



Universidade de Brasília

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NATHÁLIA SILVA BARBOSA

**VOZES DA RESISTÊNCIA:
A TRAJETÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL SOB A
ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

Brasília

2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NATHÁLIA SILVA BARBOSA

**VOZES DA RESISTÊNCIA:
A TRAJETÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL SOB A
ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de Serviço
Social como requisito parcial para obtenção de grau de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Kristosch Imperatori

Brasília
2024

CIP - Catalogação na Publicação

SB238v Silva Barbosa , Nathália.
VOZES DA RESISTÊNCIA: A TRAJETÓRIA DA LUTA
ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL SOB A ÓTICA DO SERVIÇO
SOCIAL / Nathália Silva Barbosa ;

Orientador: Thaís Kristosch Imperatori. -- Brasília, 2024.
42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Serviço
Social) -- aqui Universidade de Brasília, 2024.

1. Luta Antimanicomial. 2. Serviço Social. 3. Distrito
Federal. 4. Saúde Mental. 5. Reforma Psiquiátrica. I.
Kristosch Imperatori, Thaís , orient. II. Título.

NATHÁLIA SILVA BARBOSA

**VOZES DA RESISTÊNCIA:
A TRAJETÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL SOB A
ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de Serviço
Social como requisito parcial para obtenção de grau de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Kristosch Imperatori

Data da aprovação: 17/02/2025

Thaís Kristosch Imperatori — Orientador
Doutora em Serviço Social
Professora do Departamento de Serviço Social (UnB)

Miriam de Souza Leão Albuquerque — Membro da Banca
Doutora em Serviço Social
Professora do Departamento de Serviço Social (UnB)

Amanda Ricardo de Pinho — Membro da Banca
Especialista em Saúde Coletiva
Assistente Social da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal

“É necessário se espantar, se indignar, e se contagiar; só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora Aparecida, que com seu infinito amor e graça guiam-me em meus caminhos.

Aos meus pais, Lúcia e Sidney, que conceberam a minha vida e nunca mediram esforços para que eu mantivesse minha esperança na educação. Em especial a minha mãe, minha base e alicerce, que me incentivou e apoiou quando eu não pude acreditar em mim, com seu amor e força me fizeram chegar até aqui.

A Frida, minha cadela. A qual me ofereceu suporte emocional e companhia nas noites de estudo, para que então eu alcançasse o meu tão aguardado sonho.

A minha amiga Leticia, amizade valiosa e motivadora que me acompanhou desde o nosso primeiro semestre, estágio e agora formatura, que sem seu apoio imensurável com suas caronas, escuta e encorajamento eu não teria chegado ao final da graduação.

A minha supervisora de estágio, Amanda, a qual seria indispensável não resgatar a admiração e o desejo de finalizar o curso após acompanhá-la em seu exímio exercício profissional. A partir de seu acolhimento pude cumprir o estágio mesmo com as tribulações que surgiram no percurso.

A professora Miriam, por sua disponibilidade e apoio ao longo desta jornada. Sua orientação foi fundamental para o meu crescimento acadêmico e profissional.

A minha orientadora e professora, Thaís, declaro meu mais sincero agradecimento pela orientação, compreensão e incentivo para a conclusão deste trabalho. Cada sugestão, correção, palavras de sinceridade e encorajamento foram fundamentais para que eu enfrentasse os desafios desse processo.

Agradeço à Universidade de Brasília (UnB) por ter sido o espaço de aprendizado e desenvolvimento ao longo desta jornada acadêmica. Minha gratidão se estende a todos os professores que, com dedicação e compromisso, compartilharam seus conhecimentos e orientações.

Aos meus amigos e familiares que não somente me ofereceram palavras de incentivo, mas que estiveram ao meu lado oferecendo suporte e compartilharam esse processo comigo.

RESUMO

Este trabalho analisa a trajetória da luta antimanicomial no Distrito Federal, enfatizando seus desafios e avanços inseridos no contexto das políticas públicas de saúde mental. Este trabalho adota uma abordagem qualitativa, embasada na perspectiva de uma análise crítica do Serviço Social, utilizando do método indutivo e histórico-dialético.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, por meio de uma revisão de fontes acadêmicas como dissertações, legislações (como a Lei 10.216/2001), documentos institucionais e históricos, como o plano de saúde mental, relatórios governamentais e resoluções da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Utilizando o portal periódico da CAPES, a BCE/Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, o Repositório Institucional da UnB, o Portal da Legislação, sites oficiais da SES/DF.

Pretende-se compreender a relação entre a Reforma Psiquiátrica e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e seus percursos estruturais e políticos que buscam a consolidação do modelo psicossocial. Bem como, evidenciar o papel do Serviço Social na defesa dos direitos dos indivíduos em sofrimento mental no cumprimento da agenda da Luta Antimanicomial e os movimentos sociais que a constituem. O estudo salienta que, apesar de conquistas significativas, existem desafios persistentes na garantia do cuidado humanizado e na efetivação dos parâmetros desta Luta.

Palavras-chave: Luta Antimanicomial, Serviço Social, Distrito Federal, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

ABSTRACT

This study analyzes the trajectory of the anti-asylum struggle in the Federal District, emphasizing its challenges and advances within the context of public mental health policies. It aims to understand the relationship between the Psychiatric Reform and the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS), as well as its structural and political pathways toward consolidating the psychosocial model. Additionally, it seeks to highlight the role of Social Work in defending the rights of individuals experiencing mental distress, in alignment with the Anti-Asylum Movement agenda. The study highlights that, despite significant achievements, persistent challenges remain in ensuring humanized care and the effective implementation of the principles of this movement.

Keywords: Anti-Asylum Movement, Social Work, Federal District, Psychiatric Reform, Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

COSAM – Coordenação de Saúde Mental

CT – Comunidade Terapêutica

DF – Distrito Federal

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GDF – Governo do Distrito Federal

HSVP – Hospital São Vicente de Paula

INVERSO – Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social

ISM – Instituto de Saúde Mental

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

ONG – Organização Não-Governamental

PVC – Programa Vida em Casa

SPA – Substâncias Psicoativas

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
1 INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	12
1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	12
1.2. CONCEITOS E PAUTAS DA LUTA ANTIMANICOMIAL	14
1.3. SUS - LEGISLAÇÃO E RETROCESSOS	17
CAPÍTULO 2 - REALIDADE DO DISTRITO FEDERAL	23
2.1. O DESENVOLVIMENTO E ENTRAVES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO DF	23
2.2. PRECARIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO	26
2.3. VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS	28
2.4. BAIXA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	30
2.5. MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL	31
CAPÍTULO 3 - SERVIÇO SOCIAL E A LUTA ANTIMANICOMIAL	35
3.1. CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL E PROJETO ÉTICO POLÍTICO	35
3.2. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL	37
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1 INTRODUÇÃO

A Luta Antimanicomial no Brasil está esculpida na defesa dos direitos dos usuários em sofrimento mental. Fundamentada na Reforma Psiquiátrica, essa luta busca romper com o modelo manicomial e hospitalocêntrico, que historicamente promove o estigma, segregação e violação de direitos. A partir de 1970, o Movimento germinou o debate acerca da reivindicação de um novo modelo de atenção à saúde mental, embasado na desinstitucionalização, reinserção social, além da humanização dos cuidados, para assim garantir a autonomia dos usuários.

No Distrito Federal, a trajetória da Luta Antimanicomial detém particularidades decorrentes do contexto histórico, político, econômico e social da região. Apesar da constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como substituição do modelo manicomial, perpassam por desafios que seguem refletindo na consolidação da política de saúde mental biopsicossocial. A precarização dos serviços públicos, a baixa cobertura da RAPS, a falta de investimentos governamentais e a permanência de práticas de internação compulsória confirmam que a perspectiva manicomial ainda resiste em diferentes aspectos.

Nesta conjuntura, o Serviço Social executa um dever central, operando na defesa e garantia dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, na articulação de políticas públicas e na construção de estratégias de cuidado que promovam a inclusão social. Os profissionais, alinhados ao seu projeto ético-político, comprometem-se com o cumprimento dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica, viabilizando o fortalecimento da atenção psicossocial.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar a trajetória da luta antimanicomial no Distrito Federal sob a ótica do Serviço Social, retratando os avanços e desafios trilhados na implementação das políticas de saúde mental. Assim, serão abordados os percalços históricos da Reforma Psiquiátrica, a repercussão da RAPS na organização dos serviços de atenção à saúde mental, os entraves políticos e estruturais que dificultam a efetivação do modelo biopsicossocial e o exercício dos assistentes sociais. Além da contribuição para o debate acerca dos desafios enfrentados atualmente, e da necessidade de fortalecimento das políticas públicas que prevejam um atendimento digno e humanizado.

CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Neste capítulo será debatido o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir da década de 1970, serão abordadas as dimensões dessa transformação histórica, desde seus avanços teóricos e conceituais até as práticas de cuidado técnico-assistenciais, jurídicos e socioculturais. A Reforma não se restringe somente à mudança de uma estrutura institucional, contudo reflete a mudança do paradigma, em que o foco deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito, com suas necessidades, direitos e potencialidades.

Em seguida, a análise das lutas e conquistas do movimento, das leis estabelecidas, das resistências enfrentadas, além dos desafios resistentes. Essenciais para compreender o impacto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como também as trajetórias que ainda precisam ser percorridas para que sejam efetivados os direitos dos indivíduos em sofrimento mental.

1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial concebidas no Brasil são elementos imprescindíveis para interpretar o processo de metamorfose da proteção ao indivíduo em sofrimento mental. Anteriormente, o tratamento asilar, excludente, psicofóbico¹ e institucionalizante prevalecia, contudo, a Reforma Psiquiátrica provoca o questionamento a esta forma de cuidado, promovendo assim, uma prática de atenção e cuidado comunitário e preventivo.

Desta forma, o foco do cuidado que anteriormente pertencia à doença cede lugar ao indivíduo que está em sofrimento desta. Ampliando o cenário de tratamento, emergem novas estratégias e instrumentais que promovam a cidadania, a participação, a convivência familiar e comunitária, como também a autonomia dos indivíduos em tratamento.

Seu princípio emerge no final da década de 1970, a partir dos esforços do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Amarante (1995) analisa o MTSM diante da redemocratização do Brasil. O movimento propôs um pensamento crítico sobre saúde mental, rompendo com o modelo psiquiátrico tradicional. Logo, defendeu a desinstitucionalização, não apenas o fechamento de leitos, mas a criação de novas formas de sociabilidade. Além disso, buscou garantir direitos e cidadania para as pessoas com transtornos mentais.

Além disso, a Reforma Psiquiátrica se consolidou diante de demais movimentos sociais e fontes, como o movimento sanitaria, que visava a democratização do acesso às

¹ O termo **psicofóbico** refere-se à discriminação e ao estigma dirigidos às pessoas que possuem transtornos mentais.

políticas de saúde. Amarante (2007) engendra está em quatro dimensões, as quais estruturam os processos e marcos históricos dos avanços do movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma, fomentando assim, o debate acerca dos desafios que perduram na contemporaneidade em detrimento a intencionalidade e rompimento com o poder psiquiátrico e o alcance do conceito de desinstitucionalização.

Sendo assim, a primeira dimensão concerne ao teórico-conceitual, que denota o redirecionamento da atenção para o indivíduo contrariamente à doença. Desta forma, salienta os conceitos de doenças em saúde mental, tal como da desinstitucionalização. É imprescindível evidenciar o conceito idealizado por Amarante, entendendo este como um processo ético. Esta válida a prática que estabelece novos sujeitos de direito, assim como, seus direitos, não reduzindo-se apenas ao fechamento de leitos hospitalares.

A segunda dimensão refere-se ao técnico-assistencial, em que abrangeu o surgimento de novos instrumentais, tecnologias e formas para a organização do cuidado. Além disto, no período em questão germinaram-se outros dispositivos que manifestam a psiquiatria preventiva. Destaca-se que no Brasil foram implementados serviços que substituem as internações como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

A terceira dimensão, jurídico-política, engloba os marcos legais que compuseram o movimento de ruptura com o modelo biomédico. Como o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, em 1989, que originou a Lei 10.216 de abril de 2001.

A quarta dimensão, de uma dimensão de caráter sociocultural, é elementar na trajetória da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que se prorroga aos dias atuais, pois a partir desta compreende-se o direito que o sujeito em sofrimento mental deve ocupar na sociedade, anteriormente embebido de uma perspectiva excludente e psicofóbica.

Assim, essas dimensões compõem a renovação do modelo de atenção psicossocial. Amarante (1995) preconiza que na quarta dimensão a ética é o princípio que envolve toda a sociedade, além de como esta irá responsabilizar-se com suas minorias e desigualdades. E neste percurso, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial são referenciados por um campo de forças e enfrentamentos no que se refere ao sofrimento mental no Brasil.

Contudo, nestes campos existem disputas de interesses e poder nas correlações de forças que os constituem, como os governos, instituições hospitalares, os usuários, famílias, terceiro setor e o poder psiquiátrico. Tais poderes foram considerados o centro da Luta Antimanicomial, que emerge do MTSM no final da década de 1980, e teve como pressuposto o rompimento drástico com a perspectiva manicomial e o poder psiquiátrico.

Os parâmetros que fundamentam a Luta Antimanicomial germinam da psiquiatria democrática italiana, que se opunha às instituições totais e buscava a desinstitucionalização de fato. O modelo da psiquiatria democrática possui função determinante na formação da política de saúde mental brasileira². Além disso, a Reforma Psiquiátrica impulsionou o processo no Brasil, resultando na promulgação da Lei 10.216 de 2001, que regulamentou as incumbências substitutivas à internação, como os CAPS, os quais tornaram-se um símbolo do novo modelo de assistência, onde emerge o modelo psicossocial.

1.2. CONCEITOS E PAUTAS DA LUTA ANTIMANICOMIAL

A Luta Antimanicomial caracteriza-se como movimento social em defesa da cidadania do indivíduo em sofrimento mental. É um movimento que trata sobre a vida e liberdade multifacetadas, visto que, desde o final da década de 1970 pretende garantir que o tratamento em saúde mental seja embasado na perspectiva do cidadão em sofrimento psíquico. Em razão disso, é indispensável salientar que ao falar em cidadania, articula-se aos princípios da dignidade humana, além destes e suas diretrizes referentes à bioética e ao cuidado para com o indivíduo.

O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil:

“...nasce, exatamente, da perspectiva de que sem diálogo não há saída para o indizível, isto é, é pela palavra que este movimento se constitui, como o próprio significante sugere: movimento (de palavras) que almeja e alcança novos atos e experiências. Nesse sentido, há um desconhecimento sobre os fatos dos quais trata não só o Movimento da Luta Antimanicomial, mas a própria ideia de movimento social, tendo em vista que o surgimento dos movimentos sociais vem justamente se contrapor ao conforto de quem oprime. Nesse sentido, há uma multiplicidade de vozes no Movimento da Luta Antimanicomial: usuários, familiares, trabalhadoras e trabalhadores e a sociedade civil que não mais se calam diante das violências produzidas pela lógica e pela prática manicomial.” (Vieira et al., 2022)

Desta forma, vale enfatizar que o Movimento da Luta Antimanicomial detém como pressuposto o sobrepujamento do manicômio e sua lógica supressiva. Contudo, a lógica manicomial perpetua-se nos dias atuais, resistindo a disputa por reservas de mercado contrapondo o capital. Logo, a luta faz-se para o encerramento da iatrogênese ordenada pelos

² Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados em 2001, com a implementação da **Política Nacional de Saúde Mental**, após a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

manicômios, a mercantilização da loucura, a proteção à liberdade terapêutica, além de que não há fundamento técnico e ético suficientes para a sustentação da prerrogativa que para tratar o indivíduo seja necessário privá-lo de liberdade, independentemente de seu sofrimento ou de quem seja.

Logo, esse indivíduo é:

“digno da preservação de seus direitos mais básicos e, portanto, da manutenção de sua condição de sujeito de direitos, a qual deve ser incansavelmente defendida por todos. O Movimento da Luta Antimanicomial teve e tem por princípio a defesa da liberdade de expressão e das demais liberdades democráticas.” (Vieira et al., 2022)

A partir de seu princípio, defendeu o desenvolvimento de condições de tratamento em saúde mental por meio de ações interdisciplinares, por contar desde sua gênese com a participação de grupos que contêm profissionais interdisciplinares que atuam de uma forma direta ou indireta com a saúde mental. Dentre eles, destaca-se a atuação do Serviço Social, que historicamente expressa o compromisso com a garantia de direitos para a classe trabalhadora e tem sua prática profissional orientada por princípios éticos como a defesa da liberdade, da cidadania, da democracia e dos direitos humanos.

