva, composta por dispositivos, entre eles foram inseridos os CAPS.

O Ministério da Saúde determinou através da Portaria nº336, de fevereiro de 2002, a criação de serviços substitutivos de base territorial, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados de saúde contínuo, em ambiente residencial, com funcionamento 24 horas por dia, com estrutura para atender pessoas que fazem uso abusivo de psicoativos, além de prestar atendimento para pessoas que apresentam vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Também foi solicitada a criação de mais leitos em hospitais gerais para tratamento e manejo adequado, com suporte de atendimento 24 horas por dia, para atender pacientes com quadro clínico de sofrimento agudo.

Além disso, foi inserida a criação dos Serviços de Residências Terapêuticas¹ (SRT), que são locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que também atendem usuários de álcool e outras drogas, pessoas com transtornos mentais que tiveram alta de longas internações psiquiátricas, mas que ainda não têm suporte financeiro, social ou laços familiares que permitam a reinserção na comunidade.

Outro serviço também inserido na rede, foi o Programa de Volta para Casa ²(PVC), pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e foi implementado com o intuito de oferecer auxílio para as pessoas com transtornos mentais que passaram por internações longas por mais de 2 anos ininterruptos. O objetivo principal do programa é auxiliar na reabilitação psicossocial e na integração do indivíduo na sociedade.

¹ Portaria de nº 106/20008 que institui as Residências Terapêuticas.

² Lei Federal nº 10.708/20039 que institui o Programa De Volta para Casa.

Além disso, todos esses serviços contam com equipe multiprofissional que integra a Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2008, com o objetivo de fortalecer a resolutividade e a qualidade das ações (Brasil, 2014). As equipes são compostas por profissionais tais como médico, psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais, que atuam no tratamento de pacientes com transtornos mentais. O serviço atua ampliando o acesso à assistência em saúde mental de gravidade moderada, como dependência química e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os CAPS.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, representa um marco na organização e promoção da assistência em saúde mental, essa medida estabelece diretrizes para a articulação entre os diferentes níveis de atenção, visando a integralidade no cuidado às pessoas com transtornos mentais, ao criar uma rede que engloba desde a atenção básica até os serviços especializados. A portaria busca garantir um atendimento mais eficiente e humanizado, além de favorecer a desinstitucionalização e a reinserção social. A importância da RAPS para a sociedade é notável, pois contribui para a superação do estigma associado às doenças mentais, promove a inclusão social e assegura o direito fundamental à saúde mental, alinhando-se com princípios contemporâneos de respeito à diversidade e dignidade humana.

Entre os serviços que compõem a RAPS figura o CAPS. A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A iniciativa visa assegurar a plena mobilidade de indivíduos com transtornos mentais pelos diversos serviços, comunidades e áreas urbanas. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) define os pontos cruciais para o cuidado, abrangendo os impactos prejudiciais decorrentes do consumo de substâncias como crack, álcool e outras drogas, e se integra de forma articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS foram instituídos pela Portaria nº 336, de fevereiro 19 de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. O primeiro CAPS foi implementado em 1987, na cidade de São Paulo. No mesmo período, são também inseridos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), “que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações” (Ministério da Saúde, 2005, p. 7).

Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais e que atuam sob a ótica interdisciplinar. De acordo com a Portaria nº 336/2002, os CAPS são organizados e

estruturados por modalidades diferentes. Conforme a tipologia, há quatro tipos de CAPS onde está estabelecido a capacidade de cobertura de cada modelo de CAPS, a saber:

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)

A respeito do CAPS III, são serviços com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento de funcionamento por 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes tendo como foco o tratamento de pessoas com sofrimento grave e persistente (Brasil, 2002).

A importância da Portaria nº 336 de fevereiro de 2002 reside na consolidação de práticas que priorizam o cuidado em liberdade, a reinserção social e a valorização da autonomia dos indivíduos em sofrimento mental. Ao incentivar a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços comunitários, a portaria fortalece a abordagem territorial, a escuta qualificada e o acompanhamento longitudinal, contribuindo significativamente para a promoção da cidadania e a redução do estigma associado às doenças mentais. Dessa forma, a Portaria 336/2002 se alinha com os princípios da Luta Antimanicomial, ao favorecer práticas inclusivas e respeitosas dos direitos humanos no âmbito da saúde mental.

1.2 Política de Saúde Mental do Distrito Federal

Ao longo dos anos a Política de Saúde do DF sofreu com diversos retrocessos, como o corte de verbas, privatização, mercantilização e manicomialização do cuidado em saúde mental, assim como no restante do país o campo da saúde mental é atravessado por disputas políticas e ideológicas.

O sistema de saúde de Brasília foi estruturado a partir do plano médico-hospitalar, criado pelo médico Henrique Bandeira, que previu a regionalização, descentralização e comando único, que seria coordenado pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), e nele já era prevista a criação de leitos psiquiátricos, é a partir disso, as chamadas clínicas de repouso conveniadas à FHDF começam a atuar em Brasília e no entorno.

O Plano Bandeira de Mello tinha como princípios, a estruturação dos serviços de saúde com nítida separação entre as áreas de ação dos órgãos executivos e normativos, obtidos por meio da criação, em 1960, da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) como um órgão de administração central. (Göttems *et al.* 2019, p. 2000).

Além do plano Bandeira de Mello, o DF teve um segundo plano, conhecido como Assistência à Saúde, de 1979, que “previa, também, a construção de hospitais regionais em cada cidade satélite³ e preservava o hospital de alta complexidade do Plano anterior, tinha como princípios a hierarquia assistencial, a referência e a contrarreferência, bem como a regionalização dos serviços” (Göttems, *et al.* 2019, p. 2002). Esse plano tinha influência dos movimentos sociais da reforma sanitária e psiquiátrica que o país passava.

Como parte do plano da FHDF, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) foi criado em 1976 localizado em Taguatinga/DF. O serviço contava com leito de observação de até 72 horas, e depois os usuários do serviço eram encaminhados para as clínicas de internação psiquiátricas conveniadas. Em 1987, o HPAP passou a se chamar Hospital São Vicente de Paulo, mudança que ocorreu como uma estratégia para reformular a forma que os atendimentos eram prestados e diminuir os estigmas acerca do antigo HPAP.

Outro marco histórico para a saúde mental do DF, foi a influência da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que contribuiu para a criação dos Centro de Saúde (CS) e a Comissão de Assessoria de Psiquiatria em Saúde Mental para reorientação da assistência em saúde mental aliada à atenção primária. A criação do Instituto de Saúde Mental (ISM) de Brasília em 1985, foi o primeiro serviço substitutivo para as internações, o ISM era orientado pelas diretrizes da reforma psiquiátrica (Göttems, *et al.* 2019).

A clínica era particular, mas recebia recursos públicos, portanto prestava serviço ao governo distrital. A ala reservada para pacientes atendidos pelo SUS, era extremamente precária, alguns pacientes dormiam no chão, sem receber alimentação adequada, além de sofrerem violência física, enquanto a ala particular contava com uma estrutura adequada, com piscina, dormitórios, refeitório e campo de futebol (Agência CEUB, 2018).

Para além disso, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do DF surgiu em 2003, com a implementação da unidade da região administrativa do Guará, fundada no dia 5 de maio de 1969. Através do Decreto nº 2.356, de 29 de agosto de 1973, foi criada a Administração Regional X, composta pelo Guará I, Guará II e o Setor Indústria e Abastecimento – SIA. A Regional Administrativa é modalidade de organização do território, assim os limites físicos definem a jurisdição das ações governamentais para fins de

³ Uma cidade satélite em Brasília, Distrito Federal (DF), refere-se a uma das diversas áreas urbanas planejadas e desenvolvidas nos arredores da capital do Brasil.

descentralização administrativa dos serviços públicos. Nos dias atuais, a estrutura da regional apresenta um CAPS AD que atende usuários que fazem uso abusivo de psicoativos, o CAPS AD do Guará conta com equipe interdisciplinar, que oferece práticas integrativas em saúde.

A partir da apresentação e análise do percurso de instituições e serviços implementados no Distrito Federal, no contexto da legislação que criou os CAPS, a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir disso, é possível observar que a estrutura da política de saúde mental no DF teve avanços e retrocessos desde a reforma psiquiátrica, pois, o campo da saúde mental é alvo de disputas entre o setor público e privado, e interesses antagônicos. O cenário político atual do DF é pautado por um contexto de ideologia conservadora e neoliberal assim como o restante do país.

Como já registrado por diferentes inspeções em hospitais psiquiátricos acontece nas comunidades terapêuticas o mesmo modelo, que remete ao antigo modelo asilar que é marcado por violência física e moral, tortura, silenciamento e diversas violações de direitos de pessoas em sua maioria negras (Do Cidadão *et al*, 2018).

Além disso, o antigo HPAP (Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico) atual HSVP era cuidado pela extinta Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) e surgiu como único hospital especializado em psiquiatria da rede hospitalar do Distrito Federal, o hospital foi inaugurado com capacidade total de 92 leitos, realizando serviço de assistência emergencial, ambulatorial e de internação.

Atualmente, a emergência do HSVP funciona 24 horas, em modalidade de porta aberta, isto é, por demanda, sem necessidade de encaminhamento. O atendimento é voltado a adultos, a partir de 18 anos, com casos de urgência e emergência em saúde mental. Na situação de atendimento ambulatorial, é necessário o encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), e dos demais serviços da rede (Nascimento e Santos, 2018).

Nesse sentido, o HSVP ocupa uma centralidade dentro da política de assistência em saúde mental no DF, mesmo funcionando em discordância com a Lei Nº 975/1995, que prevê o fechamento de hospitais e clínicas psiquiátricas no DF. Segundo a Agência Brasília (2023), o HSVP recebeu do governo distrital R\$ 3,6 milhões de reais para que fossem realizadas

melhorias em sua estrutura. Até o momento, parece haver uma persistência na manutenção da lógica asilar-manicomial dentro da política de saúde mental do DF. Portanto, o HSVP, em termos restritos, funciona de forma ilegal, mas continua sendo o principal dispositivo para internações na saúde mental no DF, em um cenário de precarização dos serviços da RAPS.

