

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

ESTER LOPES DA SILVA DE SOUZA

**INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
E A LUTA ANTIMANICOMIAL:
A Política de Saúde Mental no Distrito Federal**

Brasília
2025



ESTER LOPES DA SILVA DE SOUZA

**INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
E A LUTA ANTIMANICOMIAL:
A Política de Saúde Mental no Distrito Federal**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, apresentado junto ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^ª Dr. Andreia de Oliveira

Brasília
2025

CIP - Catalogação na Publicação

LS729ii LOPES DA SILVA DE SOUZA, Ester .
INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E A LUTA ANTIMANICOMIAL:
A Política de Saúde Mental no Distrito Federal / Ester
LOPES DA SILVA DE SOUZA;

Orientador: Andreia de Oliveira. -- Brasília, .
51 f.

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

1. Reforma Psiquiátrica. 2. RAPS. 3. hospitais
psiquiátricos. 4. comunidades terapêuticas. 5. serviços
substitutivos. I. de Oliveira, Andreia, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do autor: SOUZA, Ester Lopes da Silva de

Título: INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E A LUTA ANTIMANICOMIAL:
A Política de Saúde Mental no Distrito Federal

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, apresentado junto ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Apresentada em: 18 de fevereiro de 2025

Banca Examinadora:

Prof^a Dr. Andreia de Oliveira

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Dr, Lucio Willian Mota Siqueira

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Leylla Magna dos Santos

Instituição: Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Resultado: MS

AGRADECIMENTOS

Em primeiro e mais importante, agradeço ao único Deus, meu Salvador Jesus Cristo, o Espírito Santo que habita em mim e me fortaleceu, consolou e alegrou imensamente em minha experiência acadêmica. Este trabalho não seria possível sem Ele, criador do universo, que deu para a humanidade a graça de crescer em conhecimento.

A minha família amada, especialmente aos meus pais: Dejair Nunes de Souza e Telma Lopes Barbosa de Souza, por todo o esforço que amorosamente puseram em me apoiar, acompanhar e ajudar por toda a minha vida. Essa conquista é nossa! Também ao meu querido irmão Misael Lopes da Silva de Souza, inspiração para mim como estudante e profissional.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Andreia de Oliveira, que trilhou essa longa jornada comigo com paciência, profissionalismo, ética e bondade. As suas contribuições valiosíssimas tiveram grande importância na construção deste TCC e da profissional de saúde que almejo ser.

A Universidade de Brasília, por sua excelência e oportunidades que doutra maneira não teria acessado. Ser contemplada com o direito do ensino superior público é uma grande honra para mim. Também agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha graduação, me aprimorando em pensamento crítico e conhecimento. Especialmente quero agradecer minha supervisora no campo de estágio, a assistente social Leylla Magna dos Santos. Ela trouxe as provocações e vivências que iniciaram este TCC e me aprimoraram em muito como profissional.

Ao GEMPP que com seus constantes desafios muito me desenvolveu. Em especial agradeço à Prof.^a Dra. Maria Lucia Lopes da Silva, que me deu essa oportunidade.

Ao Núcleo de Vida Cristã, em que tive o prazer de passar todos os meus anos de graduação. Lugar em que fui muito edificada e cresci em fé e entendimento por causa do agir de Deus neste grupo. Agradeço aos irmãos que aí encontrei e se tornaram também amigos.

Agradeço ao meu namorado Gabriel Carreiro da Silva Santos, que muito me incentivou e consolou nos momentos difíceis. O seu cuidado por mim deixou os dias muito mais fáceis.

Por fim, agradeço novamente ao Senhor pela vida de cada pessoa que esteve em minha trajetória. Esses anos estarão guardados na minha memória para sempre. Glória a DEUS.

RESUMO

O trabalho analisa a política de saúde mental especialmente no Distrito Federal, focando nas internações de longa permanência e na luta antimanicomial. A pesquisa utiliza uma abordagem descritiva e exploratória, combinando pesquisa documental e bibliográfica, para avaliar as deficiências na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a persistência da lógica manicomial. São identificados padrões de inconsistência com as normativas legais e a prática atual de permanência de instituições asilares financiadas pelo governo. O TCC também examina os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), destacando o papel dos movimentos sociais na defesa do cuidado em liberdade e do modelo de atenção psicossocial, e na crítica à contrarreforma e às práticas de segregação. Finalmente, o trabalho apresenta propostas para melhorar o serviço de saúde mental desenvolvidos em eventos e organizações de saúde mental pela Luta Antimanicomial.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, RAPS, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, serviços substitutivos.

ABSTRACT

This paper analyses mental health policies in the Federal District, mainly long term hospitalizations and the anti-asylum movement. The research uses a descriptive and exploratory approach, combining documental and bibliographical investigation, to assess the shortcomings within the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial — RAPS) and the continuation of an asylum mindset. Patterns of inconsistency before legal norms and current continuation of asylums funded by the government were identified. This paper also examines the progress and challenges of the Brazilian Psychiatric Reformation, highlighting the role of social movements in defending models of non-institutionalized and psychosocial care, and in criticizing counterreformation and segregationist practices. Lastly, this paper proposes improvements to the mental health services conducted in events and organizations aligned with the anti-asylum movement.

Keywords: Psychiatric Reformations, RAPS, psychiatric hospitals, therapeutic communities, substitutive services.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AD	Álcool e Drogas
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CECO	Centro de Convivência
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CTs	Comunidades Terapêuticas
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
eMulti	equipes multiprofissionais na APS
ESM	Enfermaria de Saúde Mental
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GDF	Governo do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança José Alencar
HSPV	Hospital São Vicente de Paula
HUB	Hospital Universitário de Brasília
ISM	Instituto de Saúde Mental
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e outras identidades
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção à Tortura
MP	Ministério Público
PDS	Plano Distrital de Saúde
PDSM-DF	Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares

PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
Samu	Serviço de Atendimento Móvel
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
3 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO SUS..	15
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL E INTEGRAL À SAÚDE.....	15
3.2 REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	22
3.2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	26
4 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL	31
4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL	31
4.2 INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: A PERPETUAÇÃO DA LÓGICA MANICOMIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL	34
4.3 A LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL: POSICIONAMENTOS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem origem na experiência adquirida durante o estágio curricular obrigatório, realizado entre julho de 2022 e fevereiro de 2023, no Hospital Universitário de Brasília (HUB). A vivência concentrou-se, majoritariamente, na Enfermaria de Saúde Mental (ESM), um serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado ao atendimento de pessoas maiores de 18 anos em crise decorrente de transtornos mentais graves, cujo tratamento ambulatorial se mostra insuficiente para atender às suas necessidades.

Ao longo desse período, foi possível identificar a situação de vulnerabilidade enfrentada pelas pessoas usuárias no processo de alta hospitalar, especialmente aqueles desprovidos de uma rede de apoio. Essa condição de fragilidade se mostrava ainda mais acentuada pela presença de vulnerabilidades socioeconômicas significativas, que expunham alguns pacientes ao risco de situação de rua. Ademais, as dificuldades no acesso a serviços de continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) — como a marcação de consultas e o acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — evidenciaram barreiras adicionais à efetivação de uma alta segura e ao fortalecimento da rede de cuidado.

Embora esses serviços estejam presentes no Distrito Federal, sua capacidade de atendimento é limitada, enfrentando fragilidade nos recursos e dificuldade de integração com a rede. Nesse contexto de insuficiência e ineficácia das políticas de saúde mental, foi possível observar, no âmbito do estágio, a transferência de responsabilidade para as pessoas usuárias e suas redes de apoio familiar. Como consequência, essas famílias ficam sobrecarregadas e com acesso limitado ou inexistente a serviços nos territórios, dificultando o atendimento às suas demandas sociais e de saúde, bem como às necessidades do familiar em sofrimento psicossocial.

No caso dos usuários sem rede de apoio ou com uma rede inconsistente, a continuidade do atendimento no contexto comunitário e territorializado torna-se um desafio ainda maior, resultando em internações recorrentes e de longa permanência. Em algumas situações observadas no estágio, foi possível perceber que algumas pessoas usuárias permanecem internadas por longos períodos devido à ausência de serviços públicos que atendam às necessidades desses indivíduos, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

A negligência do Estado observada durante o estágio é avessa aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), já determinados legalmente. Em primeiro lugar, a saúde é um

direito de seguridade social expresso na Constituição Federal de 1988 (CF/88) no seu Artigo 196 (Brasil, 1988) e se caracteriza pelo acesso universal, referenciando políticas sociais e econômicas para a sua promoção, proteção e recuperação.

Esta foi uma conquista legal guiada pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), juntamente com a RPB, movimentos crescentes a partir dos anos de 1970, que lutavam pela saúde pública baseada nos direitos humanos, exigindo ampliação nos serviços existentes. A partir da CF/88, construiu-se o SUS, responsável por oferecer esses serviços que compõem a atenção integral à saúde, ofertada a todas as pessoas em solo brasileiro.

Na construção desse serviço, temos algumas conquistas marcantes da luta antimanicomial, como o projeto de Lei nº 3.657/1989, que marcou o compromisso legal do Estado com a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços territoriais. Posteriormente, a Lei nº 10.216/2001, chamada também de Lei Paulo Delgado em homenagem ao deputado que a propôs, “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Ela pautou: a desinstitucionalização, o modelo psicossocial de atendimento, o cuidado em liberdade e a construção coletiva.

Com este aparato, surge a Portaria nº3.088/2011 do Ministério da Saúde, “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)” (Brasil, 2011), instituindo, assim, a RAPS. Nela se baseiam diversos serviços em todos os níveis de atendimento à saúde, incluindo os serviços substitutivos à internação tal como os CAPS e o SRT, de base comunitária e territorial.

Reconhece-se os avanços nos marcos legais do direito à saúde, expressos na Constituição Federal, na implantação do SUS e na RPB. No entanto, tais normativas não foram suficientes para erradicar a lógica manicomial, institucionalizada e segregadora, que ainda perdura no contexto da atenção à saúde mental no Brasil. Para alcançar uma abordagem comunitária, antimanicomial e desinstitucionalizada, é fundamental que o Estado priorize, defina e execute políticas públicas e sociais que assegurem a atenção integral e universal à saúde.

Contudo, a política pública de saúde mental, assim como as demais políticas sociais, enfrenta inflexões permanentes, especialmente diante da influência das políticas neoliberais e

das contrarreformas. Esses processos têm intensificado a lógica privatizante, comprometendo o acesso universal e os princípios de equidade e integralidade no cuidado em saúde.