O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza como um importante movimento social para o Brasil, visto que propõe a organização e articulação para transfigurar as condições, relações e representações quanto à loucura em nossa sociedade. Desta forma, suas ações e lutas são direcionadas e impactam demasiadas dimensões da vida social:

“...pode-se dizer que o [Movimento de Luta Antimanicomial] é uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta conflitos e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema de saúde mental no país. A configuração dos atores e instituições (trabalhadores, profissionais, políticos, empresários, usuários e familiares) conforma um quadro multipolar deste campo que, embora atravessado por diversos conflitos e ambigüidades, vem promovendo alterações significativas nas quatro dimensões apontadas, quais sejam: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.” (Vieira et al., 2022)

Nesse sentido, incorpora em suas pautas a desinstitucionalização, ou seja, endossa o fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos, e como alternativa para a substituição e rompimento com este modelo hospitalocêntrico, de internação que provoca a exclusão social,

propaga a psicofobia e adoecimento dos usuários, sejam utilizados os serviços de perspectivas comunitária e psicossocial, como os Centros de Atenção de Psicossocial (CAPS), que adota o atendimento humanizado pelas formas de atenção ao indivíduo, promovendo o cuidado territorial, adotando os princípios de autonomia, liberdade e inclusão social, contrariando a discriminação e violação de direitos.

Reivindica o reconhecimento da dignidade e dos direitos humanos dos sujeitos em sofrimento mental, indo em busca de reintegrá-los à participação social, por meio da inclusão, assegurando o acesso à atenção em saúde mental de forma plena e contínua, além do acesso à educação, trabalho, habitação e lazer. De tal maneira, faz-se necessária a transformação no modelo de cuidado, superando práticas violentas e institucionalizantes por abordagens terapêuticas que visam promover a autonomia dos indivíduos, através da atenção multidisciplinar e da participação ativa dos familiares na elaboração de seu tratamento.

Além disso, defende a articulação de uma rede ampla de cuidados que envolve diferentes atores, como a saúde, assistência social e educação, em busca da garantia que os sujeitos detenham de uma vida sem estigmas. Logo, o movimento antimanicomial preconiza o modelo de saúde mental inclusivo e descentralizado, na reintegração psicossocial e na integralidade do tratamento.

1.3. SUS - LEGISLAÇÃO E RETROCESSOS

São múltiplos os documentos internacionais que tratam dos direitos humanos e validam o direito à saúde, igualmente a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual o Brasil é signatário. Determinados documentos endossam o conceito de saúde sobre a ótica da amplitude e universalidade, como o direito à igualdade, que implica em ações de saúde de caráter coletivo para a prevenção e tratamento de epidemias.

O modelo de atenção à saúde do Brasil vigente na Constituição Federal deu início a sua elaboração no final dos anos setenta pelo movimento conhecido como Reforma Sanitária. Conforme determina Paim (2008, p. 36), a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social:

podéria ser analisada como
idéia-proposta-projeto-movimento-processo: ideia que se expressa em
percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto
articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto
síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de

práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas.

A partir da estruturação e resistência do Movimento da Reforma Sanitária que foram alcançadas grandes conquistas na constituinte, estabelecidas no texto da Constituição Federal de 1988 com o desenvolvimento do Sistema Único Saúde (SUS), ancorado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Com esta certificação constitucional, a saúde torna-se um direito para todos, como também um dever do Estado, assegurado através de políticas sociais e econômicas. Desta forma, as ações e serviços públicos de saúde devem compor um sistema único descentralizado, com atendimento abrangente e participação da comunidade.

O direito à saúde está inserido no capítulo da Seguridade Social da Constituição, que incorpora o conjunto das políticas de Previdência e Assistência Social. O novo marco legal endossa uma concepção potencializada de saúde, além de estabelecer o direito universal ao cuidado integral: todos as/as cidadãs/as brasileiras/os, englobando a população prisional, se tornam detentores do direito à saúde garantido por lei.

A proteção e a garantia do direito à saúde como responsabilidades do Estado devem ser executadas pela intermediação de políticas públicas que detenham da participação da sociedade na sua formulação e execução, atendo-se para as particularidades dos grupos vulnerabilizados, como o das pessoas privadas de liberdade.

Apesar do SUS ser um sistema amplo e complexo, e dos esforços empenhados para a sua implementação, ainda persistem os problemas de acesso, a resistência do setor privado e dos profissionais da saúde, pressionando perpetuamente o sistema público, assim dificultando o acesso para a população, expressado principalmente nos grupos em maior vulnerabilidade social, como pode ser verificado com os sujeitos em sofrimento mental, particularmente as que estão em situação de cárcere, internadas em comunidades terapêuticas e manicômios judiciários.

No início do século XXI, alguns documentos internacionais estabelecem conexões entre o direito à saúde, os direitos humanos e os direitos das pessoas em sofrimento mental (OMS, 2005). Como também, evidenciam-se as ferramentas de nível nacional, como a Constituição Federal de 1988 e a legislação referente à saúde mental.

No decorrer do século XX, foram conduzidos esforços para reconfigurar o cenário asilar através do fomento de outros modelos de atenção aptos a promover maior interação e da democracia na relação entre os indivíduos internados nas instituições psiquiátricas e os

trabalhadores. O movimento pela Reforma Psiquiátrica marca um novo estágio, a partir da década de 1970, estabelecendo a superação do modelo hegemônico de caráter discriminatório.

Embasada na experiência italiana de ruptura com o hospital psiquiátrico, diversos setores das áreas de saúde pública, especialmente da saúde mental, e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura com o modelo manicomial (BASAGLIA, 2000). Resultado do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial emergiu em julho de 1987 no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2003).

Constituído por profissionais, familiares e usuários de serviços de saúde mental, o movimento passou a reivindicar a substituição do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica, para construir um modelo de tratamento capaz de assegurar os direitos dos indivíduos em sofrimento mental, sua dignidade e liberdade.

O Movimento da Luta Antimanicomial impactou em vários estados do país, e resultou na concepção de núcleos de mobilização para que as leis estaduais para a Reforma Psiquiátrica fossem aprovadas. Por meio dessas mobilizações, se efetivaram as conferências estaduais prévias à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Tal Conferência foi realizada em dezembro de 1992, detinha como tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. O relatório final foi implementado pelo Ministério da Saúde como parâmetro oficial para a reformulação da atenção em saúde mental, consolidando o cuidado integral e a cidadania como os princípios neste processo.

Um tema de peso nessa análise é a constituição do sujeito coletivo de direito através da coletividade, contudo não se resume a um simples agrupamento de direitos individuais, mesmo que sejam difusos ou homogêneos. Tal segmento assume, indispensavelmente, a intervenção dos movimentos sociais que engendram o conteúdo histórico e o conhecimento empírico de suas pautas ao contexto político e social ao qual estão inseridos.

Nota-se perante a atuação do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, que desempenhou forte influência não apenas na formulação de leis estaduais e de uma lei federal de Reforma Psiquiátrica, contudo na formulação das políticas públicas de saúde mental a partir das vivências que contribuíram para construir em alguns municípios, no final da década de 1980, exemplificados em Santos e São Paulo, o desenvolvimento dos primeiros Núcleos e Centros de Apoio Psicossocial. A partir da persistente mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial, afirmou-se a Política Nacional de Saúde Mental, sob uma nova

ótica na ordem jurídica do país em relação ao sujeito em sofrimento mental, a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

À medida que aproxima suas pautas de reivindicação de outras necessidades sociais como o direito à moradia, à educação, ao trabalho, e à assistência social, o Movimento da Luta Antimanicomial incorporou-se do ponto de vista ideológico a outros movimentos sociais com diretrizes equivalentes. Uma das vitórias dessa luta pode ser observada na validação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Tal legislação estabelece a proteção e os direitos dos sujeitos em sofrimento mental, como também a revisão do modelo de atenção à saúde mental. É atribuído ao Estado e à sociedade a superação do modelo assistencial até aquele instante em vigor, embasado na institucionalização.

A Lei da Reforma Psiquiátrica reivindica o direito ao tratamento digno e humanizado desses sujeitos, ao utilizar serviços que substituam as práticas violentas, psicofóbicas, e asilares, estruturadas nos princípios da territorialidade e da integralidade da atenção à saúde mental, atribuindo ao indivíduo uma visão biopsicossocial. Levam em conta a internação psiquiátrica como última alternativa terapêutica a ser utilizada, todavia para que seja concretizada é de caráter obrigatório a emissão de um parecer médico e que explicita seus motivos, ainda que provoque divergências, visto que restringe a liberdade do usuário.