Por isso, é necessário a criação/fortalecimento da RAPS, e dos serviços por ela ofertados que possuem caráter de base territorial/comunitário que privilegie o cuidado em liberdade, com os CAPS, as Unidades de Acolhimento Residências Terapêuticas, entre outros, que estão em conformidade com Lei N° 10.216/2001 e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Em Brasília, o movimento Pró Saúde Mental do DF, desde a década de 1990 milita em prol da saúde mental e contra os manicômios, sendo a favor dos CAPS (Zgiet, 2010). O movimento foi um dos atores responsáveis por mobilizar a população do DF para que fosse criada a Lei N° 975, de 12 de dezembro de 1995, que previa a substituição total de todos os hospitais psiquiátricos do Distrito Federal por CAPS em um prazo de quatro anos, de modo que seria uma resposta para a lógica manicomial, priorizando o atendimento humanizado, sendo “porta aberta”. Assim, no DF, o primeiro CAPS foi implementado em 2005, cinco anos após a lei 10.216/2001 e, atualmente, são 18 CAPS (Distrito Federal, 2022).

Nesse ínterim, o governo do Distrito Federal se encontra em desacordo com a Lei N° 975, de 12 de dezembro de 1995, que dispõe das diretrizes para atenção à saúde mental do Distrito Federal, pois, o hospital São Vicente Paulo (HSVP), fundado em 1976, localizado em Taguatinga/DF, com caráter asilar e manicomial, está há 24 anos funcionando de forma ilegal.

Art. 4º Ficam proibidas, no Distrito Federal, a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (Brasília, 1995).

A Declaração de Caracas, realizada na Venezuela em 1990 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília entre 25 e 28 de junho de 1987 impactaram na estruturação da política de saúde mental do DF. Por meio das discussões trazidas nesses dois eventos, foi possível pensar na construção de uma rede de serviços, como a construção dos Centros de Atenção Psicossocial, NAPS, Hospitais dia, lares comunitários, residências

terapêuticas no DF (Zgiet, 2010). A política de saúde mental do DF teve suas diretrizes fixadas pela Lei N° 975, de 12 de dezembro de 1995 e dizem respeito ao seguinte;

I - Tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;

II - Proteção contra qualquer forma de exploração;

III - Espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação;

IV - Integração à sociedade, através de projetos com a comunidade;

V - Acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos

Em 1994 foi construído o primeiro Plano Diretor de Saúde Mental do DF (PDSM), mesmo período de criação da Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) do DF. A partir disso, as primeiras clínicas de internação psiquiátricas começaram a ser fechadas no Distrito Federal. Um caso emblemático é o da Clínica Planalto, que foi fechada em 2003 depois que o Ministério Público envolveu órgãos como Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde (PROSUS) e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que receberam denúncias de violação de direitos dentro da instituição (Silva, 2021, p. 39).

Dessa forma, para compreender a política de saúde mental do DF, foi utilizado o Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM), elaborado em 2019 e que dispõe sobre as metas e objetivos da assistência em saúde mental no Distrito Federal (DF). Assim, foram definidas as principais estratégias do governo local para a promoção da saúde mental da população. É importante destacar que o plano diretor foi construído com a participação dos movimentos sociais e dos trabalhadores. Nesse sentido, o PDSM tem como objetivo restaurar e organizar a RAPS no DF (PDSM, 2019).

As estratégias e metas do PDSM estão de acordo com o Plano Plurianual do DF, o qual disponibiliza o orçamento local. Nesse sentido, o plano diretor é definido a partir dos eixos: 1) Expansão da Rede de Atenção Psicossocial; 2) Organização dos Serviços de Saúde Mental; 3) Qualificação da assistência em saúde mental. O PDSM traz que:

No eixo expansão da Rede de Atenção Psicossocial estão as ações que visam a ampliação da cobertura dos serviços de saúde mental. Os processos que impactam diretamente na sistematização da assistência prestada estão no eixo Organização dos Serviços de Saúde Mental e, finalmente, as propostas de melhoria na condição do

serviço estão no eixo de Qualificação da Assistência em Saúde Mental. (PDSM, 2020, p. 20).

A seguir dissertaremos sobre o sistema de saúde mental do DF. Há Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que fazem parte da atenção secundária, oferecendo serviços especializados para pessoas com transtorno mental grave e persistentes, com equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; unidades Ambulatoriais Especializadas (COMPP, Adolescento e Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental)

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM) está diretamente subordinada à Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços (COASIS/SAIS/SES) da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS/SES). Esses órgãos são responsáveis por planejar, coordenar e monitorar a política de saúde mental na região.

Também faz parte da política de saúde mental do DF, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HSVP) que oferece serviços de internação e tratamento intensivo, além de serviços ambulatoriais. É importante pontuar que o HSVP ocupa um espaço importante na saúde mental do DF. Contudo, como já pontuado, o hospital já não devia existir, pois está em desconformidade com a Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, que prevê a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos até serem fechados.

Porém, para que ocorra o fechamento de hospitais psiquiátricos como está previsto na lei, é necessário que os demais serviços alternativos sejam fortalecidos, visando a progressão na integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, com especial ênfase nos cuidados primários. Isso implica na definição de prioridades relacionadas às necessidades de saúde mental, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental. É imperativo superar a histórica negligência e exclusão da população com problemas de saúde mental, assegurando o acesso abrangente aos cuidados de saúde (Lima, Gussi, Furegato, 2018).

Por conseguinte, a RAPS reitera os princípios de salvaguarda e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, assim como aqueles com necessidades decorrentes do uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas, por meio de tratamento em serviços substitutivos de saúde mental. Desse modo, para que não ocorra a desresponsabilização do Estado, destaca-se o esforço para expandir e aprimorar o acesso à rede integral de atendimento em saúde mental, promovendo a articulação e integração de ações intersetoriais

voltadas para a reinserção social e reabilitação, processo inclui iniciativas de prevenção e redução de danos, garantindo a acessibilidade, coordenação e integração dos pontos de atenção nas redes de saúde locais, com foco na melhoria do cuidado por meio de serviços de base territorial.

Além disso, é importante ressaltar que a saúde mental está integrada à rede de atenção básica, às Unidades de Saúde (UBS) pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo e- Multi, que consiste em equipe formada por diversos profissionais da saúde que atuam de forma complementar. O DF possui um programa específico para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais, como o Adolescento, Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), que inclui a atuação de equipes multidisciplinares em unidades de saúde especializadas. Os Centro de Convivência e Cultura, Arte e Lazer (CACs), são espaços destinados a promover a reintegração social de pessoas com transtornos mentais por meio de atividades culturais, esportivas e de lazer. Apesar de estar previsto dentro do PDSM, o DF ainda não tem serviços de residências terapêuticas (SRT), que são serviços essenciais para pessoas que estão no processo de desinstitucionalização, oferecendo suporte psicossocial e acompanhamento.

2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE TEÓRICA A PARTIR DO NEOLIBERALISMO E DOS DADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DF

A rede pública de saúde do Brasil, assim como a do DF, enfrenta uma crise, que se acentuou com a pandemia da COVID 19, um dos problemas apresentados por parlamentares da Câmara Legislativa do Distrito Federal. Segundo o MPDFT (2023), há uma escassez de servidores na rede de saúde ocasionando a demora do atendimento, além de péssimas condições nas estruturas dos hospitais. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) constatou estado de calamidade no Hospital de Base de Brasília, depois de uma vistoria em suas instalações (Correio Braziliense, 2023). É válido ressaltar que o Hospital de Base é gerido pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde (Iges - DF), instituído pelo Projeto de Lei nº 1/2019, uma gestão privada da saúde. O Iges-DF também é responsável pela gestão de quinze unidades de saúde no Distrito Federal: treze Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

Isso chama a atenção para o desmonte e precarização da saúde, sendo uma das expressões da questão social, na qual a reforma neoliberal desafia a ideia do direito à saúde como um direito humano e social e empreende o caminho para sua mercantilização. A precarização em saúde se baseia na economia neoclássica liberal com a ideia de que o mercado é o melhor distribuidor de recursos e que a concorrência melhora a qualidade, porém diminui os custos. O neoliberalismo, essa corrente conservadora é a que redefine por um lado as responsabilidades do Estado, Mercado e da família (usuária do serviço). E por outro lado, cria a noção de gerir a saúde com base na contradição entre “propriedade privada” e “bens públicos”, o que tem gerado graves confusões epistemológicas (Laurell, 2016).

Para David Harvey (2008), o neoliberalismo surgiu através de uma estratégia da classe dominante de restaurar seu poder frente a crise de 1970. O neoliberalismo para Harvey é uma ideologia que molda a forma como pensamos a sociedade, o espaço e as relações de poder. O autor critica o impacto característico do neoliberalismo e como ele favorece os interesses das elites em detrimento da maioria da população, diante da reconfiguração que ocorreu com a classe dominante, o Estado passa a construir respostas diante da crise de superacumulação. Isto é, o neoliberalismo, para Harvey (2008), requer um Estado forte para implementar políticas que favoreçam o mercado, o Estado se torna um facilitador para a acumulação de

capital, promovendo a desregulamentação, cortes de impostos para os ricos e a proteção dos interesses corporativos, e este princípio atua na organização de saúde do DF.