Diante do exposto e da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório no HUB, especialmente na ESM, emergem reflexões sobre a vulnerabilidade dos usuários diante da ausência de uma rede de apoio efetiva e das fragilidades na RAPS no Distrito Federal. Nesse contexto, algumas questões norteadoras guiam a análise crítica deste trabalho de conclusão de curso de graduação em serviço social:

Como se dá o acesso aos cuidados de saúde mental, especialmente para pessoas sem rede de apoio familiar ou comunitário, considerando as barreiras impostas pela insuficiência de serviços no território? Quais são as principais limitações e inconsistências presentes na RAPS vigente, à luz dos princípios e diretrizes da Luta Antimanicomial, e de que forma elas impactam o direito à saúde integral e ao cuidado em liberdade? Quais desafios emergem para a implementação de um modelo de desospitalização efetivo, considerando as instâncias legais, políticas e práticas necessárias para garantir o atendimento contínuo e territorializado aos usuários em sofrimento psicossocial?

Essas questões visam aprofundar a compreensão das dinâmicas que atravessam o cuidado em saúde mental, evidenciando as tensões entre os marcos legais e a realidade prática vivenciada pelos usuários e suas famílias. Para tanto, adota como objetivo central a análise da internação de longa permanência em saúde mental, destacando suas dissonâncias em relação aos princípios orientadores da RPB.

Nesse contexto, o estudo contempla uma contextualização da política de saúde mental brasileira, tomando como referência os princípios da RPB, as normativas legais e operacionais, além dos impasses e contradições presentes na implementação de políticas de saúde mental fundamentadas no paradigma psicossocial. Com enfoque no processo de desinstitucionalização e desospitalização, o trabalho valoriza a cidadania e a liberdade como elementos centrais do cuidado.

Para ilustrar esse panorama, foi realizada uma análise, ainda que não exaustiva, da RAPS no Distrito Federal, com o objetivo de identificar as inflexões e os desafios que atravessam sua efetivação. A análise revelou a insuficiência de investimentos em serviços substitutivos e a persistência das internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, alas de tratamento psiquiátrico e unidades hospitalares de saúde mental.

Além disso, destacou-se o papel de outros serviços privados, como as Comunidades Terapêuticas (CTs), que, em muitos casos, reproduzem práticas de segregação. Nesse cenário, também foram examinadas as posições e as ações dos movimentos sociais e coletivos organizados em defesa da luta antimanicomial no Distrito Federal, que têm se mobilizado pela efetivação do modelo de atenção psicossocial e do cuidado em liberdade.

Para assegurar uma análise consistente, o trabalho está estruturado em dois capítulos interdependentes. O primeiro capítulo apresenta uma base teórica fundamental, abordando inicialmente o SUS e destacando seus avanços e desafios na promoção do direito universal e integral à saúde. Em seguida, discorre sobre a trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, com ênfase nos princípios da RPB e nos obstáculos que ainda persistem no cenário atual. Por fim, o capítulo aprofunda a análise sobre a estrutura e a importância da RAPS, destacando sua centralidade no modelo de atenção psicossocial e sua contribuição para a promoção do cuidado de base territorial, pautado na autonomia, na cidadania e nos direitos humanos.

No segundo capítulo, a análise se volta para a implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal. Inicialmente, examina-se a organização e o funcionamento da RAPS, evidenciando seus avanços e lacunas. Logo depois, o capítulo foca na prática da internação de longa permanência em saúde mental, destacando a persistência da lógica manicomial. Nesse contexto, evidencia-se que a escassez de investimentos em serviços substitutivos, aliada à perpetuação de práticas hospitalocêntricas e asilares, reforça uma dinâmica de segregação que contraria os princípios dos direitos humanos.

Também se faz uma reflexão sobre a luta antimanicomial no Distrito Federal, com ênfase nos posicionamentos e nas ações dos movimentos sociais e coletivos organizados, que desempenham papel fundamental na defesa do modelo de atenção psicossocial e na busca pela efetivação dos princípios da RPB. Busca-se não apenas problematizar as práticas de longa permanência em saúde mental, mas também evidenciar as disputas políticas e institucionais em torno da efetivação do cuidado em liberdade, alinhado ao paradigma psicossocial e aos direitos humanos.

Por fim, nas considerações finais, são retomados os principais achados do estudo, com o objetivo de sintetizar as reflexões desenvolvidas ao longo dos capítulos. Destacam-se as contradições e os desafios que permeiam a efetivação dos princípios da RPB, especialmente no que se refere à superação da lógica manicomial e à ampliação de serviços substitutivos no Distrito Federal. Além disso, as considerações finais ressaltam o papel estratégico dos

movimentos sociais e coletivos organizados na defesa do cuidado em liberdade, destacando sua importância nas disputas por políticas públicas que possam aprimorar a RAPS e fortalecer as práticas de desinstitucionalização e desospitalização no Distrito Federal.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho adota uma abordagem descritiva e exploratória, utilizando como recurso metodológico a pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental foi conduzida por meio do levantamento de legislações, normativas legais e operacionais relevantes, como portarias e decretos.

Para isso, foram consultadas plataformas oficiais do governo federal e do Distrito Federal. Dentre os documentos oficiais priorizados estão: o Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF, o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM-DF) 2020 – 2023 e o Relatório da 3ª Conferência de Saúde Mental do DF – Relatório Consolidado das Etapas Regionais, 2022a.

Além disso, foi realizado um levantamento das posições e manifestações públicas de movimentos sociais e coletivos organizados que atuam em defesa da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com destaque para o Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF.

A pesquisa bibliográfica envolveu uma revisão não exaustiva da literatura relevante para o tema do estudo. Essa revisão foi realizada com base em uma busca em bases de dados acadêmicas, como Scielo¹, Capes Periódicos², Google Acadêmico³ e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As palavras-chave utilizadas na busca incluíram: RAPS, saúde mental, sofrimento mental, Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, desospitalização, residência terapêutica e CAPS. Ademais, foram consultados estudos publicados em periódicos não indexados nessas bases, coletâneas e livros.

A análise do material documental e bibliográfico foi realizada a partir do método de análise temática, que possibilita a identificação de padrões e categorias significativas no conteúdo dos documentos e das publicações revisadas. Inicialmente, foi realizada uma leitura exploratória e flutuante dos textos, com o objetivo de identificar os temas recorrentes e os elementos centrais. Posteriormente, os dados foram organizados e categorizados em eixos temáticos que dialogam com o objetivo central do estudo.

¹ <https://www.scielo.org/>

² <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

³ <https://scholar.google.com/>

3 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO SUS

A partir das lutas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS se consolidou como um sistema público de saúde pautado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Esse movimento, que tem como base teórica a compreensão da produção social da saúde - doença, enfrenta, desde sua criação, uma série de desafios relacionados à insuficiência de recursos e à oposição de interesses privados. Apesar disso, continua sendo um elemento central a luta por saúde como direito e não como mercadoria, mobilizando diferentes segmentos organizados e dos movimentos sociais.

Dentro deste contexto, a Política de Saúde Mental foi formalmente inserida no SUS, especialmente com o fortalecimento da RPB, que desde a década de 1970 busca combater a lógica manicomial e avessa aos direitos humanos praticadas em instituições asilares, especificamente nos hospitais psiquiátricos.

O movimento de desinstitucionalização, consolidado pela Lei Paulo Delgado (2001) e pela Portaria nº 3.088 (2011), é um dos pilares dessa política, propondo um modelo de cuidado em saúde mental voltado para a reintegração social das pessoas usuárias, com o apoio de serviços comunitários e substitutivos, como os CAPS.

No entanto, apesar de avanços significativos, como a criação da RAPS, a política ainda enfrenta desafios, como as iniciativas neoliberais, contrárias a seguridade social, a resistência ao modelo desinstitucionalizador e o retorno de práticas asilares, que destacam a necessidade de continuidade da luta por uma saúde mental mais humanizada e antimanicomial.

Este capítulo visa apresentar uma breve contextualização da Política de Saúde Mental no SUS, abordando suas conquistas, os desafios que ainda persistem e os caminhos para a sua consolidação e ampliação, com ênfase nas lutas sociais que têm moldado esse processo e na importância da promoção de uma atenção psicossocial integral, baseada nos princípios da RPB e da dignidade humana.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL E INTEGRAL À SAÚDE

A política de saúde é caracterizada historicamente por uma relação conflituosa entre a concepção da saúde como um direito humano e a lógica mercantil e de interesses do setor privado. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil não era considerada um direito de cidadania, sendo restrita aos trabalhadores formais, segurados da Previdência Social. Nesse contexto, o acesso à saúde era desigual e restrito, o que motivou o movimento pela RSB, que lutava pela construção de um sistema de saúde universal, participativo e sob a lógica de um modelo ampliado de atenção à saúde.

Esse movimento foi fundamental para as mudanças que culminaram na Constituição de 1988, a qual garantiu a saúde como um direito universal e levou à criação do SUS. Embora diversos estudos já tenham abordado o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, este trabalho se concentra na reflexão sobre a política de saúde no contexto do SUS, considerando-o como a base para a formulação das políticas públicas de saúde mental, à luz do objeto de estudo proposto.

O SUS, regido por princípios direcionados para o acesso universal e igualitário à saúde, é uma conquista do Movimento pela RSB, ainda em andamento. Esse é um movimento robusto em lutas sociais e produção de conhecimento, com uma abordagem que considera a relação das estruturas de classe com as políticas e práticas de saúde (Paim, 2009). O CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) participou dessa construção, sendo o responsável por definir a RSB, e “Reconhecia a unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso a serviços de qualidade como alguns marcos da Reforma Sanitária”, incluindo nisto a sua própria criação (Paim, 2012).

Porém, em si e para a sua eficácia, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) excede aspectos administrativos e financeiros; tendo um profundo substrato teórico baseado nas ideias de Antônio Gramsci, pôs em pauta democracia, socialismo, hegemonia, Estado, saber e práxis. Desde sua origem, a RSB reconhece as determinações sociais da saúde⁴ e o conceito ampliado de saúde, tornando-se parte ativa de transformações em diversos setores. Como expressa o sanitarista Sérgio Arouca, a RSB transcende a saúde pública, impactando amplamente o tecido

⁴ As determinações sociais da saúde são condições que moldam a vida dos indivíduos, não se limitando à saúde em si, mas sendo parte da construção social dos sujeitos, influenciada por fatores como acesso a recursos, redes de relações e dinâmicas sociais. Portanto, as expressões afetam desde a expressão genética até a exposição a riscos e agravos, demonstrando que a saúde é resultado de um processo histórico e coletivo, não apenas biológico ou individual (NOGUEIRA, 2010, p. 37).

social do país. Ele enfatiza que o direito à saúde está interligado a uma série de fatores sociais e ambientais, argumentando que:

“relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade” (Arouca, 1988, p.3-4).

Este movimento começou apontando a necessidade de uma transformação completa e de uma ampliação no setor da saúde, que vinha aumentando durante a ditadura militar unicamente para trabalhadores formais e de forma altamente burocratizada. Um dos eventos que fomentou essa transformação foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em que se debateu e concluiu a favor da saúde como direito de cada cidadão no período de (re)democratização do nosso país, tendo o lema “Saúde é democracia”.

