



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS (ICH)
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL (SER)

THAYANE FERREIRA DA SILVA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

BRASÍLIA (DF)
2025

THAYANE FERREIRA DA SILVA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social pela Universidade de Brasília.
Orientador: Prof. Dr. Lúcio Willian Mota
Siqueira

BRASÍLIA (DF)
2025

THAYANE FERREIRA DA SILVA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

Prof. Dr. Lúcio Willian Mota Siqueira
(Orientador: UFTM/PPGPS-UnB)

Profª. Drª. Andréia de Oliveira
(Membra Interna: SER/UnB)

Profª. Drª. Miriam de Souza Leão Albuquerque
(Membra Interna: SER/UnB)

BRASÍLIA (DF)
2025

CIP - Catalogação na Publicação

SS586d Silva, Thayane Ferreira da.
Desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e
Tratamento Psiquiátrico: desafios e possibilidades / Thayane
Ferreira da Silva;
Orientador: Lúcio Willian Mota Siqueira. Brasília, 2025.
66 f.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Serviço
Social) Universidade de Brasília, 2025.
1. Desinstitucionalização. 2. Hospitais de Custódia. 3.
Política Antimanicomial. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Saúde
Mental. I. Siqueira, Lúcio Willian Mota, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Obrigada àqueles que estão comigo desde o início, Família Y: minha mãe, Alyne, e meu pai, Wesley, vocês me proporcionaram um ambiente onde pude aprender com amor, é uma honra imensa ser sua filha, como posso agradecer o suficiente? Ao meu irmão, Nycolas, você é a minha infância, um respiro leve diante das responsabilidades da vida adulta.

À Amanda, que sempre me escuta. Conversar com você sobre o hoje é o que me faz enxergar o amanhã.

Às que completam o meu quarteto, Dani, Deusy e Vitória, obrigada por transformarem a rotina universitária em risadinhas e fofocas. Aprender sozinha é bom, com vocês é melhor ainda. Quero vocês para além da UnB.

Ao Prof. Dr. Lúcio Mota, minha sincera gratidão. Por ter sido um supervisor de estágio acolhedor em um período tão delicado do curso e, mais ainda, um orientador dedicado que acreditou neste trabalho tanto quanto eu. Cada linha revisada por você ajudou a lapidar o que posso apresentar com orgulho. É mérito nosso, mas sem você esse trabalho não existiria.

Aos amigos do estágio e às colegas da turma de estágio, minha jornada se divide em um antes e depois com vocês.

À Universidade de Brasília e aos professores que estiveram presentes desde o começo da minha trajetória educacional, como é bom crescer, me reinventar e descobrir novos caminhos.

E cada troca que me transformou. Sou grata pelas pequenas coisas, pelas grandes coisas e por tudo o que há entre elas.

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil à luz da Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023 (e sua atualização pela Resolução nº 572/2024), situando-o no contexto mais amplo da Reforma Psiquiátrica, das disputas ideológicas e das determinações estruturais de gênero, raça e classe. A partir de revisão bibliográfica e da análise documental (leis, portarias, relatórios), o estudo identifica o descompasso entre o ideal normativo da política antimanicomial, centrado no cuidado em liberdade, na reconstrução de vínculos e no Projeto Terapêutico Singular, e sua concretização prática, marcada por retrocessos orçamentários, ampliação de práticas hospitalocêntricas e limitada articulação entre Judiciário e Rede de Atenção Psicossocial. Abordam-se também os riscos da transinstitucionalização e culpabilização do indivíduo. O estudo enfatiza que o fechamento dos manicômios judiciais não depende apenas de marcos normativos, mas também necessita da transformação sociocultural e incorporação das categorias de totalidade e mediação na prática do Serviço Social para enfrentar as desigualdades de gênero, de raça e de classe que atravessam a produção social da loucura. Sem financiamento, integração intersetorial e levantamento e análise de dados acerca dos marcadores sociais, a política antimanicomial corre o risco de se alienar, apenas reproduzindo o modelo manicomial através de novas expressões.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Hospitais de Custódia; Política Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.