Segundo Harvey (2008), descrever o caráter geral do Estado na era da neoliberalização é uma tarefa desafiadora, principalmente devido a duas razões específicas. Em primeiro lugar, observam-se rapidamente desvios do modelo proposto pela teoria neoliberal, e nem todos esses desvios podem ser atribuídos exclusivamente às contradições internas previamente delineadas. Em segundo lugar, a dinâmica evolutiva da neoliberalização tem induzido adaptações significativas, variando consideravelmente de lugar para lugar e de época para época. Tentar extrair uma configuração geral de um Estado neoliberal típico a partir dessa geografia histórica instável e volátil parece ser uma empreitada desafiadora.

A reforma neoliberal é a descentralização dos serviços, que na prática é a descentralização da responsabilidade política do Estado central para as instâncias político-administrativas de hierarquias mais baixas. O processo de reforma fragilizou a política de saúde, mas é notável sua resistência às disputas de mercado privado. Das principais falhas da cobertura universal de saúde, se constata a cobertura de seguro universal não foi atingida, acarretando enfraquecimento dos ainda existentes serviços públicos ou a sua franca destruição.

Esta característica é comum na implementação de políticas públicas, especialmente na saúde, a qual está sujeita a a falta de investimento em infraestrutura e recursos humanos, com o pressuposto de que o mercado e as empresas privadas resolverão o problema. Isso ocorreu apesar dos aumentos nos orçamentos de saúde pública, pois foram absorvidas por empresas privadas ou pela corrupção causando crises orçamentárias que antecipam uma nova redução dos serviços.

Como explicitado por Laurell:

A reforma neoliberal desafia, basicamente, a ideia do direito à saúde como um direito humano e social e empreende o caminho para a sua mercantilização. Essa política baseia-se na economia neoclássica com a premissa de que o mercado é o melhor distribuidor de recursos e que a concorrência melhora a qualidade e diminui os custos (3); premissas nunca comprovadas na área da saúde. (Laurell, 2016, p. 2).

Ainda segundo Laurell (2016), os “bens privados” são todos aqueles consumidos por indivíduos, categoria que inclui atenção de saúde à pessoa. Onde o modelo de cobertura

universal de saúde se concentra nos indivíduos significa que as ações de saúde pública ou os que visam a comunidade pertencem a uma lógica privada. Os “bens públicos” que devem ser responsabilidade do governo, e são definidos como aqueles caracterizados pela não exclusão (que não se pode excluir ninguém do consumo) e “não rivalidade” (seu consumo por alguém impede o consumo de outro) (Laurell, 2016, p. 3).

Com a reforma neoliberal das políticas sociais que atingiram a saúde desde os anos 1990, os serviços ficaram mais restritos e com caráter mais paliativo, o que prejudicou os usuários. Ao mesmo tempo em que garantiram os direitos e ampliaram a cidadania, constituíram-se em políticas residuais, focalizadas e pouco efetivas. Isso inclui a privatização de serviços públicos, gentrificação e expropriação de terras, desregulamentação das políticas sociais. No caso da assistência em saúde mental há um enfraquecimento dos programas e serviços de saúde, seguido de uma transferência de responsabilidades e recursos do setor público para o setor privado, o que pode levar a um acesso desigual aos serviços de saúde, isso se dá através de alterações nas regulamentações e normas que visam garantir a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, o que pode colocar em risco a saúde da população (Oka e Costa, 2022).

Um reflexo da contrarreforma da saúde foi o enfraquecimento das ações e serviços de saúde, durante o governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (2018-2022) que extinguiu a Coordenação de Saúde Mental da estrutura regimental do Ministério da Saúde, através do Decreto N° 11.098, de 20 de junho de 2022, que foi posteriormente revogado pela Decreto |n° 11.358, de 1° de janeiro de 2023.

Dessa forma, no antigo decreto, estava previsto, conforme o artigo 14, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, juntamente com a rede de atenção psicossocial destinada às pessoas com transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política se encontra subordinada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde o que resultou em prejuízos para a política de saúde mental, uma vez que a Atenção Primária é apenas um dos níveis de cuidado em saúde mental, necessitando de outros serviços complementares. Adicionalmente, a Atenção Primária à Saúde também foi afetada, conforme a Nota Técnica nº 3/2020 DESF/SAPS/MS, que fragmentou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dispositivo crucial na atenção primária.

As medidas aqui tratadas evidenciam um retrocesso no campo da saúde mental, com o intenso processo de desmonte da conquista da reforma psiquiátrica e dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, a mercantilização e a desumanização da saúde, com o desmonte sistemático dos serviços comunitários, e portarias que colaboram para restituição da lógica hospitalocêntrica e manicomial. Existe ainda, a influência do neoliberalismo sobre a sociedade e as políticas públicas sendo necessário reforçar a capacidade de solução institucional de prestação de serviços públicos, a fim de interromper o desmantelamento dos serviços públicos que se beneficiam do setor público, pois, esses são financiados com dinheiro público.

2.1 Uma análise do Governo Ibaneis a partir do Plano de Governo

O atual governador de Brasília, Ibaneis Rocha Júnior, filiado ao partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), foi eleito governador do Distrito Federal em 2018 e em 2022 foi reeleito. Durante seu discurso sobre o aniversário do Hospital de Base, o governador usou um termo problemático para se referir a pessoas com transtornos mentais, afirmando ter “loucura de trabalhar pela população” (CBN, 2023).

O discurso do atual governador é um reflexo de como a política de Saúde Mental do DF vem sendo tratada, de forma conservadora e com menor importância. Ao longo dos últimos quatro anos, houve uma diminuição progressiva na ampliação da ação da RAPS, ao mesmo tempo que os recursos para serviços como aqueles destinados às Comunidades Terapêuticas (CTs) e demais instituições asilares, aumentaram (Costa, 2020). Dessa forma, o discurso do governador parece refletir os estigmas presentes no campo do enfrentamento dos agravos em saúde mental, ao qual a política de saúde mental deve responder, sobretudo quando se verifica que o direito das pessoas com transtornos mentais parece ser secundário na gestão do referido governador. Retomando esta discussão, Moraes (2002), afirma que:

A ação política, como se sabe, é exercida por meio de vários instrumentos. E um deles, nem sempre devidamente considerado, é a produção e difusão de idéias, imagens, valores. Dizer que algo é “apenas um discurso” ou “mero reflexo” pode ser perigoso, porque arrisca ignorar que enunciados são armas. (Moraes, 2002, p.14).

Ao analisar o Plano de Governo do governador no tocante à assistência em saúde, estava prevista a criação de instituição com internação voltada para atender pessoas que fazem

uso de Substâncias Psicoativas (SPAs). No plano de governo é apresentada a proposta de criar Centros de Referências e Excelência em dependência química para encaminhar pessoas com histórico de abuso de drogas e que possuam indicação para realizar o tratamento em regime de internação. Isso é um retrocesso para a saúde mental, pois vai na contramão das diretrizes da reforma psiquiátrica, que lutou por uma assistência psiquiátrica mais humana e integrada a rede de atenção primária e pelos serviços substitutivos.

No primeiro ano de governo em 2018, foi firmada parceria com doze comunidades terapêuticas junto a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (Sejus), no âmbito do programa Acolhe DF, ligado à Subsecretaria da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (SUBED) (Silva, 2021). Ainda segundo Silva (2021), esta secretaria foi reestruturada em 2019 e conta com um conselho e uma gerência. Em 2022, as comunidades terapêuticas do DF receberam um repasse de 3 milhões, segundo o portal de transferências do DF, o Fundo Antidrogas do Distrito Federal (FUNPAD/DF).

O DF continua com uma baixa cobertura da rede de atenção psicossocial de modo que os indícios apresentados são suficientes para afirmar que não há preocupação em estabelecer política pública por parte do governador em melhorar a situação da saúde mental no DF. A ação política do governador é permeada pela visão neoconservadora que cria uma contrarreforma psiquiátrica, onde serviços como Comunidades Terapêuticas e Hospitais são priorizados em detrimento dos serviços de base territorial.

Os serviços que ainda existem vem sendo sistematicamente sucateados, fortalecendo a comercialização da assistência em saúde mental. A mercantilização do serviço pode resultar em disparidades de acesso, pois nem todos podem arcar com os custos dos serviços. Segundo dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), em 2017, 70% da população do DF é dependente do sistema público e gratuito do SUS. Deste modo, quando os serviços públicos de saúde são privados ou insuficientes para atender as demandas, a população acaba recorrendo aos serviços privados, o que gera implicações negativas no acesso universal da política de saúde. Como destaca Bravo:

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de

Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (Bravo, 2006, p. 14).

Costa e Mendes (2023) analisam como o FUNAD vem sendo utilizado no financiamento das políticas de Saúde Mental, álcool e outras drogas, apontando os retrocessos da contrarreforma psiquiátrica. É possível observar que o Governo do DF em conjunto com o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) financia a lógica asilar manicomial. Por meio do fortalecimento de instituições como as Comunidades Terapêuticas, os recursos são repassados apenas para as CTs e nenhum outro serviço da RAPS se beneficia do recurso público.

Por outro ladoo Relatório Nacional da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas aponta que a assistência à saúde mental tem uma estrutura baseada na religião e com a imposição de trabalho às pessoas com transtornos mentais, quando institucionalizadas, em condições análogas à escravidão, sem equipe qualificada para tratar as pessoas que utilizam o serviço (Do Cidadão *et al*, 2018).

De acordo com o órgão ministerial e informações colhidas no sítio da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal, a projeção estatística revela a média de 75 mil pessoas com transtornos severos e 225 mil com situações psiquiátricas alteradas, precisando de assistência no Distrito Federal (Silva, 2022). Isso revela a necessidade de mais serviços territoriais e de fortalecimento da RAPS no DF para atender à crescente demanda.