Inclusive, o fim da ditadura militar é uma das razões para a construção e fortalecimento da RSB, pois ela é simultânea à reformulação do Estado brasileiro como um todo (Bravo, 2006). Na 8ª CNS estavam presentes sindicatos, moradores, corpo técnico da saúde, estudantes, movimento sociais, partidos políticos, etc.; sendo a primeira CNS com participação das entidades representativas da população, para além da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e do CEBES (Bravo, 2006).

Portanto, o Movimento Sanitário (ou reformista) estava fortalecido no momento da Assembleia Nacional Constituinte para as pautas de saúde pública, tendo impacto na formação da Constituição Federal. Durante a Plenária Nacional da Saúde, houve cerca de 200 entidades representativas a favor da reforma, contra a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas, estes com poucas cadeiras na assembleia. Assim, formou-se a determinação legal da saúde como um direito de cada cidadão e dever do Estado, com forte luta social do povo brasileiro (Bravo, 2006).

Posto então o Art. 196 da CF/88, foi determinado como princípios do SUS (Paim, 2010, p. 56-57): a universalidade; a integralidade; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; o direito, por parte das pessoas assistidas, à informação sobre a sua saúde; e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Ressalta-se para este trabalho a integralidade, ou seja, “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Paim, 2010, p. 56). Ela,

especificamente, expressa a obrigatoriedade de redes de atenção para, em unidade, oferecer tratamentos completos, para além do atendimento hospitalar.

Já as diretrizes para a organização da saúde são: a divulgação de informações; a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Paim, 2010, p. 58), além da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (Brasil, 1988).

A implementação do SUS começa com um aparato legal e teórico claro e amplo, e sua construção alcança marcadores positivos de transformação com a inclusão da população, que, majoritariamente, não possuía nenhum meio de atenção à saúde. Porém, há fortes ataques políticos contrários atuando no desmonte desse direito nesses 36 anos de SUS. A hegemonia neoliberal tem sua prioridade no capital, que se expressa na austeridade fiscal e no redirecionamento de verba, trazendo um dos principais desafios para a construção do SUS: a insuficiência de recursos.

Neste contexto de dificuldade do SUS de atender a demanda da população, parte dela se sente compelida a buscar a saúde privada e se distancia da luta pelo SUS. Ressalta-se a oposição direta que as representações políticas da saúde privada expressam em relação ao serviço público de saúde, ao mesmo tempo que recebem subsídio do Estado (Santos, 2018). A lógica de lucro não consegue contemplar a saúde, pois ela é a própria manutenção da existência humana. A sua mercantilização acarreta, necessariamente, a precificação da vida e consequente morte ou debilitação das pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente socioeconômica.

Há ainda luta da RSB por avanços e remonte do SUS, apoiada por diversas entidades como: o CEBES; a ABRASCO; a ABES (Associação Brasileira de Economia da Saúde); a Rede-Unida; os conselhos de saúde a níveis municipais, estaduais e nacionais; a AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros.

As universidades também participaram ao construir conhecimento para e com o Estado por meio de: observação dos marcadores, caminhos de atuação, análises e propostas (Paim,

2018). A participação popular teve seu espaço ampliado desde a CF/88, porém ainda passa por grandes desafios, tais qual a responsabilização da sociedade civil e o ataque contra o papel deliberativo de espaços participativos institucionalizados (Krüger; Oliveira, 2019).

Juntamente, há a Frente Nacional contra a Privatização, que atua fortemente para a manutenção e ampliação do SUS, pondo-se contra a contrarreforma, especialmente acelerada durante os governos Temer e Bolsonaro (Bravo; Pelaez, 2020). O chamado projeto privatista, teve avanços relevantes nas últimas décadas e é atuante para barrar a saúde como um direito; para ele, a saúde deveria entrar completamente na lógica de mercado, tornando a doença uma fonte de lucro (Bravo; Pelaez, 2020).

As disputas entre projetos antagônicos no contexto do SUS perduram ao longo dos 36 anos desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), o primeiro presidente eleito após a Constituição, diversas medidas adversas à saúde pública foram implementadas, especialmente no que tange ao financiamento e ao controle social do SUS. Um exemplo significativo foi o veto a importantes dispositivos na Lei 8.142/1990, aprovada logo após a Lei 8.080/1990, que estabelecia diretrizes para a organização do sistema de saúde. Esses vetos enfraqueceram a universalidade e a equidade do SUS, pilares fundamentais da Constituição de 1988 (Costa; Lamarca, 2013).

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o foco principal foi a “Contrarreforma” do Estado, que envolveu a delegação de responsabilidades para organizações não estatais e impulsionou o processo de privatização. Essa abordagem resultou em uma série de medidas que, na prática, enfraqueceram ainda mais a saúde pública no Brasil.

O conceito de "contrarreforma", segundo a Dr^a. Behring, refere-se à desestruturação das políticas públicas e na perda de direitos sociais, a partir da lógica neoliberal (Behring, 2003). Isso é intenso no governo FHC, justamente no momento de implementação dos direitos conquistados na recente CF. Ao longo do tempo, a contrarreforma se mantém em diversos níveis, com ações de privatização, desfinanciamento de políticas sociais como saúde, assistência, previdência e educação, desregulamentação do trabalho etc.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, concebido por Bresser Pereira nesse período, exemplifica essa visão, defendendo a redução do papel do Estado em áreas essenciais como saúde, educação e assistência social, em favor de uma maior participação do setor privado. Essas mudanças afetaram diretamente o SUS com a transferência de

responsabilidades para a iniciativa privada e o enfraquecimento dos mecanismos de controle social e financiamento público, comprometendo a efetividade e a universalidade do sistema de saúde no país.

Em contraste, os dois mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) marcaram um período de importantes avanços para a política de saúde no Brasil, com a definição de diversas ações que priorizaram a seguridade social (Costa; Lamarca, 2013). Durante seu governo, houve uma clara ênfase na universalização do acesso aos serviços de saúde, com destaque para a ampliação do SUS e a consolidação de programas de saúde pública em áreas estratégicas, como o Programa Saúde da Família (PSF), Programa Farmácia Popular e Serviço de Atendimento Móvel (Samu) (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Essas políticas de saúde, que diferenciaram o governo Lula de administrações anteriores, refletiram um compromisso com a ampliação da cobertura de saúde pública e com a redução das desigualdades sociais, priorizando a saúde não apenas como uma política pública, mas como um direito fundamental da cidadania (Costa; Lamarca, 2013).

Além disso, também investiu em políticas de redução de desigualdades no acesso a cuidados de saúde, com um foco especial em políticas de equidade. O período também se distinguiu pela implementação de políticas de saúde mental, com a expansão e fortalecimento da RAPS, promovendo a desinstitucionalização e priorizando o cuidado em liberdade.

Entretanto, embora o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) tenha sido marcado por avanços importantes nas políticas de saúde, especialmente no que diz respeito à ampliação do SUS e à priorização da seguridade social, também houve críticas a diversas questões relacionadas, com destaque para perpetuação do subfinanciamento do SUS, que embora o orçamento da saúde tenha aumentado, o volume de recursos ainda foi considerado insuficiente para atender à demanda da população.

Outra crítica importante foi a gestão do SUS. Apesar do compromisso com a universalização da saúde, o governo Lula não conseguiu afastar as pressões do setor privado na área da saúde. O modelo de parcerias público-privadas e a ampliação da participação do setor privado no financiamento, gestão e prestação de serviços de saúde foram elementos que permaneceram, gerando críticas de que o sistema público ainda estava subserviente aos interesses do mercado.

No tocante às Políticas de Saúde Mental, a expansão da RAPS e a ênfase na desinstitucionalização foram vistas como avanços significativos. No entanto, a implementação de políticas de saúde mental enfrentou desafios, como a falta de recursos adequados, a dificuldade de articular a RAPS com outros serviços de saúde e políticas públicas, além dos processos de privatização e priorização de interesses do setor privado que também se fez presente (Costa; Lamarca, 2013).

Durante o governo Dilma Rousseff (2011-2016), a política de saúde teve continuidade e expansão em diversas áreas, com destaque para a Atenção Básica. No entanto, simultaneamente, houve uma intensificação da aproximação com o setor privado e o empresariado, com a formulação de novas estratégias de parceria e a ampliação da participação do mercado na gestão da saúde pública (Bahia, 2018).

A partir de 2015, o cenário econômico brasileiro foi marcado pela recessão, resultado das consequências da crise econômica mundial de 2008. Esse quadro agravou-se com a repercussão midiática da Operação Lava Jato e a crescente polarização política no país, que culminou no Golpe de 2016. A crise política e econômica impactou negativamente as políticas públicas, incluindo a saúde, levando à adoção de medidas austeras para enfrentar o cenário de recessão, que afetaram o financiamento de programas sociais.

Apesar da continuidade de algumas políticas sociais, o governo Dilma enfrentou uma crescente pressão de grupos conservadores e neoliberais, que se fortaleceram após o golpe de 2016⁵. O golpe de 2016 e a reorganização de forças políticas conservadoras e neoliberais marcaram o início de uma ofensiva contra os direitos humanos e a saúde pública. A ascensão de Michel Temer (então vice-presidente e líder do Movimento Democrático Brasileiro - MDB) trouxe consigo o aprofundamento das contrarreformas, das medidas de austeridade e privatização de diversos serviços públicos, incluindo a saúde (Bravo, 2020).

Nos últimos dez anos, o projeto privatista obteve vitórias significativas, como o congelamento dos gastos com políticas sociais por 20 anos, por meio da Emenda Constitucional 95 de 2016. Além disso, houve a abdicação de recursos públicos através de subsídios fiscais ao óleo diesel, com a Medida Provisória 838/2018, no governo Temer, e o fortalecimento do sistema privado de saúde. No tocante aos serviços substitutivos, a exemplo dos CAPS, foram

⁵ Reconhecido assim a partir da análise do Dr. Martuscelli em “Polêmicas sobre a Definição do Impeachment de Dilma Rousseff como Golpe de Estado” (Cf.).

enfraquecidos e houve apoio a métodos e instituições de caráter manicomial durante o governo Bolsonaro (Bravo; Pelaez, 2020).

O governo Jair Bolsonaro (2019-2022) implementou uma série de medidas que impactaram significativamente o SUS, com destaque para medidas de enfraquecimento e sucateamento da rede pública em favor dos setores privados, conforme apontado por diversos autores, incluindo Bravo e Pelaez (2020). Entre as principais medidas, destaca-se o aprofundamento do processo de desfinanciamento do SUS, já historicamente subfinanciado. Durante o governo Bolsonaro, esse processo se intensificou, especialmente, no âmbito da Atenção Básica e da Saúde Mental.

A Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, já havia imposto um teto de gastos que limitava os investimentos em políticas sociais, mas o governo Bolsonaro não só manteve essa limitação, como também reduziu ainda mais os repasses federais e as verbas para programas de saúde essenciais, como o Programa Mais Médicos. O governo Bolsonaro também fez um esforço para reduzir a participação de médicos cubanos no programa, o que resultou em uma grave crise de oferta de profissionais no SUS, especialmente em regiões mais vulnerabilizadas.