O ponto de partida da Reforma Psiquiátrica está voltado para a recontextualização dos indivíduos em sofrimento mental, por meio da garantia dos seus direitos e do exercício da cidadania. A princípio, a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra as/os usuárias/os às suas respectivas famílias e à comunidade (AMARANTE, 2007).

O CAPS compõe a abordagem principal do processo de reconfiguração da assistência pública em saúde mental realizado pelo Ministério da Saúde. Contrariamente às internações psiquiátricas que favorecem o isolamento e a exclusão social, o objetivo dos CAPS:

é oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial adequados às especificidades de cada caso e, simultaneamente, desenvolver a autonomia, a cidadania e a responsabilidade, favorecendo a inclusão social das/os usuárias/os em seu próprio território.

AMARANTE, P. O SUS e a reforma psiquiátrica: A construção de uma rede de saúde mental no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Para além dos CAPS, outros serviços configuram a rede de atenção psicossocial como a unidade básica de saúde (UBS), equipes de atenção básica, centros de convivência, residências terapêuticas, serviço hospitalar de referência e iniciativas de desinstitucionalização, como o “Programa de Volta para Casa”.

Após a aprovação da Lei nº. 10.216/2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, intitulada “Cuidar, sim”. Excluir, não: Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, associado ao tema proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aquele ano (BRASIL, 2002b). Porém a IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial (IV CNSM I), ocorrendo pela primeira vez de forma intersetorial, se deu no ano de 2010, “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. No texto referido do relatório final desta última Conferência (BRASIL, 2010c, p. 09) consta-se:

“as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSMI demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou--se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas”

Tais últimas conferências foram evidenciadas por cenários municipais e estaduais que antecederam à realização da etapa nacional, essas contaram com a participação de usuários de serviços de saúde mental de diversas localizações, de profissionais e familiares, como também na última Conferência, por deter de caráter intersetorial, contaram com diversas agências intersetoriais na discussão sobre a saúde mental (BRASIL, 2010c). Sobre estas Conferências, evidenciam-se, ainda, no texto da terceira edição (BRASIL, 2002b, p. 13):

“as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas

áreas no País. No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica.”

São inúmeros os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, entre os quais estão o aprofundamento e fortalecimento dos instrumentos substitutivos previstos nas normas que preveem os direitos humanos dos indivíduos em sofrimento mental, a capacitação recorrente dos trabalhadores que atuam na área da saúde mental, além da reformulação do modelo de atenção à saúde, com o atendimento previsto pelos serviços do SUS além da eliminação dos manicômios judiciários.

CAPÍTULO 2 - REALIDADE DO DISTRITO FEDERAL

2.1. O DESENVOLVIMENTO E ENTRAVES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO DF

A trajetória da saúde mental no DF, de acordo com Lima (2002), tem refletido a continuidade da trajetória da saúde no que concerne aos interesses políticos, econômicos e profissionais. A premissa de tal política não ser tratada como política de Estado, a configura à vontade política partidária e aos interesses do capital, provocando a descontinuidade no desenvolvimento destas.

Anteriormente à inauguração de Brasília e de sua implementação legal, a capital do país já detinha de um Plano de Saúde desenvolvido pelo médico Henrique Bandeira em 1959. Este plano médico-hospitalar, previu a regionalização, descentralização e comando único, que seria coordenado pela FHDF, criada em 1960. O plano anteviu hospitais para atender aos “doentes psiquiátricos” e “mentais”. (SILVA, 2021)

Desta forma, o primeiro hospital público a prestar assistência psiquiátrica foi o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), inaugurado em 1960. Além disso, uma unidade no Hospital de Sobradinho também promovia atendimentos para com os indivíduos que possuem doenças mentais. Em 1969 foi criado o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), que previa o atendimento para crianças e adolescentes.

Nesse cenário, as instituições para internação psiquiátrica conveniadas à FHDF já exerciam atividades em Brasília e no entorno. Eram tratadas como Clínicas de repouso e atendiam aos contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); aos que não contribuíam eram transferidos para uma clínica espírita em Anápolis.

O primeiro hospital de caráter público e psiquiátrico de Brasília foi inaugurado em 1976, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). A organização dos profissionais da saúde era que houvesse a implementação de leitos nos hospitais gerais, todavia não aconteceu dessa forma. O HPAP realizava a triagem em saúde mental, ofertava o serviço de observação entre 24 e 72 horas, logo após, o fluxo seguia **para** o encaminhamento **para** as instituições psiquiátricas conveniadas.

Em 1987 o HPAP passou a ser denominado Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como parte do processo de transformação do atendimento prestado, com intuito de que o atendimento se tornasse mais humanizado e contribuísse para diminuir o estigma do sofrimento mental. A atenção primária de saúde começou sua ampliação em 1979 com a criação dos Centros de Saúde (CS), que não eram suficientes para atender as demandas da

população de Brasília e do entorno, pois dependiam exclusivamente dos serviços de assistência do DF.

No mesmo ano foi implementada a Comissão de Assessoria de Psiquiatria e Saúde Mental que pretendia revisar a assistência psiquiátrica do DF, além de ter iniciado a descentralização da assistência em saúde mental, envolvendo os CS, contudo a ausência de orçamento interrompeu o processo de expansão desses.

Já em 1983 a saúde mental sofreu outra mudança por meio de uma iniciativa nacional para reorientação da psiquiatria previdenciária, utilizando da criação de Grupos de Trabalhos. Porém, apesar de ser rudimentar, essa já previa a ampliação dos CS, além da priorização do tratamento extra-hospitalar. Em 1985 o DF vivia a Reforma Sanitária em articulação aos reflexos da Reforma Psiquiátrica do Brasil. Após dois anos o Instituto de Saúde Mental (ISM) foi implementado como um marco para história de Brasília, já que representaria o primeiro serviço substitutivo à internação, além de adotar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica possuindo como norteamento os princípios antimanicomiais.

A promulgação da Lei Orgânica do DF em 1990, é considerada um marco legal, uma vez que dispõe em seu artigo 211 que é dever do Poder Público promover e restaurar a saúde mental do indivíduo, baseado nos direitos humanos, além de prever a substituição gradativa dos leitos psiquiátricos.

Entre os anos de 1994 e 1995 foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Saúde Mental do DF (PDSM), posteriormente as discussões do primeiro Fórum de Saúde Mental. Simultaneamente a Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) do DF foi implementada, logo algumas clínicas de internação foram fechadas e foi diminuído o quantitativo de leitos hospitalares.

Em 1999, com a transição do governo de Cristovam Buarque para o de Joaquim Roriz, percebeu-se uma mudança na orientação político-ideológica que interferiu no processo de Reforma Psiquiátrica no DF. (SILVA, 2021)

Em seguida, a FHDF foi extinta e substituída pela atual SES (Secretaria de Saúde). Apenas em 2003, ocorreu o fim da última clínica de internação psiquiátrica de Brasília, a Clínica Planalto, e em 2004 seria implementado o primeiro CAPS do DF, no Guará.

Referente à dimensão da assistência, como no país, no DF iniciou-se baseada em um modelo asilar, biomédico e hospitalocêntrico. As Comunidades Terapêuticas (CT) exemplificam tal perspectiva, pois ocuparam o lugar das denominadas “clínicas de repouso”, promovendo o retrocesso da saúde mental e no tratamento para os indivíduos que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPA). Tais instituições detêm de uma abordagem moralista que

utiliza a orientação religiosa, além da laborterapia como formas de tratamento, promovendo o julgamento moral sobre esses.

Silva (2021) aponta que, “segundo dados da CODEPLAN (2013), por volta de 2011 havia 25 CT no DF, em 2019, 13 delas eram conveniadas, ou seja, eram financiadas ou pelo Fundo Antidrogas do DF e ou Fundo de Saúde. Segundo dados da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), em 2018 o termo de colaboração firmado com as 13 CT, custaria mais de 24 milhões de reais oriundos do Fundo Antidrogas. Enquanto segundo relatório do Ministério Público de Contas do DF entre 2011-2013, 100% do orçamento que deveria ser investido para ampliação dos Caps não foi executado.” (SILVA, 2021, p.40).

Outra questão persistente na capital, como no país, é a integração da atenção primária com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Se anteriormente o desafio era a implantação e a expansão, atualmente é a integração do nível de atenção primária com os serviços especializados de saúde mental.