Como reação da sociedade face a este fenômeno, há uma ação civil pública de número 2010.01.1.067203-4 ⁴ que determinou a implementação de dezenove Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, com a devida estrutura e equipe multidisciplinar qualificada, como forma de concretização do enunciado constitucional contido na legislação, nomeadamente, a Lei Distrital N° 975/95 e Lei Federal N° 10.215/2001 (Distrito Federal, 2022). De acordo com a sentença, o governo distrital tem que ampliar a rede de atenção psicossocial, como parte disso, para além da construção de dezenove CAPS também devem ser criados vinte e cinco

⁴Processo 2010.01.1.067203-4. Disponível em: <https://cacheinternet.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjcgilNXTPGM=tjhtml105&SELECAO=1&ORIGM=INTRA&CIRCUN=1&CDNUPROC=20100110672034>. Acesso em 5 de maio de 2023.

serviços de Residências Terapêuticas. Tendo em vista, que a quantidade de CAPS existentes no DF atualmente não é suficiente, já foram implantados cinco serviços, sendo necessária a construção de mais quatorze CAPS para cumprimento da decisão. A ação também exigia construção de serviços residências terapêuticas (SRT's), com o objetivo de atender às necessidades de moradia de pessoas atingidas por transtornos mentais graves, institucionalizadas por período igual ou superior a dois anos. A sentença deveria ter sido cumprida até o final de 2017, mas até o presente momento não há dados ou informações de cumprimento da referida ação.

2.2 Comunidade Terapêuticas e suas implicações para a saúde mental no DF

Considerando as determinações da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas atingidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ainda assim, o conteúdo da lei continua privilegiando o oferecimento de tratamento sem instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

No caso das Comunidades Terapêuticas, a ideia de abstinência está associada a métodos tradicionais de cuidado psiquiátrico, destacando-se a internação dos pacientes em instituições fechadas. Nesses locais, os indivíduos são submetidos a isolamento social, sujeitos a rigorosas normas de comportamento e convívio, e permanecem sob a supervisão e orientação de uma equipe gestora.

No caso do DF, o governo local instituiu um programa próprio de financiamento público de CTs, à semelhança do governo federal, em função do qual os CAPS AD tornaram-se porta de entrada para as CTs financiadas. Isto é, para que uma CT recebesse financiamento distrital pelo acolhimento de pacientes, estes deveriam ser, primeiramente, examinados pelos CAPS AD. Caso a equipe do CAPS AD considerasse necessário, esta poderia encaminhar o paciente a CTs. (Santos e Pires, 2020, [p. 2]).

As Comunidades Terapêuticas apresentam como pilares constitutivos a privação de liberdade, caráter asilar, laborterapia, abordagem religiosa, e prática da abstinência para tratar usuários que fazem uso abusivo de psicoativos. As comunidades terapêuticas são nomeadas secundouma denominação religiosa e são coordenadas por igrejas evangélicas (Do Cidadão *et al*, 2018). A respeito do perfil dos sujeitos, Santos e Pires (2020) enfatizam que:

Há que se considerar ainda que o recurso às CTs como componente de abrigo da Raps, ante a indisponibilidade de UAs, pode acabar impondo uma segmentação das opções assistenciais, em função do grau de vulnerabilidade social em que se encontrem os pacientes. Os mais vulneráveis – para quem a falta de abrigo pode ser determinante da possibilidade de receber cuidados – tendem a ser encaminhados para internação nas CTs, enquanto os que detêm mais recursos podem desfrutar dos benefícios do tratamento em liberdade. Delineia-se, assim, um efeito perverso de produção, ou reprodução de desigualdades sociais, a partir de um serviço que se pretende universal. (p. 3).

Além disso, a Portaria nº 3. 588, de 21 de dezembro de 2017, é considerada um retrocesso para a Reforma Sanitária, visto que, a portaria implementa normativas que subsidiam hospitais psiquiátricos, hospitais dia, unidades ambulatoriais especializadas e CAPS AD IV. Atualmente, a portaria foi revogada pela Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM⁵/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e ripristina redações, por serem consideradas um retrocesso para a RAPS.

De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), o ponto de partida da 'nova' abordagem política pode ser identificado na Resolução Nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), datada de 14 de dezembro de 2017. Essa resolução estabelece as diretrizes atualizadas para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ao reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e até mesmo a orientação clínica da RAPS, ela representa uma mudança significativa. Embora o texto declare considerar a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, introduz, pela primeira vez desde que a Reforma Psiquiátrica a inclusão do hospital psiquiátrico como componente integral do cuidado na rede, indicando simultaneamente um aumento no financiamento para essa área específica.

Por isso, pode-se considerar os dispositivos instituídos na RAPS pela Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017 um retrocesso para a política de saúde mental, e toda luta antimanicomial, pois, essa portaria reforça a narrativa hospitalocêntrica e ambulatorial na contramão da atenção extra-hospitalar e territorial-comunitária que vem sendo cada vez mais sucateada.

Além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps),

⁵ A sigla GM/MS se refere ao Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde.

mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar. (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2022, pág. 6).

Em consequência disso, no DF, a baixa cobertura dos serviços da RAPS no DF, contribui para a superlotação de unidades de atendimento nos CAPS e leitos hospitalares. A falta de capacidade para atender à demanda resulta em condições inconvenientes de tratamento e longos tempos de espera. Com isso, a população que necessita de aparelhos acabam sendo encaminhada para serviços como os das Comunidades Terapêuticas e Hospitais psiquiátricos. Isso reflete a falta de investimento na promoção da saúde mental na atenção primária desarticulada da integração à assistência em saúde mental. Torna-se pertinente a atenção básica de saúde para uma abordagem mais abrangente e acessível, visto que as demandas apresentadas pelos usuários são diversas e demandam atendimento intersetorial (Costa; Mendes, 2020).

Os retrocessos presentes na política de saúde mental do DF, se expressam na quantidade da mão de obra, segundo o relatório Saúde Mental em Dados (Distrito Federal, 2022), documento elaborado pela Diretoria de Saúde Mental do DF (DISSAM), com o objetivo de fornecer dados sobre a Rede de Atenção Psicossocial surgida durante a 3ª Conferência Distrital de Saúde Mental do Distrito Federal. Este documento foi concebido com o propósito de fornecer orientações técnicas para a priorização das propostas em discussão, além disso, sua função estende-se à prestação de subsídios para a elaboração do Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial 2024-2028.

Com base no Relatório Saúde Mental em Dados, há um déficit em diversas áreas da saúde, em especial na atenção psicossocial do DF., Esse déficit chega a 9.000 (nove mil horas), com uma escassez de 200 profissionais, sendo que há necessidade de mais contratações para a RAPS. Segundo o relatório Saúde Mental em Dados⁶, entre 2021 e 2022,

⁶Relatório Saúde Mental em Dados. Disponível em: <https://cacheinternet.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjegi1NXTPGM=tjhtml105&SELECAO=1&ORIGEM=INTRA&CIRCUN=1&CDNUPROC=20100110672034>. Acesso em 12 de outubro de 2023.

os CAPS do DF fizeram mais de 355 mil atendimentos, em 2022 foram realizados 178.988 atendimentos e 176.628 em 2021 (Distrito Federal, 2022).

Os atendimentos realizados por uma equipe multidisciplinar carecem de investimento adequado na área de saúde mental prejudicando a atuação desses profissionais, além de prejudicar a população usuária que precisa se deslocar de sua região de origem para conseguir atendimento em serviços como o CAPS, a insuficiência de recursos financeiros para expandir serviços, construir novos centros de atendimento, contratar profissionais especializados e fornecer tratamento de qualidade.

(...) O número insuficiente de equipamentos, que leva os existentes a se sobrecarregarem, com uma área de abrangência superior àquela com a qual sua capacidade operacional permite trabalhar. Há, também, reduzido número e escassa variedade de profissionais, o que limita as possibilidades de articulação de ações múltiplas e criativas. (Sousa e Jorge, 2018, p. 8).

Dessa forma, há uma contrarreforma psiquiátrica na política de saúde mental, considerados o aumento do repasse orçamentário às comunidades terapêuticas, a manicomialização e mercantilização da política de saúde mental e a centralidade nos hospitais psiquiátricos, através de resoluções e portaria e notas técnicas.

Entre os retrocessos, aponta-se ainda a criação de CAPS AD IV, que tinha como indicação ser construído em locais onde se tem maior número de usuários que fazem uso abusivo de psicoativos assemelhando-se a hospitais psiquiátricos. O CAPS AD IV altera a abordagem de cuidado adotada pelos demais CAPS ao se posicionar como um serviço destinado a fornecer 'assistência às urgências e emergências', em detrimento do enfoque na atenção à crise fundamentada no estabelecimento de vínculos terapêuticos, conforme era prática até então.

A revogação dessa portaria corrobora um maior alinhamento entre a política de saúde mental e reforma sanitária contra a mercantilização e privatização da política de saúde mental. A Resolução CIT nº 32/2017, a Portaria nº 3.588/2017 e a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde sinalizam o aumento do financiamento de hospitais psiquiátricos, promovem estímulos à eletroconvulsoterapia e abrem precedentes para a internação de crianças e adolescentes. Em termos práticos, esses pontos evidenciam a precarização e

desmonte dos serviços da RAPS, em especial os CAPS em consonância com o caráter contrarreformista que a política de saúde vem de forma sistemática sofrendo.

3 MAPEANDO A REALIDADE DOS CAPS: DESAFIOS E CONQUISTAS NO DISTRITO FEDERAL

O modelo de regionalização da saúde no DF foi institucionalizado pelo Decreto Nº 37.515 de 26 de julho de 2016, através do qual foi instituído o Programa de Gestão Regional de Saúde (PRS). “A operacionalização do PRS será realizada por meio de Acordos de Gestão Regional (AGR) entre a SES-DF (Secretaria de Saúde do Distrito Federal) e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital e os Acordos de Gestão Local (AGL), que é a formalização de acordos entre as Regiões de Saúde e suas unidades de saúde subordinadas (SESDF, 2023).