Além disso, o governo promoveu ações que enfraqueceram os CAPS, com uma significativa redução no orçamento destinado a esses serviços, comprometendo a capacidade de atendimento à população em sofrimento psíquico, especialmente na perspectiva psicossocial e com bases comunitárias. Em oposição à lógica da Reforma Psiquiátrica, que defende a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade, o governo Bolsonaro se alinhou com setores conservadores e privatistas, defendendo o retorno a práticas manicomialistas e asilares.

A resposta do governo Bolsonaro à pandemia de COVID-19 foi marcada por negligência em relação ao SUS e pelo enfraquecimento das medidas sanitárias. A gestão foi amplamente criticada pela recusa em adotar medidas de prevenção eficazes e pelo incentivo a tratamentos sem comprovação científica, colocando em risco a saúde da população. O período foi, portanto, caracterizado por um retrocesso nas políticas públicas de saúde, com inflexões significativas na garantia do direito à saúde.

Durante o governo Lula, entre 2022 e 2024, período em que este trabalho se insere, foram observados avanços significativos na saúde pública, mas também contradições marcantes. O cenário no parlamento brasileiro, onde o governo se encontra com uma base

minoritária em um Congresso majoritariamente conservador e pautado por agendas de mercado, tem sido um fator de dificuldade para a implementação de algumas políticas. Essas contradições se refletem nas próprias dinâmicas do governo federal.

Por um lado, o Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem seguido a lógica antimanicomial, com investimentos nos CAPS e no SRT (Brasil, 2023), além de incentivar normativas importantes nesse sentido, como a sanção da Lei nº 14.819/2024, que inclui a atenção psicossocial nas escolas, e a recente Portaria do Ministério da Saúde GM/MS Nº 5.738, de 14/11/2024, que regula o Centro de Convivência (CECO) da RAPS no âmbito do SUS (Brasil, 2024). Essas ações são indicativas de um avanço na implementação de políticas públicas que visam fortalecer a saúde mental, com ênfase na desinstitucionalização e no cuidado psicossocial.

Por outro lado, há setores dentro do próprio governo que adotam uma postura contrária a esses princípios. Um exemplo disso é o incentivo e a acomodação das CTs no âmbito do Ministério de Desenvolvimento Social, que se distanciam da lógica antimanicomial, privilegiando práticas mais tradicionais e restritivas, incompatíveis com o avanço da RPB e do cuidado em liberdade. Essas contradições demonstram a complexidade do contexto político e social do governo atual, em que, embora haja avanços, também há desafios consideráveis na integração e consolidação de políticas públicas voltadas para a saúde mental.

Contudo, os desafios persistem. A ampliação dos serviços ainda não foi acompanhada de forma adequada pelo aumento do efetivo de profissionais necessários, o que compromete a eficácia das ações e o acesso da população aos cuidados. Além disso, a política de saúde, principalmente na APS (Atenção Primária à Saúde), continua a apresentar defasagens significativas em relação à demanda populacional. Embora haja avanços e compromissos com a melhoria do sistema, é necessário um maior esforço para garantir a efetiva expansão e qualificação dos serviços, para que se atenda, de fato, a todos os cidadãos.

3.2 REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A saúde mental é uma das áreas de responsabilidade do SUS que foi reconhecida e ampliada com a CF/88, porém, ela possui dificuldades específicas para a implementação do cuidado em liberdade. Primeiramente, há a necessidade de transformações na técnica e

perspectiva do próprio cuidado, inclusive o que é ofertado pelo serviço privado. Em segundo lugar, há estigmas e preconceitos presentes em nossa sociedade que afastam a comunidade dos usuários que necessitam da RAPS.

A luta pela RPB, toma força na década de 70, juntamente com a RSB e concomitante à Luta Antimanicomial, com a denúncia de violação dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos. Isto é intrínseco a esses hospitais, pois são focalizados na institucionalização, subjugando as pessoas internadas a uma vida desconectada da comunidade, da possibilidade de vínculos, do lazer/cultura, da individualidade em vestimenta, do ir e vir, do estudo e do trabalho, dos espaços de representação política, e da cidadania (Amarante; Nunes, 2018).

Assim dizendo, são encarcerados, retirando-lhes direitos tal qual é feito a detentos. Também foram denunciados maus tratos e negligência dentro dessas instituições, com abusos de poder, falta de recursos humanos e materiais adequados (Amarante, 2012).

Diante da natureza intensamente desumanizadora dos hospitais psiquiátricos, a RPB surge com o objetivo de reconstruir a atenção à saúde mental no país. Esse processo é marcado por eventos significativos, como o 2º Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em Bauru/SP, que, ao final de 1987, concluiu, por meio de suas pautas, a necessidade de transformar as premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1992). Este encontro coincidiu com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no Rio de Janeiro, também em 1987.

Outro marco importante foi a 2ª CNSM, realizada em dezembro de 1992, em Brasília/DF, que envolveu cerca de 20.000 participantes, incluindo usuários do serviço e seus familiares, ao longo de suas diversas etapas, que abrangeram a comissão organizadora, conferências estaduais, debates e plenárias (Brasil, 1994). No relatório final dessa conferência, destacaram-se a atenção integral à saúde e à cidadania como conceitos norteadores da reforma, com ênfase na democracia, na comunidade e na equipe multiprofissional como elementos fundamentais para a transformação dos serviços de saúde mental.

Esses eventos foram determinantes para definir os princípios, as bases e os objetivos da reformulação no atendimento psiquiátrico no Brasil, envolvendo usuários e seus familiares. Amarante (2012) destaca a participação do movimento antimanicomial, que contempla a participação de usuários e seus familiares.

Em um mapeamento realizado no período de 2004 até 2007, foram identificadas 105 associações formais, concentradas majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste, com grande mobilização, apesar das dificuldades enfrentadas em termos de comunicação e recursos financeiros.

Mesmo assim, essas associações conquistaram avanços significativos, como a atuação política, a criação de cursos e oficinas voltados para aumentar a empregabilidade e a autonomia dos usuários, além da luta social contra o estigma direcionado às pessoas em sofrimento mental (Vasconcelos, 2011).

As conquistas da luta antimanicomial brasileira começaram há décadas, cita-se como exemplo no contexto do Distrito Federal, lócus do presente estudo, a Lei Distrital nº 975/1995 que fará 30 anos logo mais. Ela revê a substituição do modelo hospitalocêntrico, pondo, em seu breve texto, as principais pautas da RPB aqui discutidas, como tratamento humanitário, integração a sociedade, fechamento de hospitais e clínicas etc (DF, 1995).

Outra conquista notória da RPB foi a Lei nº 10.216 de 2001, chamada de Lei Paulo Delgado como homenagem ao deputado que a propôs. Ela dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental e reformulação da assistência à saúde para elas, sendo o primeiro a tratar da inserção desses na família, no trabalho e na comunidade. Ela também é conhecida como Lei Antimanicomial, e traz diretamente a proibição de internação sem: interesse exclusivo de beneficiar o paciente, tratamento humanizado, proteção, sigilo, máxima informação a respeito de sua doença e tratamento etc.; indicando como principal objetivo a reinserção social no Art 4º, § 1º.

A terceira conquista, importantíssima para a reorganização do serviço a saúde mental no SUS, foi a formulação da RAPS com Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que traz a perspectiva da necessidade de integração das pessoas usuárias de seus serviços na sociedade, em oposição a visão manicomial.

O próximo marco vêm com a Portaria nº 3.588/2017, em especificações de mudança e ampliação a respeito das residências terapêuticas, um serviço substitutivo, ao invés da internação delongada dos hospitais psiquiátricos, que visa a reapropriação do espaço residencial como moradia, a partir da Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde. Esta medida surgiu focada nas pessoas que seriam retiradas dos hospitais psiquiátricos, que estavam sendo fechados por

ordem judicial, mas que não possuíam rede de apoio e/ou se encontrava em uma situação de vulnerabilidade socioeconômica agravada.

O SRT é parte da RAPS e ampliou o seu atendimento para pessoas em sofrimento mental com acentuada vulnerabilidade, sem suporte social e econômico, e sem vínculos familiares ou com vínculos frágeis (Brasil, 2004). Com essas três medidas é possível perceber tentativas e vitórias no âmbito político de melhoria e redirecionamento do serviço de saúde mental público, todas conquistadas pelo peso significativo do movimento social antimanicomial, das lutas pela RPB e RSB.

Por outro lado, o movimento continua sendo uma força contrária ao caminho da saúde mental brasileira, ainda focado no modelo biomédico e afastado do controle social. A contrarreforma avançou particularmente após 2016, acrescentando hospitais psiquiátricos e CTs como parte do cuidado à saúde mental e negando a necessidade de seu fim para a desinstitucionalização (Brasil, 2017). As CTs, que acumulam denúncias contra os direitos humanos, mantêm a lógica manicomial e são organizações privadas, continuam recebendo verba maior que a direcionada a serviços substitutivos (Nunes, 2019).

Elas são direcionadas a pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, oferecem alto isolamento, impõem a própria perspectiva religiosa moralizante e foram denunciadas até por trabalho forçado (Nunes, 2019). Em completo oposto, os serviços substitutivos são um conjunto de ações que visam o cuidado em liberdade e a redução de danos, especialmente a respeito do uso abusivo substâncias psicoativas. A exemplo dos CAPS que são porta aberta e as UA's que não implicam obrigatoriedade de permanência.

Os efeitos da contrarreforma são perceptíveis, visto o atraso na implementação da Reforma Psiquiátrica ao observarmos a atualidade. A 5ª CNSM, realizada em 2023 definiu propostas que refletem os desafios atuais, expressando as necessidades dentro da RAPS e a realidade de apoio estatal às instituições manicomiais.

Seguem algumas dessas propostas e seus respectivos códigos de acordo com o Relatório Nacional Consolidado em sua versão para consulta pública da 5ª CNMS (Brasil, 2024). Primeiramente o fechamento de hospitais psiquiátricos público e privados (CN-E1-000136), o que já têm respaldo legal há mais de 20 anos; e também das CTs (CN-E2- 000187), juntamente com diversas propostas que falam da retirada do financiamento estatal e participação na RAPS das CTs.

A ampliação da RAPS é constantemente comentada com a ampliação dos serviços substitutivos como um todo: CAPOS, Centros de Convivência (CECCO), Geração de Renda e Inclusão Social, SRT, Programa de Volta para Casa (PVC), etc. (CN-E1- 000092); a implementação dela em todos os níveis de atenção à saúde (CN-E3- 000156); a ampliação de seus recursos (CN-E2- 000172) com financiamento adequado dos municípios, estado e governo federal (CN-E2- 000184); e também seu aprimoramento com educação permanente (CN-E2- 000106).