A partir de tais considerações infere-se que apesar dos avanços da política de saúde mental no DF, todavia como nas demais regiões brasileiras, a sua regulamentação é diretamente afetada pela vontade política e orientação político-ideológica do governo. Como a PL 1637/2019 (e PL 551/2024), que se baseia no mito da periculosidade sustentado pelo pânico social, defende a facilitação de internações compulsórias, além de que não pretende atingir o cuidado e reabilitação social, mas o lucro provindo dessas internações.

O PL551/2024 propõe alterar o artigo 9º da Lei 10.216/2001, dispondo que pessoas que estiverem em cumprimento de pena ou de medida de segurança devem ser internadas compulsoriamente, dispondo assim, de que seja a cargo exclusivo do poder médico a avaliação de periculosidade do sujeito.

A partir da proposta de monitorar e avaliar as políticas públicas voltadas para a saúde mental, o Ministério Público de Contas do Distrito Federal (MPDFT) exerce a função central na coleta e análise de dados quanto à situação dessa no DF. Utilizando de relatórios e auditorias, o MPDFT tem localizado falhas, avanços, retrocessos e desafios sofridos pelos serviços de saúde mental, para que contribua na gestão e execução de tais políticas.

Assim, confirmou a manutenção da negligência do Governo do Distrito Federal para com a saúde mental nas últimas décadas. Portanto, esse tópico pretende apresentar uma interpretação dos dados coletados pela instituição, com destaque nas principais questões levantadas acerca da realidade enfrentada pelos usuários como resultado da pesquisa referente ao ano de 2023.

2.2. PRECARIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO

A pesquisa constatou então, que ocorre a precarização dos equipamentos já existentes, esses apresentam insuficiência no número de profissionais, desvalorização das equipes, infraestruturas precárias e inseguras, escassez de insumos básicos para a realização das atividades previstas nas normativas. Como também, a baixa implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, já que atualmente a quantidade de unidades é inferior para atender a necessidade das demandas da população do DF, prejudicando a implementação do modelo antimanicomial de atenção à saúde mental, além de prejuízos às atividades de base comunitária e territorial.

A baixa cobertura de tais serviços no DF é contínua, no país, o Distrito Federal é o território que possui a pior cobertura por CAPS habilitados a cada 100 mil habitantes. Como ilustrado, em 2010, a taxa de cobertura por serviços habilitados era de 0,21 por cada 100 mil habitantes. De acordo com os dados de 2022, do mesmo Ministério, o DF ampliou sua cobertura na estância de CAPS, contudo, permanece como uma das unidades federativas mais críticas no que tange à oferta deste tipo de equipamento. Como observado pelo MPDFT (2023, p.263) que:

Embora a cobertura da população no DF não se refira somente às treze unidades habilitadas de CAPS, já que existem dezoito equipamentos deste tipo, há algumas ponderações necessárias. Em primeiro lugar, a habilitação de um serviço junto ao Ministério da Saúde representa mais do que simples formalização. Há contrapartida de financiamento público para as unidades da federação a cada equipamento habilitado. Ou seja, o Governo do Distrito Federal, ao não garantir as características mínimas para as unidades de saúde instaladas, perde recursos federais que poderiam ser utilizados na melhoria dos serviços prestados.

Como próximo ponto, pode-se afirmar que a dificuldade de habilitação dos CAPS em conjunto ao Ministério da Saúde provoca prejuízos à população do DF. A habilitação depende da execução de normas técnicas relativas à infraestrutura e à composição das equipes, logo pode elucidar que existem unidades não habilitadas em funcionamento mesmo que em desacordo com as normativas do Ministério da Saúde.

Esse é o cenário em que o DF se encontra: a maioria dos CAPS encontra-se em um estado precário de conservação, infraestrutura, não possuem materiais pedagógicos. Além

disso, nem todos contam com equipamentos, instrumentos e tecnologias básicas para que ocorra o pleno funcionamento do serviço.

Tais dispositivos operam com atendimento à população em níveis superiores à capacidade técnica que dispõem. Como por exemplo (MPDFT, p.264):

o CAPS infantojuvenil de Brasília e o do Recanto das Emas possuem área de abrangência com população de mais de 850.000 (oitocentos e cinquenta mil) pessoas, enquanto o previsto pela normativa é de 200.000 (duzentos mil) habitantes (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria de Consolidação 3/2017). O único CAPS que opera dentro da capacidade operacional estabelecida é a unidade localizada em Brazlândia, com cobertura populacional de cerca de 65 mil pessoas (o previsto é 70 mil habitantes).

Para que possa haver a organização dos serviços e das atividades, e que estes estejam de acordo com o formato de portas abertas, anti asilar, de base comunitária e territorial, é necessária uma boa estruturação dos serviços. As unidades devem estar bem distribuídas de acordo com os critérios referentes à capacidade técnica, dispondo de equipes completas e adequadas constituídas por profissionais capacitados, além de tecnologias de informação, equipamentos, materiais e veículos em quantidade e qualidade para que atendam as demandas.

Todavia, a realidade em que os CAPS no Distrito Federal se encontram distante disso, como as atividades tornam-se restritas aos espaços dos CAPS, com baixa abrangência dos territórios, são resultados das equipes reduzidas com alta demanda reprimida e uma falta generalizada de veículos e motoristas para o deslocamento entre os territórios. Conforme os gestores e demais profissionais entrevistados para a pesquisa do MPDFT, persistem dificuldades para a execução de ações de matriciamento, grupos comunitários, atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, além de participar de reuniões com a rede de saúde e de serviços socioassistenciais. Além de possuírem áreas de alcance extensas, dificultando a produção de conhecimento e direcionamento de ações para cada território.

2.3. VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS

Pode ser observado que ocorre um conjunto de violações de direitos que impactam negativamente a saúde mental da população do Distrito Federal. A partir da pesquisa qualitativa realizada pelo MPDFT, foi enfatizado pelos profissionais que a executaram a

dificuldade de adesão dos indivíduos em sofrimento mental aos acompanhamentos propostos em decorrência da vulnerabilidade social. Assim, compreende-se que (MPDFT, p.267):

A relação entre saúde mental e vulnerabilidade social é complexa. Por um lado, a falta de emprego e de renda, a fome e a insegurança alimentar, a situação de rua, o estigma, o preconceito, os conflitos familiares, as violências etc. são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. Por outro lado, esses fatores interagem entre si podendo levar à marginalização e à piora na saúde das pessoas já afetadas pelo sofrimento psíquico (VENTURA, 2017). Assim, as diretrizes do cuidado de saúde mental extramuros estabelecem como fundamentais a participação na sociedade, o acesso aos serviços de saúde e de educação, a inserção em atividades de geração de renda e a ampliação de direitos civis e políticos.

Dessa forma, as diretrizes reconhecem que um dos maiores desafios de implementação do cuidado à saúde mental trata-se de formular estratégias para que os usuários possuam apoio social e garantia de cidadania plena. Bem como, os determinantes sociais de saúde são os fatores de caráter social, cultural, étnico-raciais e de gênero que podem influenciar no surgimento (e no prognóstico) de adoecimentos, logo torna-se indispensável ressaltar a articulação entre esses e a indisponibilidade de oportunidades, igualmente o estigma e o preconceito.

Assim como, os fatores socioeconômicos são fundamentais para compreender a qualidade de vida e a relação entre saúde e doença das populações, como aplica-se à saúde mental. A estabilidade ou a ascensão econômica estão inscritas em um menor risco de transtornos psiquiátricos, assim como o decaimento pode ser diretamente relacionado a riscos mais elevados de desenvolvimento de sofrimento mental, já que ao deter condições inferiores de vida, existe uma tendência ao estresse crônico.

Portanto, a oferta de serviços de saúde mental pela perspectiva antimanicomial em territórios marcados pela desigualdade social e violações de direitos fundamentais como habitação, mobilidade, saneamento básico, educação e segurança alimentar, necessita da articulação entre os serviços de saúde de diferentes complexidades (primária, secundária e terciária), como também dos serviços de saúde e as demais políticas sociais, como os instrumentos de proteção social básica.

2.4. BAIXA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Foi identificado pelo MPDFT que não ocorre a implementação devida da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois existem entraves de comunicação entre os serviços de diferentes complexidades dentro da SES. Além de que, os fluxos de atendimento não estão devidamente estabelecidos, em vista desses os serviços não possuem manutenção do funcionamento do sistema de referência. Em consequência, como apontado anteriormente, de poucos equipamentos de saúde mental como o CAPS, fazendo com que as Unidades Básicas de Saúde encontrem barreiras para realizar os encaminhamentos dos casos de indivíduos que possuem um estado de sofrimento mental moderado e grave.