A descentralização da saúde no DF inclui sete regiões de saúde: Central, Centro-Sul, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul. As unidades de referência – Hospital de Base, Hospital de Apoio e Hospital São Vicente de Paulo, também estão inseridas nesse processo. Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a regionalização em saúde, é uma forma de instrumentalização para que se tenha uma disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, para que dessa forma a cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social.

O processo de regionalização da saúde⁷ no Distrito Federal é orientado pelas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde contidas no Decreto Nº 7.508, de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Conforme o Decreto Distrital nº 37.515, de 26 de julho de 2016, a Região de Saúde é definida como: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas (RA) limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Os conceitos definidos pela normativa nacional foram adaptados à realidade do DF por este decreto.

⁷ Regiões de saúde. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/pt/web/guest/regioes-de-saude>. Acesso em 11 de janeiro de 2024.

No decurso do Estágio no CAPS III, foi concebível a oportunidade de acompanhar a pesquisa realizada pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, em conjunto com a Coordenadoria Executiva Psicossocial (Ceps) em 2021 e 2022, a pesquisa aponta as dificuldades a serem superadas e possíveis soluções para os problemas nos serviços públicos de saúde mental. Além de ter sido possível também acompanhar as discussões realizadas nos grupos focais coordenados pelo MPDFT no CAPS em estudo como parte da análise da situação dos CAPS.

Os quadros que serão apresentados neste capítulo são uma representação daquilo que foi possível observar ao longo do estágio e dos dados obtidos através do relatório Saúde Mental do DF em Dados e do Estudo da Necessidade de Priorização de CAPS no DF.

Destarte, o Quadro 1 explica a composição das regiões de saúde do DF, a modalidade de CAPS existente na região de saúde e as modalidades que não existem em determinada região, além da população de cada região de saúde.

Quadro 1 - Regiões de Saúde e Modalidade de Cobertura de CAPS no DF

| REGIÕES DE SAÚDE | REGIÕES ADMINISTRATIVAS | MODALIDADE E DE CAPS SEM COBERTURA NA REGIÃO DE SAÚDE | MODALIDADE E DE DE CAPS EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE | POPULAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE |
|-------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| Central | Plano Piloto, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal e Varjão | X | CAPS II Brasília CAPS i Brasília CAPS ad III de Brasília | 404.353 |
| Central-Sul | Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento - SIA e Setor | CAPS i | CAPS II Riacho Fundo CAPS AD II Guará | 367.468 |

| | | | | |
|----------|--|----------------------------------|---|---------|
| | Complementar de Indústria e Abastecimento - SCIA/Estrutural. | | | |
| Sul | Gama e Santa Maria | CAPS i CAPS II ou CAPS III | CAPS AD II de Santa Maria | 277.823 |
| Sudoeste | Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia e Arniqueira. | X | CAPS II de Taguatinga CAPS i de Taguatinga CAPS i do Recanto das Emas CAPS III de Samambaia CAPS AD III de Samambai | 857.986 |
| Norte | Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal | X | CAPS II Planaltina CAPS i Sobradinho CAPS AD II Sobradinho | 369.655 |
| Leste | Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico | CAPS i | CAPS II Paranoá CAPS AD II Itapoã | 337.796 |
| Oeste | Brazlândia, Ceilândia e Sol Nascente/ Pôr do Sol | CAPS II ou CAPS III CAPS i | CAPS I de Brazlândia CAPS AD III Ceilândia | 514.933 |

Fonte: Adaptado pela Autora a partir dos dados da SES - DF 2022.

No Quadro 1, são apresentadas as regiões de saúde e as regiões administrativas que são atendidas, e a população, segundo Relatório da SES/DF, em conjunto com a DISSAM/SAIS/COASIS, a cobertura dos CAPS é heterogênea, pois não há CAPS de todas as modalidades nas setes regiões de saúde. No estudo, também são apresentadas as principais dificuldades de implementação do novo CAPS, como “(...) fatores no âmbito dos ritos hierárquicos inerentes à administração pública, além de alinhamento com as normativas

ministeriais vigentes, demandas da população, usuários e do controle social, critérios epidemiológicos, de vulnerabilidade da população, recursos humanos, estruturais e orçamentários, entre outro”, conforme é apresentado pelo Estudo da Necessidade de Priorização dos CAPS no DF⁸ (Distrito Federal, 2022, p. 11).

No Quadro2, é apresentada a cobertura dos CAPS no DF, como as modalidades existentes e sua área de abrangência. “A região de saúde com o maior contingente populacional é a Sudoeste, com 796.477 habitantes, seguida pela Região Oeste com 486.591 habitantes. As demais apresentam um total populacional semelhante, ou seja, com uma média 319 mil habitantes” (MPDFT, 2022, p. 16). Dessa forma, conforme apresentado nos quadros 1 e 2, é possível observar que a área de abrangência e a modalidade de CAPS disponível por cada região é insuficiente e ainda operam acima do que está previsto na Portaria MS/GM 336/2002.

Ainda de acordo com os Quadros 1 e 2, apenas as áreas Central, Norte e Sudoeste contam com cobertura total de todas as modalidades de atendimento oferecidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para crianças, adolescentes e adultos com necessidades em saúde mental. Em contrapartida, as regiões Centro-sul, Sul, Leste e Oeste não têm abrangência completa em todas as modalidades de atendimento, resultando no deslocamento dos usuários para outras regiões de saúde. Conforme a legislação, é recomendado que as Regiões de Saúde disponham de todas as modalidades de CAPS, a fim de seguir as diretrizes de atenção integrada (Brasil, 2002).

No entanto, observa-se que a estrutura da rede de Centros de Atenção Psicossocial não atende ao critério de proporção ideal em relação à população do território, conforme estabelecido pelo Pacto pela Saúde. As regiões de saúde como espaços territoriais complexos estão organizadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (Brasil, 2010). Isso inclui uma rede de transporte compartilhado para facilitar o acesso dos usuários, distribuição territorial equitativa e garantia de tempo de resposta adequado para um atendimento qualificado, eficiente e universal (MPDFT, 2023).

⁸Estudo de Necessidade de Priorização dos CAPS no DF. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo_da_Necessidade_e_Priorizacao_de_CAPS_no_DF_Versao_Final_.pdf/ee081399-067e-a12b-33a4-928eb828a6c8?t=1663176724925. Acesso em 7 de Abril de 2023.

O Quadro 2 apresenta as áreas de abrangência dos CAPS de acordo com a região administrativa que compõe e é atendida de acordo com a modalidade e unidade existente. O quadro demonstra que existem Centros de Atenção Psicossocial que prestam atendimento a usuários provenientes de mais de uma região de saúde, como evidenciado na tabela subsequente:

Quadro 2 - Área de Abrangência dos CAPS

| MODALIDADE | UNIDADE | ABRANGÊNCIA |
|-------------------|-------------------------|---|
| CAPS I | CAPS I | Brazlândia |
| CAPS I | CAPS i Brasília | Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim, Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way |
| | CAPS i Taguatinga | Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Sol Nascente, Areal, Arniqueiras |
| | CAPS i Recanto das Emas | Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo 1 e 2, Núcleo Bandeirante, Candangolândia |
| | CAPS i Sobradinho | Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste |
| CAPS II | CAPS II Paranoá | Paranoá (áreas urbanas e rurais), Paranoá Parque, Itapoã, Condomínios do Jardim Botânico, Condomínios do Altiplano Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueiral, São Sebastião e rural) |
| | CAPS II Planaltina | Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbanas e rurais) e Fercal |
| | CAPS II Brasília | Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro |

| | | |
|-------------|------------------------|--|
| | CAPS II Taguatinga | Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueira, Sol Nascente (exceto QNM e QNN) |
| | CAPS II Riacho Fundo | Estrutural, Candangolândia, Guará I e II, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo 1 e 2, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria |
| CAPS AD II | CAPS AD II Guará | Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way |
| | CAPS AD II Santa Maria | Gama e Santa Maria |
| | CAPSAD II Sobradinho | Planaltina, Sobradinho I e II, Sobradinho II, Fercal |
| | CAPS AD II Itapoã | Paranoá (áreas urbanas e rurais), Paranoá, Parque, Itapoã, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral |
| CAPS III | CAPS III Samambaia | Recanto das Emas, Samambaia, QNN/ QNM de Ceilândia |
| CAPS AD III | CAPS AD III Ceilândia | Ceilândia |
| | CAPS AD III Samambaia | Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Clara, Arniqueiras, Vicente Pires |
| | CAPS AD III Brasília | Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Telebrasília, Sudoeste e Varjão |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Estudo da Necessidade de Priorização de CAPS no DF (2022).

Outro fator evidenciado pelo Quadro 2 é que alguns equipamentos atendem a mais de uma Região de Saúde, como é o caso do CAPS II nas localidades do Paranoá, Taguatinga e Riacho Fundo; o CAPS III em Samambaia; e o CAPS I em Brasília, Taguatinga e Recanto das Emas. Os CAPS AD II e AD III, por sua vez, prestam serviços exclusivamente às Regiões Administrativas que fazem parte da respectiva região de saúde em que estão inseridos. É

fundamental destacar, conforme apresentado na Tabela 1, que esses equipamentos atendem usuários provenientes de outras regiões de saúde. Por exemplo, o CAPS I de Brasília, situado na região central, também presta assistência à população das regiões centro-sul e leste. Da mesma forma, o CAPS II de Taguatinga, localizado na região sudoeste, acolhe os usuários da região oeste. Por outro lado, os equipamentos das regiões Norte e Oeste oferecem atendimento exclusivamente aos pacientes que residem em suas áreas de abrangência.