Esses pontos foram escolhidos por sua importância e amplitude, mas todo o documento representa bem o tema do evento: “A política de Saúde Mental como direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia de serviços da atenção psicossocial no SUS”. Essas propostas estão intrinsecamente ligadas, uma vez que o fechamento de instituições manicomiais demanda a ampliação da RAPS para efetivo tratamento das pessoas vitimizadas pela lógica manicomial.

A RPB exige o fim dos hospitais psiquiátricos, das CTs e das clínicas asilares, unido com o pleno acesso aos serviços substitutivos e com a luta contra o capacitismo e estigma presentes em volta da saúde mental na nossa sociedade. A 4ª CNSM havia sido realizada em 2010, e é possível notar que este foi um momento próximo a outras conquistas da RPB, portanto, há de se ver a CNSM mais recente e suas deliberações como um avanço e sinal positivo. Permanece a necessidade da luta para que essas propostas não parem no Relatório Final, mas que fundamentem e orientem as reivindicações da população e seus representantes.

Acrescento que a incoerência no Estado é o esperado, seja pela própria democracia que põe justamente representantes que pensam de maneira distinta, seja pelo peso da oposição aos direitos de seguridade social criada pelo dominante sistema capitalista. Portanto, é necessário a conscientização e participação de todas as camadas sociais, assim como a atuação constante dos agentes públicos comprometidos com a lei brasileira e com a luta antimanicomial, para o Brasil seguir avançando na RPB.

3.2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A RAPS é estruturada para organizar o cuidado à saúde mental nos três níveis de atenção: básica, secundário e terciário; visando responder às diferentes necessidades dos usuários e promover a complementaridade entre as instituições envolvidas. Seu principal

objetivo é oferecer um tratamento integral e humanizado, que leve em consideração a singularidade de cada indivíduo, o cuidado em liberdade.

De acordo com a Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, a criação e implementação da RAPS visou reorganizar a rede de saúde local, estruturando os dispositivos de assistência em saúde mental com base em serviços substitutivos de natureza comunitária e territorial. Os componentes da RAPS têm como finalidade atender as necessidades dos usuários em saúde mental, proporcionando assistência em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2011).

As diretrizes para o funcionamento da RAPS contemplam uma série de princípios fundamentais que orientam sua atuação. Entre elas, destaca-se o respeito aos direitos humanos, com o compromisso de garantir a autonomia e a liberdade das pessoas usuárias. A promoção da equidade é outro pilar, reconhecendo as determinações sociais da saúde e buscando reduzir iniquidades no acesso ao cuidado.

O combate aos estigmas e preconceitos também figura como prioridade, visando eliminar discriminações relacionadas à saúde mental. A garantia de acesso e qualidade nos serviços é assegurada por meio de uma abordagem integral, com assistência multiprofissional e interdisciplinar. A atenção humanizada, por sua vez, é centrada nas necessidades individuais dos usuários, valorizando o acolhimento e a escuta, com ênfase na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

A diversidade de estratégias de cuidado é incentivada com ênfase em ações realizadas no território para promover a sociabilidade, a autonomia e o exercício pleno da cidadania. As estratégias de redução de danos, especialmente para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são igualmente valorizadas.

Considerando os diferentes níveis de atenção em saúde no contexto do SUS, a APS representa o primeiro nível, contemplando as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as iniciativas como o Consultório na Rua e as equipes multiprofissionais na APS (eMulti) que oferecem assistência contínua e próxima à comunidade. A APS é a principal porta de entrada do SUS e o ponto de articulação com toda a Rede de Atenção, por ser a com menos critérios para entrada.

Isso significa que a APS atua como um filtro essencial, organizando o fluxo dos serviços de saúde, desde os mais simples até os mais complexos. Nesse sentido, a APS desempenha um

papel crucial no acompanhamento integral relacionado à saúde mental, funcionando como o ponto inicial de acesso aos demais níveis de cuidado. Portanto deve ser muito bem orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade.

Em relação à atenção psicossocial especializada, estão incluídos os CAPS em suas diversas categorias: CAPS I, II, III, CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS AD III e CAPS Infantojuvenil (CAPS i), cada um adaptado às demandas dos usuários, ao porte da população atendida e ao período de funcionamento.

Os CAPS são organizados em diferentes modalidades, conforme as diretrizes de atendimento e o tamanho da população local (Brasil, 2011). O CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, assim como aquelas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, abrangendo todas as faixas etárias, sendo indicado para municípios com mais de 20 mil habitantes. Já o CAPS II também atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e, de acordo com a organização local, pode incluir o atendimento a usuários de substâncias, sendo recomendado para municípios com mais de 70 mil habitantes.

O CAPS III oferece atenção contínua, funcionando 24 horas por dia, com acolhimento noturno e retaguarda clínica, indicado para municípios ou regiões com mais de 200 mil habitantes. Por outro lado, o CAPS AD é voltado para adultos ou crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao uso de substâncias, funcionando de forma aberta e comunitária em municípios com mais de 70 mil habitantes.

Já o CAPS AD III, além de atender esse público, oferece cuidados clínicos contínuos, com até 12 leitos para observação e monitoramento, operando também 24 horas por dia e sendo destinado a municípios com mais de 200 mil habitantes. Por fim, o CAPS i, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, bem como àqueles que fazem uso de substâncias; é indicado para municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes.

A equipe multiprofissional dos CAPS é responsável pelo tratamento individual e comunitário, além do acompanhamento contínuo dos pacientes, incluindo a possibilidade de busca ativa em caso de ausência repentina. Também se encarrega da criação de projetos terapêuticos individuais, que visam desenvolver habilidades e estratégias para a reinserção social, incentivando a reintegração em ambientes comunitários, seja com outros usuários ou

não. Ela é composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, e outros.

Destaco, em particular, o relato sobre a implementação da capoeira em um CAPS AD II, localizado em São Paulo, que se mostrou uma rica expressão cultural e corporal para promover protagonismo, vínculos, identificação e identidade, contribuindo assim para o bem-estar dos usuários (Alves; Silva; Liberman, 2024). Nos CAPS, o cuidado territorial é mais integral e estável, aproximando-se da realidade cotidiana dos usuários e considerando suas demandas diárias como cidadãos em sua intersubjetividade. Esses serviços são fundamentais como dispositivos substitutivos participantes da reabilitação psicossocial de pessoas que retornam de internações e da prevenção de novas internações.

No âmbito da atenção de urgência e emergência, a rede conta com as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e com o Samu, que oferecem suporte rápido em situações de crise. Por outro lado, a atenção residencial de caráter transitório é garantida pelas Unidades de Acolhimento (UA), que atendem tanto adultos quanto o público infantojuvenil, proporcionando acolhimento temporário em momentos de vulnerabilidade. No que diz respeito à atenção hospitalar, a RAPS disponibiliza leitos e enfermarias especializadas em saúde mental para casos que demandam internação.

Ademais, a desinstitucionalização, um princípio essencial da RAPS, é promovida por meio de estratégias como o PVC e o SRT, ambos voltados à reintegração social dos indivíduos que passaram por longos períodos de internação seja para pessoas com ou sem rede de apoio. O PVC foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a reintegração social e a assistência a pessoas com transtornos mentais, especialmente aquelas com história de longa internação psiquiátrica, de dois anos ou mais.

Baseado na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, o programa redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando o atendimento extra-hospitalar e comunitário (Brasil, [s.d.]). Essa legislação visa proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelece que pacientes em longa internação ou com dependência institucional grave devem ser incluídos em políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial.

O principal componente do programa é o auxílio-reabilitação psicossocial, uma estratégia do Governo Federal, regulamentada pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que busca incentivar a assistência fora do ambiente hospitalar. O objetivo central é promover a

inclusão social dessas pessoas, criando uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais que facilite o convívio social e assegure o bem-estar, além de estimular o exercício pleno de seus direitos civis e políticos.

Segundo o Brasil ([s.d.]), o "De Volta para Casa" integra-se ao processo de Reforma Psiquiátrica, que visa, entre outros pontos, reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, fortalecer a rede extra-hospitalar (como os CAPS, SRTs e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais) e incluir as ações de saúde mental na atenção básica e no PSF. Assim, o programa contribui para uma abordagem mais humanizada e comunitária do cuidado em saúde mental.

O SRT deve estar vinculado aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como enfermarias ou CAPS, e conta com uma pequena equipe de profissionais, que nem sempre está presente. Essa equipe desenvolve um projeto terapêutico singular, focado na promoção da autonomia nas atividades diárias, seja nas tarefas domésticas, no trabalho, nos estudos, etc. Assim, é necessário que o usuário continue frequentando o CAPS de referência e comparecendo às consultas para garantir um tratamento integral, sem limitar-se ao ambiente da residência terapêutica.

As residências são equipadas com todos os móveis e itens necessários para as atividades domésticas (higiene, alimentação, etc.) e oferecem, no mínimo, três refeições diárias. Já o dinheiro pessoal dos moradores, proveniente de trabalho, benefícios ou presentes, é gerido exclusivamente por eles. As RTs estão localizadas em propriedades comuns, sem identificação institucional, onde os moradores têm poder de decisão sobre o uso da casa e controle total sobre suas próprias escolhas, fomentando um senso de autonomia.

O objetivo central dessas residências é inserir as pessoas com sofrimento mental na comunidade, promovendo sua participação em eventos culturais locais. Pessoas usuárias egressas de internações psiquiátricas que não possuem vínculos com redes de apoio familiar ou social encontram na RT a possibilidade de manter-se em tratamento com segurança, sem prejuízo às suas expressões individuais, permitindo a interação natural com a sociedade em espaços coletivos e o desenvolvimento de sua autonomia.

Infelizmente, trata-se de um serviço ainda em construção, que enfrenta diversas dificuldades para se estabelecer, especialmente devido aos entraves políticos que afetam a saúde pública. Como resultado, o número de Residências Terapêuticas é muito inferior à demanda.

Um exemplo é o Distrito Federal, que possui uma das maiores densidades demográficas do país, e conta com apenas uma residência terapêutica, implantada no ano de 2024.

Mesmo nos locais onde existem residências terapêuticas, elas são insuficientes para atender toda a população, considerando que cada unidade deve abrigar, no máximo, oito pessoas. Portanto, o ideal seria a existência de várias RTs distribuídas em diferentes localidades de uma mesma cidade, de acordo com sua população.

Essa escassez perpetua a lógica manicomial na prática dos profissionais de saúde mental, pois, ao perceberem a vulnerabilidade que os usuários enfrentarão fora da instituição hospitalar, acabam hesitando em conceder alta. Isso pode retardar o desenvolvimento da autonomia desses indivíduos e comprometer seu bem-estar e qualidade de vida a longo prazo. De uma forma ou de outra, eles acabam sem o acesso adequado à saúde de que necessitam, mesmo dentro de espaços que se dizem 'humanizados' (Almeida; César, 2016).