Além da insuficiência das RAPS, visto que sem que se efetive a estruturação de tal rede, possibilita o incentivo estatal à privatização e à mercantilização do cuidado para com a saúde, uma vez que, em consequência da longa espera por atendimento, os indivíduos expõem-se a tratamentos e internações de caráter privado, elevando assim, a possíveis situações de risco de adoecimento mental.

Como também, há perspectiva contrária à desinstitucionalização, pois a desestruturação da RAPS pode sobrecarregar as famílias aos cuidados para com os usuários em sofrimento mental. Sem que contem com a devida orientação e o suporte dos serviços de saúde, os familiares cuidadores não são conscientes de como agir em momentos de crises, necessitando assim, acionar serviços de emergência e ocupar leitos hospitalares que não se fariam necessários se os serviços estivessem apropriadamente implementados, como as Residências Terapêuticas. Logo (MPDFT, 2023, p.272):

Destaca-se que os CAPS e as UBS, por exemplo, são serviços essenciais de baixa tecnologia, portanto, com baixo custo, se comparados com serviços de atenção terciária, como é o caso das internações psiquiátricas e institucionalizações. A pesquisa aqui encerrada demonstra a necessidade urgente de: melhoria nos fluxos entre UBS, CAPS, hospitais regionais e especializados, inclusive com a uniformização de sistemas de informatização (prontuários eletrônicos); composição urgente de equipes mínimas nos CAPS existentes, que operam com déficit de profissionais segundo as normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde (SES) do DF; construção imediata de novas unidades de CAPS – com a respectiva composição de equipes –, conforme levantamento de necessidades da Diretoria de

Atenção à Saúde Mental da SES/DF ; implementação urgente dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); ampliação das Unidades de Acolhimento (UA), pois o DF tem apenas uma UA para usuários de álcool e outras drogas e as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ficam desassistidas; melhorias na implementação de outras políticas sociais que devem ser articuladas com a política de saúde, como transporte coletivo, moradia, assistência social, proteção à infância e juventude, entre outras.

Sendo assim, pode-se constatar que a precarização dos serviços públicos de saúde, a desproteção social da população do DF e a não implementação devida da Rede de Atenção Psicossocial categorizam-se em violações do direito, acesso e garantia à saúde do direito à saúde mental dos indivíduos que compõe o Distrito Federal.

2.5. MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL

No cenário de questionamento para com a política de saúde mental, em 1991 germina o Movimento Pró-Saúde Mental (MPSM-DF), constituído a partir de uma iniciativa com o objetivo de fomentar a defesa da saúde mental no Distrito Federal, além de reivindicar a atualização no modelo de atenção psicossocial. Este movimento foi estimulado pela necessidade de romper com o modelo manicomial nas práticas de cuidado, o qual historicamente tem sido excludente e institucionalizante. É formado por uma articulação de diversos setores da sociedade, como profissionais, usuários e seus familiares que utilizam de serviços da saúde mental, acadêmicos e pesquisadores, movimentos sociais e gestores públicos.

O MPSM-DF busca contribuir e reivindicar a construção de políticas públicas que assegurem os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, que estes sejam integrados à comunidade, possuam autonomia, sejam tratados sobre a ótica de uma abordagem psicossocial, combatendo o modelo hospitalocêntrico e à internação compulsória, e que sejam utilizadas alternativas como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como também realizam ações de conscientização e educação para a sociedade acerca da importância da saúde mental e do cuidado psicossocial.

No que tange o Distrito Federal, ocorreram articulações entre as experiências com os coletivos nacionais de saúde mental, como o MNLA (Movimento Nacional de Luta

Antimanicomial), além dos agentes locais como o ISM (Instituto de Saúde Mental)– e o Programa de Residência em Saúde Mental.

O MPSM, organiza-se em um coletivo em funcionamento há mais de duas décadas, em detrimento do avanço da Reforma Psiquiátrica a partir da vivência de profissionais, gestores e familiares. Promove a garantia dos direitos dos indivíduos em sofrimento mental e/ou demandas provenientes do uso de álcool e outras drogas. Cumprindo assim, a agenda da Luta Manicomial no Distrito Federal a partir de ações organizadas com frentes da sociedade civil, gestão e política.

Ferrari (2020, p. 38) assinala que o MPSM emergiu de uma densa agenda política, elaborada em prol do primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, o Instituto de Saúde Mental (ISM).

Além disso, enfatiza que houve outros marcos históricos na militância do MPSM do DF, resultados da potente posicionamento e ação deste, estes foram a formulação do Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto, como também a Organização não Governamental Instituto de Convivência e Recreação do Espaço Social (ONG Inverso).

Lima (2002) observa que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental foi criada em 1999, como reação das tentativas de que o modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental fosse retomado. Dessa maneira militantes do MPSM e demais frentes da luta antimanicomial organizaram-se para que o programa de residência fosse formado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ferrari (p.39, 2020) salienta que “apesar de as turmas terem findado em 2001, por questões políticas e forças conservadoras, muito foi realizado a partir desses espaços. Um exemplo é o “Varal da Casa Verde”, no ano 2000, quando residentes, militantes antimanicomiais, trabalhadores de saúde mental e estudantes organizaram-se em conjunto com usuários da RAPS para reunir obras artísticas e fazer apresentações, aliando cultura e loucura, a fim de demonstrar que o cuidado em liberdade era possível, o que corrobora diretamente o princípio da desinstitucionalização. (FALEIROS, 2017).”

No período de 2001, os mesmos residentes, em conjunto de esforços com os militantes do MPSM, constituem a ONG Inverso, há pouco citada com um dos marcos históricos da militância do MPSM, numa proposta inusitada de resistência e, ao mesmo tempo, de criação de espaço para convivência e desinstitucionalização de pessoas com sofrimento mental grave e crônico. (FALEIROS, 2017).

De acordo com Barros (2012) o grupo surgiu como uma tentativa de criar um espaço que diferisse das instituições psiquiátricas do Distrito Federal, buscando a

ressocialização e a reconstrução da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental. A Inverso é uma entidade sem fins lucrativos do terceiro setor, comprometida com pessoas em sofrimento psíquico. Por ter sido criada no ano de 2001, mesmo período em que foi aprovada a Lei nº 10.216, a Inverso esteve, inicialmente, profundamente ligada ao MNLA (Movimento Nacional da Luta Antimanicomial), que tinha dentre seus representantes no DF alguns estudantes que participaram da construção da ONG.

Logo, é possível afirmar que a criação da Inverso concretizou-se como um dos pontos altos da Reforma Psiquiátrica Distrital. Atualmente, é formada por profissionais que se dividem entre psicólogos, assistentes sociais e acompanhantes terapêuticos. Barros (2012) enfatiza que apesar de contar com profissionais de formação diferenciados, o trabalho é realizado em um contexto de articulação interdisciplinar.

A ONG pretende efetivar os direitos e a autonomia do público alvo; promover a inclusão social dos mesmos; conscientizar a sociedade sobre a necessidade de romper com a psicofobia, e a exclusão social e defende a qualidade nos serviços de saúde pública relacionados à saúde mental no Distrito Federal.

Para além do MPSM, estão incorporados na Luta Antimanicomial o coletivo Utopia Viva, composto por mulheres antimanicomiais, que possuem como objetivo:

@utopia.viva É reivindicar a radicalidade de existir enquanto singular, enquanto diferença. É relembrar as mulheres que com os seus corpos lutaram por outro projeto de sociedade e que foram consideradas loucas, àquelas que romperam com os padrões impostos e construíram não “um” caminho, mas O caminho de inspiração para a luta e resistência. Que lutaram para produzir vida. Que a cada única forma de demarcar quem são, na sua singularidade e constante criação de vida, foram muito além da imposição de uma Razão como forma de viver, razão essa historicamente construída pelo discurso do patriarcado.

Instagram, 28 de jun. 2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQqmRUclcsN/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

Como também o projeto de extensão Saúde Mental e Militância no DF, que é vinculado ao grupo Psicologia e Ladinidades, pertence ao Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Tal projeto iniciou-se

em 2022, tem como finalidade potencializar a militância no campo da saúde mental. Esse projeto teve início em 2022, e **SAÚDE MENTAL DF** (s.d.) tem como objetivo potencializar a militância no campo da saúde mental, fomentar a abordagem da temática da saúde mental na militância organizada (partidos, sindicatos, movimentos sociais) e fortalecer o campo da saúde mental no DF.