Enquanto, a Região Centro-Sul carece de instalações destinadas ao tratamento de crianças e adolescentes que enfrentam transtornos psíquicos graves. Essa faixa etária recebe assistência na Região Central. O Quadro 1 evidencia que algumas Regiões Administrativas (RAs) da Região Centro-Sul não fazem fronteira com Brasília, onde está localizado o CAPS I designado para esse grupo, como é o caso do Riacho Fundo I e II. Na Região Sul, há apenas um serviço destinado a pessoas com transtornos associados ao uso e dependência de substâncias psicoativas, sem abrangência nas demais categorias. As necessidades da população infantojuvenil com problemas mentais são atendidas na Região Sudoeste, enquanto as demandas relacionadas ao cuidado de adultos com questões de saúde mental são supridas na Região Centro-Sul (Distrito Federal, 2022).

Quanto à Região Oeste, ela dispõe de um CAPS I que oferece assistência em todas as modalidades, embora sua cobertura esteja limitada à Região Administrativa (RA) de Brazlândia. Nas RAs de Ceilândia e Sol Nascente/Pôr do Sol, a cobertura se restringe a serviços destinados exclusivamente ao atendimento de adultos que fazem uso de substâncias psicoativas. As necessidades relacionadas à saúde mental de adultos, crianças e adolescentes são atendidas na Região Sudoeste (MPDFT, 2022).

Além disso, considerando a análise, para a Região Leste (compreende as cidades administrativas do Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico), a falta de atendimento específico para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos derivados do uso e dependência de substâncias psicoativas resulta na busca por assistência na Região Central.

A prestação de serviços em saúde mental é categorizada em três modalidades, a primeira envolve o atendimento a adultos em sofrimento psíquico grave, podendo ser oferecido pelo CAPS I, CAPS II ou CAPS III, enquanto a segunda abrange o cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, disponível nos CAPS I e CAPSi, Em relação à

terceira modalidade, que aborda o atendimento a pacientes a partir dos 16 anos com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, é possível realizar a assistência através do CAPS I, CAPS AD II, CAPS AD III (Distrito Federal, 2022).

O Quadro 3 apresenta a situação dos CAPS no DF trazendo uma amostra dos CAPS que são habilitados junto ao Ministério da Saúde e aquelas que estão funcionando mesmo sem estarem habilitados.

Quadro 3 - Situação da Habilitação dos CAPS

| CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | HABILITADO |
|---------------------------------------|-------------------|
| CAPS II Planaltina | Em funcionamento |
| CAPS AD II Sobradinho | Habilitado |
| CAPS i Sobradinho | Habilitado |
| CAPS AD II Santa Maria | Habilitado |
| CAPS II Paranoá | Habilitado |
| CAPS AD Itapoã | Habilitado |
| CAPS AD III Ceilândia | Habilitado |
| CAPS I Brazlândia | Em funcionamento |
| CAPS i Recanto das Emas | Em funcionamento |
| CAPS II Samambaia | Habilitado |
| CAPS AD III Samambaia | Habilitado |
| CAPS II Taguatinga | Habilitado |
| CAPS AD III Taguatinga | Em funcionamento |

| | |
|----------------------|------------------|
| CAPS AD I Brasília | Em funcionamento |
| CAPSi Plano Piloto | Habilitado |
| CAPS AD III Candango | Habilitado |
| CAPS AD II Guará | Habilitado |
| CAPS II Riacho Fundo | Habilitado |

Fonte: Adaptado pela autora a partir do Estudo Técnico da Necessidade e Priorização de CAPS no DF, 2022.

O Quadro 3 apresenta outra problemática: o desafio de atualizar a certificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto ao Ministério da Saúde (MS), conforme o tipo de serviço oferecido. O CAPS III Samambaia precisa ser reclassificado, uma vez que sua habilitação atual é como CAPS II. Por outro lado, o CAPS I Taguatinga estava originalmente habilitado como CAPS AD III, mas foi temporariamente desabilitado para ajuste  sua modalidade de funcionamento, aguardando a validação e publicação da proposta pelo MS (MPDFT, 2023). Ainda segundo o MPDFT, outros três CAPS (CAPS I Brazndia, CAPS II Planaltina e CAPS II Brasília) demandam adaptações em seus espaços físicos para possibilitar a habilitação ministerial.

Essa atualização requer, entre outros fatores, a garantia da disponibilidade de recursos humanos para compor as equipes, sendo crucial resolver o déficit atualmente presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isso gera uma considerável demanda reprimida por serviços de saúde mental no Distrito Federal, sendo uma das causas principais a habilitação de apenas 13 (treze) dos 18 (dezoito) Centros de Atenção Psicossocial (Caps) pelo Ministério da Saúde, resultando na falta de suporte financeiro para os cinco não contemplados. Essa lacuna impacta negativamente na qualidade do atendimento prestado.

Ademais, a não habilitação dos CAPS junto ao Ministério da Saúde acarreta diversas consequências que impactam diretamente a prestação de serviços de saúde mental. A habilitação é um processo essencial para garantir que a unidade atenda aos padrões e critérios estabelecidos, assegurando a qualidade e a eficiência do atendimento. A habilitação está diretamente relacionada à alocação de recursos financeiros, um CAPS não habilitado pode enfrentar restrições orçamentárias significativas, ou em desacordo com o serviço ofertado,

pois cada CAPS de acordo com a Portaria nº 336 de 19, de fevereiro de 2002, possui uma modalidade que oferta determinado serviço para uma população específica, isso pode comprometer a capacidade de oferecer serviços abrangentes e de qualidade. Outra implicação para o serviço é que a habilitação define o tipo e a amplitude dos serviços que uma unidade de saúde mental pode oferecer.

A falta dessa certificação pode resultar na impossibilidade de disponibilizar determinados tratamentos ou intervenções, prejudicando a abordagem integral e especializada necessária para atender às diversas necessidades dos usuários, assim como é crucial para a integração efetiva do CAPS na RAPS, pode dificultar a colaboração e a articulação com outros serviços de saúde mental, prejudicando a continuidade e a complementaridade do cuidado. De modo que, a habilitação é parte integrante do processo de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental, a ausência dessa certificação dificulta a avaliação da efetividade, da eficiência e da qualidade dos serviços, comprometendo a capacidade de implementar melhorias contínuas.

Além disso, a não habilitação de um CAPS junto ao Ministério da Saúde representa um obstáculo significativo para o pleno funcionamento e para a oferta adequada de serviços de saúde mental, prejudicando não apenas a unidade em si, mas também a população que depende desses serviços. A habilitação influencia ainda na composição das equipes de saúde mental, definindo os profissionais necessários para o funcionamento adequado do CAPS, de forma que a não habilitação pode resultar em inadequações na equipe, afetando negativamente a qualidade do atendimento.

Quadro 4 - Equipes mínimas que devem compor o CAPS

| |
|---|
| Profissionais que trabalham nos CAPS |
| <p>CAPS I</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; • 1 enfermeiro; • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; |

CAPS II

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior;
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSad

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas

- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Como explicitado pelo Quadro 4, no DF, de acordo com o relatório Saúde Mental em Dados, elaborado pela SES/DF e DISSAM (2022), há uma carência de profissionais na Atenção Psicossocial especializada, com falta de profissionais especializados, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, Assistentes Sociais entre outros. Ainda de acordo com o relatório, o déficit na carga horária de profissionais nos CAPS de todo o DF chega a aproximadamente 9 mil horas, isso significa que há uma carência de 200 servidores.

A escassez de profissionais na área da saúde mental, particularmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem gerado consequências significativas, impactando diretamente na qualidade do atendimento, dessa forma, a carência de profissionais qualificados nos CAPS do DF contribui para uma sobrecarga de demanda, resultando em filas de espera extensas e atendimentos mais breves do que o ideal. Isso implica em um acompanhamento menos efetivo, e conseqüentemente, o déficit de profissionais também repercute na qualidade de vida dos próprios trabalhadores da saúde mental. Com carga horária extensa, pressões constantes e falta de suporte podem resultar em esgotamento profissional, afetando diretamente a qualidade do serviço prestado e a relação terapêutica entre profissional e paciente (MPDFT, 2023).

Além disso, a sobrecarga é agravada pela capacidade operacional limitada dos serviços em relação à extensão da população atendida. Por exemplo, o CAPS infanto-juvenil de Brasília, com uma área de cobertura abrangendo aproximadamente 800 mil habitantes, tem um limite de atendimento de apenas 300 mil pessoas definido pela Secretaria de Saúde (SES). Similarmente, o Caps II de Taguatinga, destinado a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, deveria atender a uma população de 200 mil pessoas, mas sua área de abrangência inclui mais de 850 mil (MPDFT, 2023).

Uma das problemáticas que o sucateamento da saúde gera é desresponsabilização do Estado e da RAPS sobre o direito da pessoa com transtorno mental, a sobrecarga que recai sobre a família quaisquer sejam seus arranjos. Segundo Barros (2019), família pode se

configurar de forma monoparental ou mononuclear (aquela que surge da interação de um dos genitores com os filhos, resultante de vários fenômenos sociais). Durante o estágio supervisionado, uma das realidades que se apresentava era a da responsabilização da família como único responsável pelo cuidado dos usuários do serviço com transtornos mentais, quando os dispositivos disponíveis na rede eram insuficientes para atender a demanda apresentada pela família.

Em consequência disso, essa responsabilização da família acentua e reflete a transferência gradual da proteção social do Estado para as instâncias privadas como a família, além de contribuir para que a sociedade exacerbe o estigma associado às condições mentais. Ao designar a família como essencial para o desenvolvimento e promoção do bem-estar de seus membros, e reconhecê-la como um local essencial à humanização e socialização, o Estado deveria simultaneamente garantir, por meio de políticas públicas, as condições necessárias para que ela desempenhasse seu papel protetivo. No entanto, isso não ocorre, como salientado por Fávero, Vitale e Baptista (2008, p. 76), que observam que a família em situação de vulnerabilidade social é frequentemente 'premiada' pela desigualdade, sendo sua participação em programas sociais, especialmente os de assistência social, limitada e, quando presente, não acompanhada por intervenções sociais efetivas.