Contudo, os equipamentos distribuídos nos diferentes níveis de atenção à saúde, conforme estabelecido na Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011), são, em sua maioria, fundamentados nos princípios de cuidado em liberdade, como ocorre com os CAPS e os SRTs. Reconhecem-se os avanços que essa portaria trouxe para a política de saúde mental, entretanto, há também contradições.

Embora a RAPS fortaleça a lógica antimanicomial e serviços substitutivos de base territorial, ela também perpetua a perspectiva manicomial, ao incluir hospitais psiquiátricos e CTs como pontos de atenção. Esses são denunciados pelo movimento da Luta Antimanicomial por promoverem tratamentos desumanizados, caracterizados por abusos de poder, negligência, restrição de liberdade e isolamento, sem foco na recuperação da saúde, mas sim, na exclusão dos 'indesejáveis' do convívio social (Bardi; Garcia, 2022).

A substituição do foco na assistência hospitalar por um cuidado baseado em serviços comunitários não é contemplada pelos hospitais psiquiátricos e CTs, o que consente com a continuidade da lógica manicomial, mesmo com os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica em nossa legislação.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL

Naturalmente, a política de saúde mental no Distrito Federal também enfrenta desafios significativos na implementação de uma atenção à saúde mental que priorize o cuidado em liberdade e a desinstitucionalização. Apesar dos avanços promovidos pela luta antimanicomial e das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a expansão dos serviços substitutivos ocorre de maneira lenta e insuficiente para atender à demanda da população. Essa situação resulta em um sistema sobrecarregado e na falta de assistência integral aos usuários, e, também, mantêm internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, prejudicando a RPB e conservando a lógica manicomial.

Neste capítulo será feita uma breve análise da RAPS no Distrito Federal, expondo as suas limitações na oferta de serviços, a distribuição desigual dos CAPS entre as regiões administrativas e a insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Além disso, será destacado como essa permanência da lógica manicomial impacta a vida dos usuários e quais são as implicações dessa realidade que violam os direitos das pessoas com sofrimento mental.

Na ausência do Estado, a vulnerabilidade dos usuários torna-se crime por omissão, considerando a legislação de seguridade social, que imprime o direito a saúde integral. A partir desse contexto, busca-se compreender os desafios da política de saúde mental do DF e refletir sobre a necessidade de fortalecimento da rede de atendimento, visando uma assistência mais humanizada e eficaz.

4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL

A política de saúde mental no Distrito Federal, voltada para a criação e expansão de uma rede de atenção substitutiva, de base territorial e descentralizada, tem avançado de maneira tardia e lenta, em comparação com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental (Lima; Gussi; Furegato, 2018). Segundo as autoras, a expansão de CAPS e de serviços residenciais terapêuticos, essenciais para o atendimento adequado da população, é um ponto crítico nesse contexto.

Embora tenha sido diagnosticada a necessidade de ampliação dessa rede no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (2011-2015), com a previsão de 46 CAPS e 11 residências terapêuticas até 2016, o progresso tem sido insatisfatório. O primeiro CAPS no DF, voltado para o atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, foi

inaugurado apenas em 2004 (Lima; Gussi; Furegato, 2018) e hoje contabilizam 18 no total; e o primeiro SRT apenas foi implantado em 2024, sendo o único até a presente data.

De acordo com o IBGE, temos mais de 3 milhões de pessoas apenas no DF. No quadro 1 estão todos os CAPS que hoje existem e sua habilitação para atender sua própria região administrativa, o que idealmente deveria ser sua única responsabilidade, por conta da diretriz de atenção à saúde em território. O Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF (DF, 2022b), realizado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), em 2022, revela a incapacidade do serviço que havia até então de atender seus cidadãos.

Na data deste trabalho, não houve mudança significativa nos dados ou no funcionamento, salvo reformas incompletas em algumas unidades. Todos os CAPS aqui descritos estão responsáveis por áreas com uma população muito maior do que seriam capazes de atender. Pois, comumente, pessoas de outras Regiões Administrativas ou de saúde, também são aceitas nos CAPS, por falta de serviço para o usuário em sua própria RA, assim como em outros tipos de serviço do SUS. Há também outras 20 RAs, não citadas, pois não possuem nenhum CAPS.

Além disso, há a questão da especificidade de CAPS i ou AD, que, pelo recorte, seriam necessários em todas as Regiões Administrativas e os que não possuem um ou outro precisam recorrer ao de outras RAs. Não há atendimento infantojuvenil nas regiões administrativas Oeste, Centro Sul e Sul, trazendo particular dificuldade de seus tratamentos, considerando dificuldade de transporte e, no caso de menores, a necessidade de um cuidador.

O quadro 1 descreve todos os CAPS em funcionamento hoje (DF, 2020) de acordo com o PDSM-DF 2020-2023 e com buscas pela internet, em que foi verificado a permanência destes tal qual estão. Muitos não cobrem sequer a região que estão presentes, portanto, podemos considerar algumas cidades que tem CAPS como desassistidas, como, por exemplo, a Ceilândia⁶.

Já a região de saúde central, área nobre do DF e com relevante menor dependência exclusiva do SUS, é a que possui 3 CAPS, notando assim uma intencional desatenção à periferia que, claro, estes CAPS passam pela mesma lotação e atendem para além de sua região administrativa (DF, 2022b). Este estudo também notificou alguns CAPS com o imóvel

⁶ Cidade satélite com maior densidade demográfica do DF <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2024/03/6822590-censo-ceilandia-e-a-regiao-mais-populosa-do-df-veja-lista.html>

inadequado para a realização das atividades e dos atendimentos, e a ausência de equipe especializada suficiente, além de novas contratações para os novas unidades e ampliações das existentes.

Quadro 1: Cobertura dos CAPS em funcionamento.

Centros de Atenção Psicossocial no DF		
Regiões de Saúde	Local	Tipo
Central	Plano Piloto	I
		II
		AD III
Oeste	Brazlândia	I
	Ceilândia	AD III
Centro Sul	Guará	AD II
	Riacho Fundo I	II
Leste	Itapoã	AD II
	Paranoá	II
Norte	Planaltina	II
	Sobradinho	I
		AD II
Sudoeste	Recanto das Emas	I
	Taguatinga	I
		II
	Samambaia	AD III
		III
Sul	Santa Maria	AD II

Fonte: Distrito Federal, 2022b.

No PDSM-DF 2020-2023, realizado pela DISSAM, alinhado com o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Distrital de Saúde (PDS), há diversas ações para ampliação e qualificação da

atenção à saúde mental no DF, tais como ações educativas em saúde mental para a APS, atualização de cadastro e habilitação de CAPS, implantação de 7 SRTs, promoção dos cuidados em saúde aos grupos mais vulneráveis como pessoas: em situação de violência, LGBTQIAPN+, em privação de liberdade, em situação de rua, com ideação suicida, com deficiência e em uso abusivo de drogas (DF, 2020).

A formação de 5 novos CAPS também estava prevista, sendo eles: CAPS i Recanto das Emas, CAPS III Gama, CAPS i Ceilândia, CAPS AD III Taguatinga e CAPS AD III Guará, ressaltando que, em 2021, momento da aprovação do PDSM-DF, havia 18 CAPS, exatamente como no início de 2025.

Ao fim do plano, as metas gerais a serem cumpridas são: a ampliação da cobertura para 0,70 CAPS/100.000 habitantes; aumentar em 20% ao ano os CAPS com ações de Matriciamento realizadas com equipes de APS; ter 10% de servidores da SES qualificados em ações educativas sobre saúde mental. Até 2025, data deste trabalho, não houve a concretização de todas essas metas do plano, inclusive da criação do CAPS i Ceilândia e do CAPS III Gama, que no Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF foram classificados como máxima prioridade (DF, 2022b, p.25).

No que tange ao atendimento de crises agudas e emergências, a Portaria de Consolidação MS/GM N° 3/2017 do Ministério da Saúde estabelece que pacientes em situações de crise aguda de sofrimento psíquico, resultante de transtornos mentais ou uso abusivo de substâncias, poderão ser atendidos em Hospitais Gerais.

Em conformidade com essa diretriz, a Portaria nº 536/2018 da Secretaria de Saúde do DF orienta que pacientes que necessitam de internação, mas que apresentam condições de saúde concomitantes, devem permanecer sob os cuidados do hospital de origem até que o risco clínico seja mitigado. No caso de pacientes que apresentem sofrimento psíquico grave com sintomas agudos, como em surtos psicóticos, mania e/ou comportamento agitado, agressivo, não colaborativo, ameaçador ou violento, pode ser indicada a internação em um hospital de referência em saúde mental.

Portanto, nota-se que as dificuldades de implementação superam as iniciativas de articulação feitas pelas organizações que dizem respeito à saúde mental, reverberando um insuficiente e instável cuidado à saúde dos usuários com transtornos e doenças mentais, especialmente prejudiciais para pessoas em maior vulnerabilidade.

4.2 INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: A PERPETUAÇÃO DA LÓGICA MANICOMIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL

O presente estudo se insere no contexto da RPB, que visa transformar o modelo de atenção à saúde mental promovendo a desinstitucionalização e a substituição das internações prolongadas por serviços comunitários e de suporte psicossocial. No entanto, apesar dos avanços teóricos e das diretrizes estabelecidas, a prática ainda revela contradições significativas.

A RAPS, proposta como um sistema alternativo à internação hospitalar, enfrenta desafios relacionados à falta de recursos e à implementação inadequada, resultando na persistência de internações prolongadas em instituições psiquiátricas. Este trabalho busca explorar essas questões, analisando como a falta de investimento em serviços substitutivos contribui para a continuidade das internações de longa permanência, e refletir sobre as implicações dessa realidade para a cidadania e liberdade das pessoas com sofrimento mental no Distrito Federal.

Compreende-se que a escassez de serviços especializados e a dificuldade no manejo de casos em hospitais gerais revelam fragilidades na articulação da rede de saúde mental, que ainda não dispõe de uma infraestrutura suficientemente robusta e integrada para garantir um atendimento ágil e eficiente, conforme os princípios da desinstitucionalização e da atenção psicossocial preconizados pela legislação vigente (Lima; Gussi; Furegato, 2018).

A política de Saúde Mental no Distrito Federal começa a se moldar com uma abordagem antimanicomial a partir da criação do Instituto de Saúde Mental (ISM) em 1987. Como parte dessa evolução, destaca-se o fechamento da Clínica Planalto em 2003, localizada na zona rural de Planaltina, que era a última clínica psiquiátrica privada conveniada para atender pacientes do SUS. Esse fechamento visava promover o cuidado em saúde mental em um ambiente de maior liberdade, embora tenha sido acompanhado de um suporte governamental insuficiente para que as famílias pudessem lidar com as novas necessidades e exigências (Fórum Revolucionário (...), 2023).