Desta forma, a população do Distrito Federal tem se organizado em diversos movimentos sociais com o intuito de pressionar o governo por melhorias na rede e oferta de serviços de saúde mental. Tais movimentos, como o Movimento Pró-Saúde Mental (MPSM-DF), buscam promover a visibilidade à necessidade urgente de uma atenção humanizada, biopsicossocial, e abrangente para os usuários, além do fortalecimento das políticas públicas.

CAPÍTULO 3 - SERVIÇO SOCIAL E A LUTA ANTIMANICOMIAL

3.1. CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL E PROJETO ÉTICO POLÍTICO

Apesar dos assistentes sociais fazerem parte da construção de experiências de ruptura com o modelo manicomial e hospitalocêntrico, ou atuando como militantes da Luta Antimanicomial, por muito tempo, a discussão acerca da disputa de projetos societários, para a construção da política pública e nas concepções de saúde mental, permanecem invisibilizadas. Acreditava-se que, abordar o sofrimento e o adoecimento mental tratava-se de uma tarefa restrita aos saberes psicossociais, como a psicologia e a psiquiatria. Nesse contexto, CFESS (2008) é necessário provocar a desmistificação da rejeição acerca da subjetividade no interior do Serviço Social, já que lidamos com as relações sociais e os modos de vida dos sujeitos.

A profissão defende que as respostas das singularidades são produtos históricos, políticos e sociais. Portanto, a maneira como o sofrimento e o adoecimento mental ocorrem e se manifestam apenas pode ser identificada a partir da compreensão da totalidade social. Além de que, não compete somente aos profissionais que atuam diretamente na política de saúde mental, álcool e outras drogas, mas a sociedade.

Como também, devemos observar a fomentação do sofrimento e adoecimento psicossocial, que compõem as estratégias de reprodução do modelo vigente. O modo de vida do usuário determina como irá responder às explorações e opressões de gênero, raça e classe, implicando diretamente na sua saúde mental.

É imprescindível que nós, assistentes sociais, sejamos participativos na defesa da Luta Antimanicomial, de acordo com o CFESS (2008) como direção no cotidiano profissional, compreendendo que a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial faz parte das estratégias do capitalismo, sendo forjada pelas relações de raça, gênero e classe. Para afirmar a defesa da vida, é primordial reconhecermos a importância da saúde mental na constituição da vida social e na reprodução do capitalismo.

De acordo com o CFESS (2008), algumas ações que podem ser desenvolvidas por assistentes sociais na saúde mental são:

- Atendimento individual de usuários/as e familiares;
- Articulação, mobilização e realização de grupo com familiares;
- Articulação, mobilização e execução da assembleia;
- Organização e execução de oficinas;

- Realização de visitas domiciliares e institucionais;
- Articulação e mobilização com a Rede Intrasetorial e Intersetorial;
- Orientação e acompanhamento para viabilização dos direitos sociais;
- Participação na construção e na condução do Projeto Terapêutico Singular;
- Coordenação dos múltiplos serviços substitutivos;
- Supervisão institucional de serviços de saúde mental;
- Levantamento de recursos e articulação com o território;
- Participação e/ou organização de reunião de equipe e mini equipe;
- Elaboração e socialização de material de orientação acerca do funcionamento e das orientações sanitárias adotadas no cotidiano do serviço;
- Participação no acolhimento dos novos casos;
- Utilização das redes sociais para mobilização de usuários/as, familiares e trabalhadores/as da saúde mental, principalmente para as comemorações do 18 de maio.

O Código de Ética do Assistente Social, estabelecido pela Resolução CFESS 273/2002, é embasado por princípios que têm como objetivo assegurar a ética na atuação profissional, a dignidade humana e a justiça social, bem como nortear a profissão.

Dentre esses princípios, pode-se inferir e articular com as pautas presentes na Luta Antimanicomial na atuação profissional o respeito à dignidade dos indivíduos, promovendo a garantia de que seus direitos e cidadania sejam respeitados. Assim como a emancipação e autonomia destes, reconhecendo a diversidade e combatendo o preconceito as diversas expressões, independentemente de origem, crença, classe social, etnia, identidade de gênero, orientação sexual e/ou condição de saúde mental. Garantindo o sigilo dos dados obtidos durante o exercício profissional, além disso, deve exercer de forma independente a interesses econômicos, políticos ou ideológicos.

De acordo com o CFESS Manifesta (2022), ao problematizar o manicômio e suas expressões a partir das intersecções das relações de raça, gênero e classe, propõe-se a ruptura com uma leitura da formação social, política e econômica da saúde mental brasileira, que

silenciou o protagonismo de indivíduos que produziram fissuras dentro e fora do espaço asilar.

Ao levantar o questionamento dos parâmetros que sustentam o sistema manicomial – a hospitalização, o afastamento, a supremacia do conhecimento e do controle médico, a coerção e a instituição psiquiátrica –, colocamos em debate o papel social dessa estrutura, que atua na manutenção do capitalismo, do preconceito e do patriarcado.

Nesse contexto, o manicômio vai além de uma edificação, pois, mesmo após sua extinção, ainda vivenciamos diversas formas de sua perpetuação, manifestadas por meio da medicalização e da patologização da existência, da internação forçada, da higienização urbana e de outras práticas que impactam diretamente a vida da população empobrecida e marginalizada.

Sendo assim, a Luta Antimanicomial defende que as superações ocorram por meio da reformulação do modelo de atendimento, da revisão das normativas, da reconstrução dos saberes, da ressignificação dos valores ético-políticos e, sobretudo, pela desconstrução das bases estruturantes e estruturais dessa sociedade.

Portanto, configura-se como uma bandeira incorporada à agenda política e de trabalho da categoria de assistentes sociais. O CFESS vem se posicionando ao lado de entidades e movimentos representativos da população usuária e dos profissionais que defendem a atenção psicossocial de base territorial e comunitária, o cuidado em liberdade com autonomia e respeito aos direitos humanos e à participação social e popular para a construção das políticas públicas.

Este, embasado nos princípios do Código de Ética da categoria e a partir da compreensão das demandas da atuação profissional no atendimento aos indivíduos em sofrimento mental, tem produzido uma série de manifestos e documentos sobre o tema.

Em 2016, lançou o Caderno 2 da série Assistentes sociais no combate ao preconceito, discutindo o estigma do uso das drogas.

Em 2018, realizou em primeira instância o seminário nacional sobre o trabalho de assistentes sociais na Política sobre Drogas e Saúde Mental, em que tratou da contribuição da categoria como uma questão de saúde pública que têm interface com a política de assistência social. Ainda em 2018, publicou também o Relatório Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas Comunidades Terapêuticas.

Em 2022, lançou o Caderno 8 da série Assistente social no combate ao preconceito, em que discute o estigma contra a população usuária da saúde mental.

E em 2023, durante o 6º Encontro Nacional de Seguridade Social e Serviço Social, realizou uma plenária precisa sobre o tema. Agnaldo (2023) afirma que:

Precisamos seguir buscando propostas e estratégias que se contraponham ao tratamento conferido por diversos governos às temáticas que perpassam a Saúde Mental. Cada vez mais vemos as questões sendo tratadas e resolvidas com políticas de ‘higienização’, afastando pessoas com transtornos mentais e trancafiando pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sem resolver um problema que é de saúde pública.

3.2. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL

A atuação do Serviço Social em instituições de saúde mental no DF verifica-se de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que objetivam a desinstitucionalização dos indivíduos em sofrimento psíquico, a promoção da humanização e reintegração social.