3.1 A Rede de CAPS no DF: sua relevância

A criação dos CAPS está relacionada ao movimento de desinstitucionalização, que busca reduzir a ênfase em internações psiquiátricas de longa duração em hospitais psiquiátricos. Os CAPS proporcionam uma alternativa mais humanizada e comunitária para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Ao adotar uma abordagem comunitária, os CAPS contribuem para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, eles visam integrar os pacientes em suas comunidades, reduzindo o estigma associado à saúde mental e promovendo a participação ativa na sociedade. Ao contrário dos antigos modelos centralizados em hospitais psiquiátricos, os CAPS estão inseridos nas comunidades, facilitando o acesso das pessoas aos serviços de saúde mental, isso contribui para uma intervenção mais rápida e eficaz.

Os CAPS, ainda sofrem com a execução inadequada da Rede de Atenção Psicossocial, cujo propósito é integrar serviços de diversos níveis de complexidade, visando fornecer um cuidado abrangente na área de saúde mental. Foi observado que há desafios significativos

resultando em fluxos de atendimento pouco definidos, a ausência de residências terapêuticas para abrigar pacientes que necessitam desse tipo de assistência. Entre os desafios, destacam-se a escassez de investimentos em serviços e equipes expandidas, bem como em programas de educação continuada. Essa carência prejudica a substituição efetiva dos hospitais psiquiátricos. Além disso, o ressurgimento da cultura manicomial é evidente, impulsionado pela patologização e medicalização da sociedade, respaldadas pelo modelo biomédico e tradicional de saúde, em detrimento da abordagem proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Em relação aos retrocessos, é relevante ressaltar que a Nota Técnica nº 11/2019, que instaura o hospital psiquiátrico como um componente da RAPS, este, conforme definido pelo renomado autor Goffman⁹ (1961), é considerado uma instituição total. O documento impõe como único e imperativo objetivo das "Estratégias de tratamento" a busca pela abstinência das pessoas com transtorno mental, ignorando a perspectiva fundamental da Redução de Danos. Dessa forma, a situação atual é caracterizada pelo retorno das pessoas ao território após saírem de instituições, e muitas delas podem estar enfrentando desafios significativos (MPDFT, 2023).

Com os possíveis declínios nos serviços e equipes da Rede que compõem as políticas públicas, há o risco de que essas pessoas fiquem desassistidas e à deriva em seus territórios, onde habitam. Elas podem se encontrar em domicílios isolados, desempregadas e sem acesso a recursos que garantam sua proteção. Algumas podem estar vivendo nas ruas, envolvidas ou não no consumo de drogas. Muitas estão em situação de vulnerabilidade e risco social, talvez algumas tenham acesso a pontos de atenção e cuidado, enquanto outras não.

No entanto, ainda que a Política Nacional de Saúde Mental tenha avançado, implantando e implementando serviços específicos de Atenção às pessoas com transtorno mental, esta reestruturação psicossocial esbarra em limites na garantia de acesso aos serviços da RAPS, que carece de ampliação da sua rede cobertura (Furegato, Gussi e Lima, 2018).

Ademais, Furegato, Gussi e Lima (2018) explicitam desafios institucionais tais como a escassez quantitativa de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros dispositivos na teia da Rede de Atenção Psicossocial. Apontam ainda para a limitada integração entre os

⁹Erving Goffman, foi um cientista social, antropólogo e sociólogo. Na obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, em 1961, o autor vai indicar que certos mecanismos de estruturação de uma instituição determinam a sua condição de instituição total e acarretam consequências na formação do eu do indivíduo que nela participa sob determinada condição.

diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a rede hospitalar, atenção básica, serviços de urgência e emergência, e dispositivos de reabilitação. Destacam também a carência de profissionais de saúde em quantidade suficiente, condições de trabalho inadequadas e a falta de ênfase da gestão na priorização da atenção à saúde mental na agenda política local, mesmo diante dos esforços da coordenação de saúde mental para impulsionar avanços na Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal.

Há um descompasso entre a proposição do modelo psicossocial e a sua efetiva materialização, indicando que, apesar da elaboração teórica ou conceitual do modelo psicossocial, a sua aplicação prática não está ocorrendo conforme o esperado. Essa discrepância associada à falta de recursos, resistência institucional, a efetiva materialização do modelo psicossocial, requer a implementação de medidas concretas que estejam alinhadas com os princípios e objetivos propostos.

Entende-se que o modelo de atenção psicossocial territorial, a produção do cuidado deve ocorrer através da articulação em níveis de complexidade das ações e serviços, criando uma integralidade do cuidado para a superação do "não lugar" que as pessoas com transtorno mental ocupam devido à exclusão de serviços aos quais têm direito, muitas vezes justificada pelo estigma. Como explicitado por Nunes, Guimarães e Sampaio (2016):

Evidencia-se a ampliação quantitativa de serviços, particularmente CAPS, no entanto, desacompanhada de mecanismos de articulação e regulação. Desse modo, não foram construídos fluxos assistenciais que efetivem a conectividade entre os distintos serviços da rede, o que dificulta o encaminhamento dos usuários que necessitam ser atendidos em outros serviços de saúde, contribuindo, assim, para a descontinuidade do cuidado em saúde mental, gerando demanda reprimida e estrangulamento da capacidade de atendimento. (Nunes, Guimarães e Sampaio, 2016, p. 1225).

Ao operar e concretizar o princípio da integralidade na produção da atenção e cuidado, pode se utilizar Estratégias de Atenção Psicossocial (EAPS), essas práticas podem atribuir um novo significado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a sua atual gama de ações ambulatoriais, representando uma abordagem que ultrapassa as fronteiras das instituições enquanto entidades isoladas, ela as concebe como dispositivos orientados para a ação em resposta às demandas sociais do território. Essa perspectiva se afasta de um sistema rigidamente organizado e hierarquizado por níveis de complexidade na atenção, essas práticas podem atribuir um novo significado aos CAPS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta monografia, a partir das reflexões apresentadas, apontam para a continuidade da precarização dos serviços da RAPS, em especial os Centros de Atenção Psicossocial, enquanto os serviços de caráter manicomial ganham cada vez mais recursos, de modo que, os serviços de base territorial e comunitária estão sendo sucateados de forma sistemática por uma política neoliberal que prioriza uma assistência em saúde mental excludente.

Compreende-se a importância da atuação do Assistente Social de sistematizar e compreender o contexto histórico-social da organização e serviços da política de saúde mental, em um contexto de desmonte e sucateamento das políticas públicas, especialmente a política de saúde mental que está sendo desestruturada, a fim de ser enfraquecida, em oposição aos setores que atuam na lógica antimanicomial, hospitalocêntrica, com o das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos que seguem sendo custeados com o fundo público.

É necessário, que o DF priorize o cumprimento da Ação Civil Pública 2010.01.1.067203-4, para que a assistência em saúde mental seja ampliada, já que, a implementação insuficiente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prejudica o cuidado da saúde pública para pessoas com transtornos mentais. A ausência dessa estrutura pode incentivar a privatização e comercialização do cuidado à saúde, pois, diante da morosidade do atendimento, as pessoas podem se ver obrigadas a buscar consultas privadas e adquirir medicamentos. Sem falar nas pessoas que nem a este recurso, de procurar a iniciativa privada, podem recorrer. Isso é particularmente preocupante considerando que 70% da população do Distrito Federal depende do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode gerar impactos negativos nas famílias, aumentando os riscos de adoecimento mental.

Neste sentido, convém destacar que esta monografia não tratou da questão do familismo nas políticas sociais, em especial na de saúde, tendo em vista o foco de análise acerca do CAPS.

É relevante considerar as dificuldades enfrentadas pelos Centros de Atenção Psicossocial na manutenção do acompanhamento de indivíduos e famílias que necessitam se vincular aos serviços. Todas as equipes estão preocupadas em manter o que é conhecido como

"serviço de portas abertas", ou seja, um local aberto durante o horário de atendimento para acolher pessoas com diversas demandas, sem a necessidade de agendamento prévio.

Foi possível observar o impacto de uma equipe multidisciplinar, pois os usuários podem acessar vários serviços dentro do próprio CAPS, já que a equipe de referência é formada por diversos profissionais capacitados para atender as demandas apresentadas pelas pessoas. Mas, também é preciso ressaltar a dificuldade em realizar uma articulação de rede, quando as demandas ultrapassam os serviços do CAPS, demandando encaminhamento da pessoa a outros serviços. O fato do CAPS ser "portas abertas", concede maior autonomia para os funcionários e usuários.

Além disso, há uma perspectiva contrária à desinstitucionalização, pois a desestruturação da RAPS pode sobrecarregar as famílias no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Sem a devida orientação e suporte dos serviços de saúde, os familiares cuidadores podem enfrentar dificuldades em lidar com crises e, conseqüentemente, acionar serviços de emergência ou hospitalares desnecessários se os serviços estivessem devidamente implementados. A conclusão da pesquisa evidencia a necessidade urgente de realizar melhorias na composição de equipes mínimas nos CAPS existentes, que atualmente operam com déficit de profissionais em desacordo com as normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal.

A pesquisa aqui apresentada buscou ressaltar a importância da construção imediata de novas unidades de CAPS, com a devida composição de equipes, conforme levantamento de necessidades da Diretoria de Atenção à Saúde Mental da SES/DF. Também é apontada a urgência na implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e na ampliação das Unidades de Acolhimento (UA), dado que o Distrito Federal possui apenas uma UA para usuários de álcool e outras drogas, deixando as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes desassistidas.