O fechamento de hospitais psiquiátricos e clínicas com características manicomiais é das pautas mais relevantes para a Luta Antimanicomial, pois seus usuários estão em condições de retirada de direitos, muitas vezes regredindo em seu quadro de saúde. Porém, ela é parte do

objetivo maior que é a desinstitucionalização, que envolve não apenas retirar essas pessoas da internação, mas transferi-las para o cuidado em liberdade.

No processo de desinstitucionalização, os usuários são redirecionados para outro tipo de atendimento, de acordo com a necessidade de seu tratamento e vulnerabilidade, seja para regulação em ambulatório, CAPS, ou, em casos mais graves, ida para SRT. Apenas a desospitalização, especialmente de serviços públicos, deixam os usuários vulneráveis a outros serviços com as mesmas problemáticas, como as CTs ou clínicas particulares.

Atualmente, no Distrito Federal há quatro referências para internações psiquiátricas: Hospital São Vicente de Paula (HSPV), Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital da Criança José Alencar (HCB) e HUB, além da Ala de Tratamento Psiquiátrico da Papuda (manicômio judiciário).

O HSVP, uma unidade especializada localizada em Taguatinga, enfrenta críticas por perpetuar o modelo de tratamento asilar, o que contraria as diretrizes de cuidado humanizado e integral propostas pela reforma psiquiátrica. Seus 74 leitos são destinados a psiquiatria; e acumulam-se denúncias e relatos de abusos⁷ acerca desse hospital, o que já havia sido declarado que seria fechado levando em conta a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

O Hospital de Base do Distrito Federal possui, no total, 35 leitos psiquiátricos, sendo 11 para pronto-socorro e 24 para internação psiquiátrica, implementada em 2018. Já o HUB possui 14 leitos, iniciados em 2020, dos quais 9 deles são da Secretaria Estadual de Saúde e os outros 6 são da Rede Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Por fim, o HCB, especializado em pediatria, não possui leitos específicos para psiquiatria, apenas ela como uma das áreas de atendimento, assim como crianças com indicação de internação não ficam nas alas de internação psiquiátrica nos outros hospitais citados e sim na internação pediátrica.

A Lei Distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995, dispõe a respeito da transição de um modelo hospitalocêntrico para uma abordagem de atenção psicossocial comunitária e em liberdade, o que inclui a criação e expansão de serviços em território. Ela faz parte de um conjunto de normativas em consonância com a RAPS e incentiva o processo de Reforma Psiquiátrica. Nela há um enfoque para implementação de CAPS e leitos psiquiátricos em

⁷ Busca por HPSV no portal G1 <https://g1.globo.com/busca/?q=HSVP>

hospitais gerais, assim como a determinação de um prazo de 4 anos para a extinção de hospitais e clínicas especializadas, que foi completamente desconsiderado.

Em Carta Manifesto, o Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF ressaltou o desalinhamento que o Governo do Distrito Federal (GDF) tem demonstrado em relação à própria lei, a exemplo da reforma do HSPV em 2019 enquanto se encontrava em descumprimento com o PDSM-DF (DF, 2020). Neste mesmo período, houve pequeno avanço nas metas para implementação e melhoria dos CAPS em relação a espaço físico e contratação. Essas e outras contradições demonstram o desacordo prático do governo com a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

O Relatório de Inspeções realizado em março de 2024 pelo Mecanismo Nacional de Prevenção à Tortura (MNPCT) nas instituições Comunidade Terapêutica Salve a SI – Instituto Eu Sou e HSPV revelou diversas violações de direitos. O relatório recomendou aos órgãos competentes a exclusão dessas instituições da RAPS, a revisão de seu financiamento, o aprimoramento dos protocolos de fiscalização, a fiscalização rigorosa dos locais, a responsabilização dos agentes envolvidos em ilegalidades e, finalmente, o fechamento imediato dessas instituições (MNPCT, 2024).

O MNPCT, criado pela Lei nº 12.847/201, está comprometido com os princípios da RPB, conforme estabelecido pela Lei nº 10.216/2001, e com as leis que proíbem a discriminação das pessoas com deficiência, como o Decreto 6.949/2009 e a Lei nº 13.146/2015. Essas leis e decretos têm, em comum, o foco na dignidade da pessoa e no cuidado em liberdade.

Em abril deste ano, foi anunciado que 100 CTs habilitadas pelo Edital de Credenciamento Nº 8/2023 receberiam verba pública. Dentre elas, quatro estão localizadas no DF, que atualmente possui apenas uma Unidade de Acolhimento (UA). No entanto, enquanto o financiamento das CTs está sendo ampliado, o DF conta com apenas uma UA, 18 CAPS e uma residência terapêutica, inaugurada em junho de 2024, para uma população estimada em cerca de 2,8 milhões de habitantes.

Estima-se que os recursos destinados às CTs poderiam manter nove UAs (Grupo Saúde Mental (...), 2024), proporcionando um local de acolhimento para pessoas em sofrimento por uso abusivo de substâncias, com uma abordagem antimanicomial, humanizada e laica.

A 3ª Conferência Distrital de Saúde Mental, realizada em 2022, com participação de usuários, gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental, e concomitante com outros

eventos, compôs propostas para o fechamento das instituições asilares do DF, como o HSVP, a Casa de Passagem do ISM e o manicômio judiciário da Papuda; a retirada desses e das CTs da RAPS e o seu financiamento público.

Além disso, ela expõe dados relevantes sobre a atual RAPS, como a abrangência dos CAPS, que de acordo com os parâmetros do MS alcançam uma “cobertura regular”, com 0,46 CAPS a cada 100 mil habitantes. Entre os 18 CAPS, 5 não estão habilitados, permanecendo funcionando com alguma pendência, principalmente de recursos humanos.

Por esses dados, estamos em uma situação de acesso ao serviço. Porém, vê-se que a lógica asilar e hospitalocêntrica permanece, o que não é esperado, uma vez que há pleno acesso aos serviços substitutivos. Isso torna realmente questionável as definições de cobertura do MS. Em detalhes, ela é feita de acordo com este cálculo e estes parâmetros descritos:

Nota de rodapé 6: “[Número CAPS I x 0,5) + (Número CAPS II) + (Número CAPS III x 1,5) + (Número CAPSi) + (Número CAPS ad)] / população x 100.000 7
Parâmetros do Ministério da Saúde: Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)” (DF, 2023, p.94)

Outro dado importante que ele traz é a quantidade de pessoas em internações psiquiátricas de longa permanência e sem rede de apoio que possa viabilizar a reintegração na sociedade, que no ajuntamento de informações para esse documento estava no total de 73 usuários. Pela RAPS, essas pessoas se encaixam no SRT, que é um importantíssimo serviço substitutivo também reivindicado nas propostas que compõem o relatório.

A RAPS é projetada para oferecer um cuidado integral e descentralizado, levando em consideração a conectividade e a subjetividade dos usuários. No entanto, a realidade das instituições manicomiais ainda não reflete essa abordagem, tanto em termos de estrutura quanto de metodologia e práticas. A população do DF está, portanto, desassistida no âmbito da saúde mental, com os serviços existentes sobrecarregados e poucos profissionais ativos, como exemplificado pelos, aproximadamente, 100 psiquiatras disponíveis na RAPS (Grupo Saúde Mental (...), 2023).

Esse contexto reflete a ausência e a falta de responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal e integral à saúde mental, conforme a lógica psicossocial preconizada pela RPB. Ao não priorizar serviços substitutivos como os CAPS e as Residências Terapêuticas (RT), além de perpetuar a lógica manicomial com internações hospitalares de longa duração, o

Estado acaba favorecendo e fortalecendo o financiamento para o setor privado. Esse setor privado é representado não apenas por hospitais psiquiátricos, mas também por entidades como as CTs.

Em experiência no HUB como estagiária, participei de tentativas de desospitalização de alguns usuários em internação prolongada. A simples alta não traria desinstitucionalização para essas pessoas e sim, completa desassistência, ao estarem em profunda vulnerabilidade socioeconômica e ausência de rede de apoio; ou retomada para internações piores em hospitais psiquiátricos ou CTs. Em outros termos, observar apenas a estabilização medicamentosa e saída da mania, critérios exclusivamente médicos, levaria-nos a deixar os usuários em extrema vulnerabilidade, suscetíveis a maiores abusos.

Portanto, organizávamos PTS com equipe e tentávamos criar pontes com o CAPS ou outros locais de acolhimento, especialmente para idosos, além de contatar o Ministério Público para: denúncia de abandono, requerimento de benefícios etc. A falta de SRT era uma grande dificuldade e pude acompanhar particularmente dois pacientes que até minha saída se encontravam em violação de direitos, com meses e anos de internação, gerando retrocessos em sua saúde.

Posteriormente, quando foi inaugurado uma RT aqui no DF, um dos casos que eu acompanhei pôde, finalmente, ter oportunidade de regressar à comunidade. Particularmente, foi uma notícia que me trouxe muito ânimo, pois passei vários meses acompanhando essa usuária e ela expressava intenso sofrimento ao falar do quanto era ruim estar internada. Outro usuário, infelizmente, ainda está lá e a equipe possui um plano para amenizar os efeitos da internação, mas nessa condição, não há como proporcionar a ele uma vida em comunidade como ele necessita para sua melhoria.

4.3 A LUTA ANTIMANICOMIAL NO DISTRITO FEDERAL: POSICIONAMENTOS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

A realidade da atenção à saúde mental no DF apresentada no subitem acima demonstra as alarmantes limitações do serviço disponível. A RPB está em andamento, ainda que com muitos pontos de luta, principalmente para a implementação do que foi conquistado em nossa legislação em princípios, compromissos e determinações, além da transformação cultural de perspectiva dos profissionais, usuários e sociedade.

As iniciativas feitas por movimentos sociais para impulsionar tais mudanças são extremamente relevantes em toda a história de conquista de direitos, não só no campo da saúde mental. Abaixo, estão descritos alguns documentos de importância para o Movimento Antimanicomial, com exigências atuais, práticas e direcionadas aos agentes responsáveis.

O Fórum Revolucionário Antimanicomial, em Carta Manifesto de 2023⁸, já citada neste trabalho, se posiciona a favor: da saúde pública e integralizada; da proibição de financiamento de instituições asilares (públicas, privadas ou filantrópicas) e do fechamento do HSPV e da Ala de tratamento Psiquiátrico da Papuda, com redirecionamento de recursos financeiros e humanos para os serviços substitutivos; da ampliação da participação civil; e do enfretamento a discriminação e exploração, especialmente no que diz respeito a grupos marginalizados.

Com a lembrança da Lei Distrital nº 975/1995, é cobrado o fechamento de hospitais e clínicas psiquiátricas que já estão 25 anos em atraso de acordo com o prazo determinado nessa mesma lei (DF, 1995), além de ampliação de verba para o HSPV, complementaridade de atendimento negociada em Hospitais psiquiátricos privados e repasse para CTs. Denuncia-se que nestes mesmos momentos, alguns CAPS tiveram que contar com mobilizações internas da equipe para ajuntamento de recursos, por meio de bazares.