Inserido nesse contexto, o trabalho dos assistentes sociais nas instituições de saúde mental realizam atendimentos individuais com os usuários para a orientação sobre direitos e deveres, promovem o acompanhamento também com os familiares, instruindo sobre estratégias de cuidado, encaminhando para a integração entre a família e os serviços de saúde. Como verificado pelo Serviço Social da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Base (2023):

1. Intervir nas questões sociais que impactam no processo saúde-doença, trabalhar com os pacientes e/ou familiares, visando contribuir para garantir o exercício de sua cidadania, enquanto sujeitos de direitos na relação saúde/doença.
2. Atuar de forma propositiva, estratégica e interventiva no cuidado da saúde; avaliar fatores de riscos e de desproteção, conhecer os determinantes sociais e também das possibilidades junto à família, rede de apoio/suporte secundária do paciente ou rede terciária para a oferta de cuidados e encaminhamentos socioassistenciais;
3. Atuar em consonância com os dispositivos legais e técnicos da profissão e legislações correspondentes aos direitos sociais, elencados na CF/88;

4. Contribuir para o amplo conhecimento das políticas públicas efetivadas pelo Estado Brasileiro, publicizar as Políticas Sociais previstas na Constituição Federal de 1988;
5. Atuar em matéria de Serviço Social no âmbito da saúde em conformidade com normas técnicas legais.
6. Ater-se às atribuições e competências profissionais de Serviço Social, constatadas no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993), norteadas pelo Parâmetro para atuação das/dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS (2012).

Como também, colaboram com a formulação e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), bem como destacado pelo Serviço Social da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Base (2023):

com a formação de profissionais de Serviço Social com competências teóricas e práticas para trabalhar na Saúde Mental tanto pelo processo de estágio obrigatório e como cenário de residência do Programa de Residência Multiprofissional

Promovem a articulação e mobilização intersetorial entre os serviços de saúde, assistência social e educação, visando um cuidado integralizado e a reintegração dos usuários, como na participação de reuniões de equipe multidisciplinar para construir estratégias de tratamento.

Além do Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a Rede de Atenção à Saúde, construindo estratégias preventivas, como novos acolhimentos e ações de prevenção para identificar, encaminhar e acompanhar os usuários nos cuidados devidos e especializados, para prevenir a institucionalização, garantindo assim, o acesso ao tratamento psicossocial e o fortalecimento das redes de apoio territoriais.

O combate ao preconceito e o estigma contra os indivíduos em sofrimento psíquico é uma das principais frentes de atuação, contrariando a exclusão social e fortalecendo a cidadania dos usuários, a partir de estratégias de conscientização e educação. Promovem atos e campanhas de conscientização sobre a Reforma Psiquiátrica, e a Luta Antimanicomial, fomentando atividades que promovam a discussão dos direitos dos usuários e fortalecem o movimento.

O assistente social igualmente planeja e coordena grupos terapêuticos com usuários e familiares, como oficinas e atividades, do mesmo modo realiza visitas domiciliares para o acompanhamento do quadro do indivíduo em seu contexto social. Além de discutirem questões sociais e emocionais, esses grupos são utilizados para o desenvolvimento de habilidades e cuidados que promovam a independência e o fortalecimento de vínculos.

Além do monitoramento da efetividade das políticas públicas, atuando como fiscalizador da implementação das políticas públicas de saúde mental, ao observar se os serviços ofertados estão em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental e os direitos dos usuários, identificando lacunas e a propondo soluções de efetivação e qualidade.

CONCLUSÃO

Segundo a análise da trajetória da luta antimanicomial no Distrito Federal pode ser revelada a profundidade dos desafios enfrentados para o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde mental, calcado na desinstitucionalização e na garantia dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial são as faces centrais na ruptura com o modelo manicomial, na implementação de políticas públicas que visam o cuidado em liberdade, contudo resistem entraves estruturais, políticos e sociais que impedem a efetivação plena dessa agenda.

Ainda que tenham sido conquistados alguns avanços, como a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os desafios permanecem, notadamente no que tange a precarização dos serviços e de financiamento, além da baixa cobertura assistencial no Distrito Federal. A persistência de práticas de internação compulsória e a privatização do cuidado, sobretudo o financiamento de comunidades terapêuticas, expõem a fragilidade das políticas públicas em prol de interesses políticos e econômicos.

Nessa conjuntura, o Serviço Social adquire um papel basilar na defesa de direitos, na articulação entre políticas públicas e na fomentação de um cuidado sobre a ótica da autonomia e a dignidade dos usuários dos serviços de saúde mental. Dessa forma, alinhado ao seu projeto ético-político e código de ética, atua no desenvolvimento e exercício de estratégias que promovam o fortalecimento do atendimento humanizado, combatendo o estigma e preconceito, como também incitar a inclusão social.

Portanto, os movimentos sociais detêm uma responsabilidade primordial na defesa da Luta Antimanicomial, pressionando o poder público, viabilizando mobilizações e garantindo que os princípios da Reforma Psiquiátrica permaneçam sendo debatidos e aprimorados. A partir da atividade de tais coletivos no Distrito Federal, a necessidade da ampliação da participação dos sujeitos civis na construção de políticas públicas mais efetivas e democráticas é reforçada.

Sendo assim, averigua-se que a Luta Antimanicomial resiste aos desafios significativos para que seus objetivos sejam consolidados. O cumprimento de um modelo de atenção psicossocial humanizado requer o compromisso contínuo do Estado, da sociedade civil e dos profissionais da saúde e do Serviço Social. Unicamente por via do fortalecimento

das políticas públicas e das RAPS, do devido repasse ao financiamento dos serviços e da resistência contra retrocessos pertinentes será possível garantir o cuidado emancipatório, humanizado e inclusivo aos indivíduos em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

@utopia.viva. (2021). *É reivindicar a radicalidade de existir enquanto singular, enquanto diferença*. Instagram, 28 de junho de 2021. Disponível em:

<https://www.instagram.com/p/COqmRUclcsN/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

Amarante, P. (2003). *A loucura e a política: A história do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2007). *O SUS e a reforma psiquiátrica: A construção de uma rede de saúde mental no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Basaglia, F. (2000). *A instituição negada: A experiência do manicômio*. 3. ed. São Paulo: Hucitec.

BARROS, Camila Alvarenga do Rego. *Título da dissertação*. 2012. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4254/1/2012_CamilaAlvarengadoRegoBarros.pdf. Acesso em: 2 fev. 2025.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social.

Código de Ética dos Profissionais de Serviço Social.

Brasília: CFESS, 1993.

Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

Acesso em: 3 fev. 2025.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social.

Serviço Social e Saúde Mental: perspectivas e desafios.

Brasília: CFESS, 2008.

Disponível em: <https://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf>.

Acesso em: 3 fev. 2025.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. *Luta Antimanicomial: por uma sociedade sem manicômios*. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2022-LutaAntimanicomial.pdf>. Acesso em: 7 de fev. 2025.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Movimentos em defesa da Luta Antimanicomial seguem firmes em todo o Brasil**. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2001>. Acesso em: 8 de fev. 2025.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. *Serviço Social e Saúde Mental: atuação profissional na perspectiva antimanicomial*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1772>. Acesso em: 8 de fev. 2025.

INSURGÊNCIA: Revista de Teoria Política. *Insurgência: Revista de Teoria Política*, Brasília, ano. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/issue/view/1515/433>. Acesso em: 1 dez. 2024.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. **A posse da chave é a chave da prática da desinstitucionalização.** In: FALEIROS, Eva Teresinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (orgs). *Portas abertas à Loucura*. Curitiba: Appris, 2017. p 25-53.

FERRARI, Andressa de França Alves. **O circuito dos afetos na construção e fortalecimento do Movimento Pró-saúde Mental no DF.** 2021. 94 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) —Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL. **SERVIÇO SOCIAL - ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA.** Brasília, Enfermaria de Psiquiatria, 2023.

LIMA, Maria da Glória. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo.** Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.

MPDFT – Ministério Público de Contas do Distrito Federal. *Relatório sobre a situação da saúde mental no Distrito Federal: Ações do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (CEPS).* Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/comunicacao/livros/relatorio_situacao_saude_mental_df_ceps_mpdft.pdf. Acesso em: 29 jan. 2025.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Saúde mental: novas concepções, novas esperanças.* OMS.

Uma história da Luta Antimanicomial e da Reforma da Assistência à Saúde Mental no Brasil (1979-2021): o que podemos e devemos comemorar? *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, [S. l.], v. 39, 2022. DOI: 10.35699/1676-1669.2022.39251. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/39251>. Acesso em: 7 dez. 2024.

SAÚDE MENTAL DF. Quem somos. **Saúde Mental DF**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saudementaldf.com/quem-somos>. Acesso em: 26 jan. 2025.

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.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

VIEIRA-SILVA, M.; GONÇALVES, A. M.; LOPES, F. de M. **Uma história da Luta Antimanicomial e da Reforma da Assistência à Saúde Mental no Brasil (1979-2021): o que podemos e devemos comemorar?** *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, [S. l.], v. 39, 2022. DOI: 10.35699/1676-1669.2022.39251. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/39251>. Acesso em: 7 dez.. 2024.