Outros aspectos críticos destacados incluem a necessidade de melhorias na implementação de políticas sociais que devem ser integradas à política de saúde, como transporte coletivo, moradia, assistência social, proteção à infância e juventude, entre outras. Além disso, a dificuldade de habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em conformidade ao estipulado pelo Ministério da Saúde acarreta prejuízos à população do Distrito Federal. A habilitação está condicionada ao cumprimento de normas técnicas

relacionadas à infraestrutura e à composição das equipes, o que implica que as unidades não habilitadas possam operar em desacordo com as regulamentações do Ministério da Saúde.

Este é o cenário no Distrito Federal, onde a maioria dos CAPS apresenta condições precárias de conservação, enfrentando problemas estruturais e a ausência de materiais, de modo que, os CAPS têm prejuízo no acesso a equipamentos e tecnologias básicas necessárias para o pleno funcionamento dos serviços.

Portanto, vale ressaltar que a pesquisa buscou contribuir para o debate em saúde mental no DF, e aproximar o Serviço Social ainda mais com a temática. Ao longo da pesquisa foi possível observar que há uma precarização dos serviços públicos de saúde, a desproteção social da população do Distrito Federal e a incorreta implementação da Rede de Atenção Psicossocial configuram violações do direito à saúde em geral e, mais especificamente, do direito à saúde mental das pessoas que residem na região.

5 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASÍLIA. Hospital São Vicente de Paulo transforma espaços para humanizar atendimento. **Agência de Brasília**, Brasília, 8 de novembro de 2023. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2023/11/08/hospital-sao-vicente-de-paulo-transforma-espacos-para-humanizar-atendimento/>. Acesso em: 26 de novembro de 2023.
- AGÊNCIA DE NOTÍCIA CEUB. Saúde mental: clínica extinta há 15 anos no DF foi denunciada por graves violações, mas ninguém foi punido. **Agência Ceub**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.uniceub.br/saude/saude-mental-clinica-extinta-ha-15-anos-no-df-foi-denunciada-por-graves-violacoes-mas-ninguem-foi-punido/>. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.
- AMARAL, Marcela Corrêa Martins. Narrativas da Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Distrito Federal. 2006. Capítulo III. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, **Universidade de Brasília/UnB**, Brasília, 2006.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- ARBEX, Daniel. Holocausto Brasileiro. 1 edição. Rio de Janeiro: **Intrínseca**, 2011.
- BARROS, Jozieli Maria Sousa. Nos Bastidores da Loucura: diálogos acerca da família no âmbito da (des)proteção social em saúde mental / Jozieli Maria Sousa Barros; orientador Andréia de Oliveira. -- Brasília, 2019. 89 p. Tese (Doutorado - Mestrado em Política Social) - **Universidade de Brasília**, 2019.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 9 ed. São Paulo: **Cortez**, 2011.
- BISNETO, José Augusto. “Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental”. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 82, ano XXVI. São Paulo: **Cortez**, julho de 2005. p.110-128.
- BRASIL et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF. **Ministério da Saúde**, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- BRASIL, Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 29 de novembro de 2023.
- BRASIL. Decreto Distrital nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. **Sinj-DF**, 26 de julho de 2016. Brasília, DF. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Normala/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Decreto nº4682, de 24 de Jan de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Câmara dos Deputados**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 5 de julho de 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 6 de março de 2023.

BRASIL. Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Sistema integrado de normas jurídicas do DF, **SINJ-DF**, Brasília, DF, 12 de dezembro. 1995. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/48934/Lei_975_12_12_1995.html. Acesso em: 5 de julho de 2023.

BRASIL. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. **CETAD** - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 13 de dezembro de 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 26 de dezembro de 2011. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 de março de 2023.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 13 de janeiro de 2023.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Gestão SUS**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolu-o-cit-n-32.pdf/@@download/file>. Acesso em: 13 de novembro de 2023.

BRASÍLIA. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal. **Brasília**, Jan de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183991/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840. Acesso em: 14 de novembro de 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006. Disponível em: <http://www.poderesocial.com.br/arquivos/wp-content/uploads/2021/03/texto-pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2023.

CENTRAL BRASILEIRA DE NOTÍCIAS. Ibaneis Rocha chama pacientes psiquiátricos de 'doidinhos' em evento no Hospital Base. 2023. **CNB**, 2013. Disponível: <https://cbn.globo.com/media/audio/419392/ibaneis-rocha-chama-pacientes-psiquiatricos-de-doi.htm>. Acesso em: 8 de dezembro de 2023.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 8. ed. São Paulo: **Cortez**, 2006.

COHN, Amélia. et al. A saúde como direito e como serviço. 2.ed. São Paulo: **Cortez**, 2011.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Carta Circular nº 166/2018 - CONEP/SECNS/MS. **Ministério da Saúde**, Brasília - DF, 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/CartaCircular166.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2024.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Informação, planejamento e gestão pública em saúde: a importância da atenção primária. Brasília, DF: **Codeplan**, 2017. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Bras%C3%ADlia-em-Debate-17.pdf>. Acesso em: 21 de dezembro de 2023.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. **Prim Facie**, v. 5, n. 8, p. 83-97, 2006.

CORREIO BRAZILIENSE. Governo se mobiliza para resolver problemas da saúde pública do DF. **Correio Braziliense**, Brasília -DF, 2023. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2023/03/5081832-governo-se-mobiliza-para-resolver-problemas-da-saude-publica-do-df.html>. Acesso em: 20 de novembro de 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e a contrarreforma psiquiátrica. **Argumentum**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 156–170, 2023. DOI: 10.47456/argumentum.v15i3.39919. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/39919>. Acesso em: 11 jan. 2024.

COSTA, Pedro Henrique Antunes. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>. Acesso em: 25 out. 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Conarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 44–59, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.28943. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/28943>. Acesso em: 13 dez. 2023.

CRESS 7ª RJ. Assistente social: ética e direitos. **Coletânea de leis e resoluções**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ, 2005.

DISTRITO FEDERAL. Estudo de Necessidade de priorização dos CAPS no DF. Relatório. Brasília, 2022. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, 2022. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo_da_Necessidade_e_Priorizacao_de_CAPS_no_DF_Versao_Final_.pdf/ee081399-067e-a12b-33a4-928eb828a6c8?t=1663176724925. Acesso em: 7 de abril de 2023.

DISTRITO FEDERAL. Saúde Mental em Dados. Relatório. Brasília, DF: SES-DF, 2022. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>. Acesso em: 7 de abril de 2023.

DO CIDADÃO et al. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. **Brasília/DF**, 1ª edição 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

FÁVERO, Eunice Teresinha; VITALE, Maria Amália Faller; BAPTISTA, Myrian Veras. Famílias de Crianças e Adolescentes Abridados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam. São Paulo: **Paulus**, 2008.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: **Perspectiva**. São Paulo, 1961.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1997-2008, 2019.

HARVEY, David. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: **Loyola**, 2008. Disponível em: <https://www.uc.pt/feuc/citcoimbra/Harvey2008>. Acesso em: 3 de novembro de 2023.

KNOPP, Amanda Martins. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social. 2012. 64 f. TCC (Graduação) - **Universidade Federal de Santa Catarina**, Centro Socioeconômico, Curso de serviço social. Florianópolis - SC, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103466>. Acesso em 11 de janeiro de 2024.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0266_8.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2023.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 1037-1051, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

LIMA, Maria da Glória; GUSSI, Maria Aparecida; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 197-220, 2018. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2487/1943>. Acesso em: 2 de outubro de 2023.

LIMA, Maria da Glória; Silva, Graciette Borges. A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.** 57 (5). Out, 2004. DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500015>. Acesso em: 26 de novembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Brasília**, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

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. ISBN 978-65-89246-16-9 (versão eletrônica). Acesso em: 12 de dezembro de 2023.

NASCIMENTO, Fernanda; SANTOS, Ludmila Souza. A reinternação psiquiátrica no hospital São Vicente de Paulo: distrito federal na perspectiva do paciente. Brasília, 2018. **64 f.: il.**

Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52319/fernanda_nascimento_fiodf_espec_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 26 de novembro de 2023.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: **Expressão Popular**, 2011.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. The production of mental health care: achievements and challenges to the implementation of the territorial psychosocial care model. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1213-1232, 2016.

OKA, Clara Parente Barreto; COSTA, Pedro Henrique Antunes. Os caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo documental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 40, p. 01–29, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>. Acesso em: 13 dez. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5978>. Acesso em: 14 de junho de 2023.

PAIVA, Beatriz Augusto; HILLESHEIM, Jaime. Ainda sobre os 80 anos do Serviço Social: direitos sociais em tempos de ruptura democrática. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 234-249, ago./dez. 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/25311/15304>. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 55 - 75, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>. Acesso em: 20 set. 2023.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO DF. Fundo Antidrogas do Distrito Federal, 2022. Disponível em: <https://www.transparencia.df.gov.br/#!/despesas/acao?orgao=FUNDO%20ANTIDROGAS%20DISTRITO%20FEDERAL%20FUNPAD&ano=2022>. Acesso em: 3 de outubro de 2023.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço social e sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/>. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

ROCHA, Ibaneis et al. Plano de Governo. **Governo do Distrito Federal**, 2019-2022. Disponível em: https://estaticog1.globo.com/2018/11/promessas/Distrito_Federal_Ibaneis.pdf. Acesso em: 9 de maio de 2023.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27–50, 2015. DOI: 10.20396/sss.v11i1.8635023. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>. Acesso em: 12 set. 2023.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Antagonismo cooperativo na provisão de cuidado a usuários de drogas no Distrito Federal: conflitos e parcerias entre CAPS AD e CT. **IPEA**, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10289>. Acesso em: 5 de maio de 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Regionalização - O que é. **SES/DF**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regionalizacao-o-que-e-2>. Acesso em 12 de dezembro de 2023.

SILVA, Geucilene Vieira Lopes da. 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.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>. Acesso em: 11 de julho de 2023.

ZGIET, Jamila. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - **Universidade de Brasília**, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7719>. Acesso em: 10 de maio de 2023.