O sucateamento e compromisso com os interesses externos aos descritos em lei mostram o quanto há necessidade de luta não só em âmbitos legislativos. A Ação Civil Pública 2010.01.1.067203-4, que exigiu por meio do MP 25 RT'S e 19 CAPS, foi ignorada pelo GDF em suas exigências diretamente demandadas pela população, em exemplo, conta hoje com apenas uma RT.

O movimento Pró-Saúde Mental do DF, articulado com os conselhos de serviço social e psicologia, e grupos acadêmicos especializados em saúde da UnB, organizou um documento em 2022 de comprometimento com a RPB aos candidatos ao Governo. Requisitou que eles se comprometessem com as deliberações da 3ª Conferência Distrital de Saúde Mental, com as recomendações do Estudo Técnico realizado pela DISSAM e com as diretrizes propostas no documento orientador da 5ª CNSM, a ser realizada em 2023, tendo como objetivo construir

⁸ Assinada por: Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (MPSM/DF); Coletivo Utopia Viva (DF); Conselho Regional de Serviço Social - CRESS DF 8ª Região; Conselho Regional de Psicologia - CRP 01; Grupo Saúde Mental e Militância no DF (UnB); Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social - GEPSaúde (UnB); Movimento de População de Rua do Distrito Federal; Observatório de Saúde Mental da Universidade de Brasília; Coletivo Inverso e Bloco do Rivotrio.

uma política de saúde mental, álcool e outras drogas resguardadas numa perspectiva de direitos, igualitária e equitativa.

Inclusive, o Relatório Consolidado de Propostas das Etapas Regionais de 2022 (DF, 2022a), fruto da 3ª Conferência de Saúde Mental do DF é um dos documentos de referência para o planejamento do governo, sendo referência para a formação do PDSM-DF e do PDS futuro. Há etapas nacionais e específicas para o DF, assim como subeixos em que há descritos propostas opcionais.

Criado pela SES/DF, ele expõe as necessidades da saúde mental do país, dividida em 4 eixos: I – Cuidado em Liberdade como garantia de Direitos a cidadania; II – Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; III – Política de Saúde Mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; e IV – Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós academia.

O processo de RPB na região do Distrito Federal possui entraves, incoerências e dificuldades de avanço profundas. Põe-se a necessidade de permanecer em luta, inclusive para se garantir a permanência de serviços já estabelecidos, como por exemplo, a existência dos CAPS e seu funcionamento em boas condições. Nos exemplos de ação por meio de documentos descritos nesse item, há a intencionalidade e movimentação de grupos da sociedade civil, em geral, ligados diretamente ao tema, como: usuários, familiares, profissionais da área ou políticos. O que em si é relevante, mas limitado.

A conscientização da população comum que não é afetada e/ou que não necessita do serviço diretamente deve ser parte da atuação dos movimentos. Atualmente, percebe-se que o assunto “saúde mental” está crescendo em relevância, mas, infelizmente, não, em sua dimensão pública. Portanto, ampliar o alcance do debate específico sobre a RPB poderia tanto ser bem aceito como tema quanto somar, em força, para a Luta Antimanicomial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados do presente estudo revelou as tensões existentes entre as diretrizes estabelecidas nas normativas legais e a realidade concreta da RAPS no Distrito Federal. É expressiva a dissonância de ambas, percebendo-se que algumas das conquistas da RPB permanecem completamente apenas no papel.

No DF, onde está a capital do Brasil, Brasília, que dispõe de arrecadações consideravelmente maiores que a maioria dos Estados per capita, o lento avanço da implementação de serviços substitutivos e do fechamento do HSVP evidenciam como a correlação de forças com o neoliberalismo pode impedir que haja a realização prática das vitórias legais. Além disso, conseguimos perceber como eventos sobre o assunto, controle social e governos favoráveis às políticas públicas impulsionam as mudanças.

Isso mostra o papel estratégico dos movimentos sociais na resistência às práticas manicomiais e na proposição de uma política de cuidado pautada nos princípios de liberdade, cidadania e atenção integral à saúde mental. As transformações em ambos os âmbitos, legais e práticos, foram fruto de ativa participação popular. Essas reflexões reafirmam a importância de fortalecer o controle social e ampliar a participação dos usuários e de seus familiares na construção de uma política pública mais justa e democrática.

A produção deste trabalho trouxe muitas respostas nascidas durante o meu período de estágio. Após atender várias pessoas sem rede de apoio, foi uma surpresa descobrir que já havia a política do SRT aplicada em vários estados há décadas. Entre relatórios para o Ministério Público e tentativas infundáveis de articulação com familiares ausentes, que muitas vezes também se encontravam em violação de direitos, eu sabia que os usuários por nós acompanhados estariam irremediavelmente em vulnerabilidade.

Em internações longas e desnecessárias, o modo de viver singular de cada pessoa com: a expressão pessoal, o ambiente familiar, a ocupação e/ou os momentos de lazer são substituídos pela vida que a instituição determina, tornado os usuários prisioneiros sem crime. Mesmo em um local adequado de internação, sem abusos por parte dos profissionais, poucos recursos materiais e etc, ainda há danos.

Observando a luta antimanicomial até aqui, é perceptível que há um papel importantíssimo a ser executado como profissional da saúde em serviço social na transformação da política de saúde mental. Juntamente com outros colegas, usuários e ativistas políticos, o

avanço da RSB e da RPB permanece. O conhecimento adquirido neste trabalho me ofereceu clareza sobre a relevância e impacto desse tema, os próximos passos e o processo prático de transformação do serviço, que já experienciei durante o estágio.

A verdadeira loucura é o caos oferecido por um Estado negligente, se não perverso, e o delírio de uma população acomodada em desesperança e soluções individuais apresentadas pelo neoliberalismo. Em meio aos dados apresentados nesse trabalho há avanços, cabe a nós, cidadãos brasileiros, lutar por nossos direitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As Residências Terapêuticas e as Políticas Públicas de Saúde Mental. **Revista IGT na Rede**, v. 13, nº 24, 2016. p. 105-114. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100007. Acesso em: 15 jan. 2025.
- ALVES, Stefania. V.; SILVA, Carla R.; LIBERMAN, Flavia. Reinventando a roda: Capoeira como dispositivo de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.33, n.2, e230653pt, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pFz5MnbNsd6YDpRq3THTzCQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. p. 635-655.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS ea luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 635-655. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0023>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- AROUCA, Sérgio. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, v. 11, p. 2-4, 1988.
- BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): Uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>. Acesso em 16 dez. 2024
- BARDI, Giovanna; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1557-1566, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: Desestruturação do estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL, Agência. Governo Lula anuncia R\$ 200 milhões para saúde mental em 2023. **Exame**. Publicado em 3 de julho de 2023. 2023. Disponível em: <https://exame.com/brasil/governo-lula-anuncia-r-200-milhoes-para-saude-mental-em-2023/>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial**. Gov.br. Ministério da Saúde [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BRASIL**. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm . Acesso em: 20/01/2025

BRASIL. **Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013.** Dispõe sobre a criação do Programa de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112847.htm. Acesso em: 15 jan. 2025.

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. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas** [página na Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 22].

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 5º e Art. 7º. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **Presidente Lula sanciona lei que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.** Gov.br. Presidência da República. Publicado em 16 de janeiro de 2024. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2024/01/presidente-lula-sanciona-lei-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-psicossocial-nas-comunidades-escolares>. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **Relatório Nacional Consolidado – 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [file:///C:/Users/ester/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Nacional%20Consolidado%20-%205%C2%AA%20CNSM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ester/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Nacional%20Consolidado%20-%205%C2%AA%20CNSM%20(1).pdf) . Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** ABEPSS/OPAS, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRAVO, M. I. S., & Pelaez, E. J. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, 22(46), 191–209. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v22i46.25630>

CONGRESSO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2., 1987, Bauru. **Manifesto de Bauru**. Bauru: 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

COSTA, Nilson do Rosario ; LAMARCA Isabel. Os Governos FHC e Lula e a Política para a força do trabalho civil do Governo Central Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1601-1611, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n6/1601-1611/pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.

DISTRITO FEDERAL. **Estudo da necessidade e priorização de CAPS no DF**. Secretaria de Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. Brasília: Secretaria de Saúde, 2022b. 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: 15 jan. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 975, de 7 de novembro de 1995. **Dispõe sobre a criação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal e dá outras providências**. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 7 nov. 1995.

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal: 2020-2023**. Secretaria de Saúde. Brasília: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documento_plano_diretor_saude_mental_2020_2023. Acesso em: 15 jan. 2025.

DISTRITO FEDERAL. **Relatório consolidado das etapas regionais GDF**. [s.d.]. Brasília/DF, 23 de junho de 2022a.

FÓRUM REVOLUCIONÁRIO Antimanicomial do Distrito Federal. **Carta Manifesto do Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF – 2023**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://cressdf.org.br/wp-content/uploads/2023/05/CARTA-MANIFESTO-15-de-maio-2023_F%C3%B3rum-Revolucion%C3%A1rio-Antimanicomial-do-DF.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

GRUPO SAÚDE MENTAL & Militância no DF. Governo Federal aumenta manicomialização no DF e enfraquece a reforma psiquiátrica. **Brasil de Fato**. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefatodf.com.br/2024/05/08/governo-federal-aumenta-manicomializacao-no-df-e-enfraquece-a-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GRUPO SAÚDE MENTAL & Militância no DF. Saúde Mental: “Se precisar, peça ajuda!”? Onde e para quem, GDF?. **Brasil de Fato**. 2023. Disponível em: <https://www.brasildefatodf.com.br/2023/09/27/saude-mental-se-precisar-peca-ajuda-onde-e-para-quem-gdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

KRÜGER, T. R. ; OLIVEIRA, Andréia. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 174-186, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VJnrM5gMFVyr4HskrbFxFQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LIMA, Maria da Glória; GUSSI, Maria Aparecida; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil.** Brasília, 2018. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. p. 48.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: Caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl.2, p.1-19, 2017.

MARTUSCELLI, Danilo Enrico. Polêmicas sobre a Definição do Impeachment de Dilma Rousseff como Golpe de Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 67–102, 2020. DOI: 10.21057/10.21057/repamv14n2.2020.28759. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/28759>. Acesso em: 03 jan. 2025.

MNPCT - MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. **Relatório de inspeções no Distrito Federal e Entorno:** Comunidade Terapêutica Salve a Si - Instituto Eu Sou; Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo. Brasília: MNPCT, 2024. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/relatorio-sas-e-hsvp_final_corrigido.pdf. Acesso em: 07 jan. 2025.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>

NUNES, Mônica O. **Reforma e contrarreforma psiquiátrica: os (des) caminhos da política de saúde mental no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4496, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/>. Acesso em: 25/01/2025

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES.** Rio de Janeiro, CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1723-1728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. V.33, n.81, p.27-37, jan/abr.2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, pp. 55-66, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68427>. Acesso em: 15 jan. 2025.