ABSTRACT

This work analyzes the process of deinstitutionalization of Brazil's Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (HCTPs) in light of National Council of Justice Resolution nº 487/2023 (and the update by Resolution nº 572/2024), situating it within the broader context of the Psychiatric Reform, ideological disputes, and the structural determinants of gender, race, and class. Based on a literature review and documentary analysis (laws, ordinances, reports), the study identifies a discrepancy between the normative ideal of the anti-asylum policy (centered on care in freedom, the reconstruction of social bonds, and the Singular Therapeutic Project) and its practical implementation, marked by budget setbacks, the expansion of hospital-centered practices, and limited coordination between the Judiciary and the Psychosocial Care Network. The risks of transinstitutionalization and the individualization of blame are also addressed. The study emphasizes that the closure of judicial asylums depends not only on regulatory frameworks but also on sociocultural transformation and on the incorporation of the categories of totality and mediation into Social Work practice in order to confront the gender, race, and class-based inequalities that shape the social production of madness. Without adequate funding, intersectoral integration, and the collection and analysis of data regarding social markers, the anti-asylum policy risks becoming alienated, merely reproducing the asylum model through new expressions.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Custody Hospitals; Anti-Asylum Policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA INACABADA.....	12
1.1. Da higienização social à reforma psiquiátrica: contradições enraizadas.....	12
1.2. Retrocessos frente ao cuidado em liberdade.....	18
CAPÍTULO 2 – MARCO JURÍDICO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	25
2.1. Diretrizes da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça e seus limites práticos.....	25
2.2. Desinstitucionalização ideal e real: entre o projeto terapêutico singular e a culpabilização do indivíduo.....	34
CAPÍTULO 3 – GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA PRODUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA....	42
3.1. Gestão seletiva da vida no Brasil.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO

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

Nesse contexto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), conhecidos popularmente como manicômios judiciários, ocupam um lugar estratégico na manutenção de práticas de exclusão que articulam penalidade, patologização e privação da liberdade de pessoas específicas. A permanência dessas instituições revela que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei nº 10.216/2001, o paradigma manicomial ainda constitui um componente estruturante das respostas estatais à loucura, principalmente no sistema de justiça criminal.

É nesse cenário que se insere a temática deste Trabalho de Conclusão de Curso, cujo tema é a desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil à luz da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A Resolução, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, constitui um marco jurídico-político que pretende alinhar o sistema de justiça aos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Reforma Psiquiátrica.

Durante o estágio na Defensoria Pública do Distrito Federal, observou-se de forma direta a ausência de fluxos claros entre o sistema de justiça e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que resultava em dificuldades para garantir diagnósticos e acompanhamentos fora do ambiente prisional. Essa lacuna explicitou a necessidade de estudos que articulem a legislação antimanicomial com as práticas reais de execução das medidas de segurança. Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso busca contribuir não apenas para o debate acadêmico, mas também para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à desinstitucionalização, apontando caminhos para uma atuação mais efetiva de assistentes sociais e equipes multiprofissionais.

Com isso, delimitou-se o objeto de pesquisa como o processo de fechamento dos HCTPs no Brasil no contexto de implementação da Resolução nº 487/2023 do

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

A formulação dessa pergunta está diretamente articulada à hipótese do estudo, que consiste na compreensão de que a desinstitucionalização dos HCTPs é dificultada por diversos movimentos político-ideológicos contrários à luta antimanicomial, além de interesses privados e setores conservadores, que comprometem, na prática, a efetivação do cuidado em liberdade (Guimarães, Veras e Carli, 2018). Somam-se a isso a racialização das políticas de controle, a fragilização do financiamento público e a fragmentação das redes intersetoriais, produzindo um cenário no qual a política antimanicomial se vê tensionada entre avanços normativos e retrocessos práticos.

O processo de desinstitucionalização exige, portanto, não apenas a interdição física dos hospitais, mas a transformação cultural e institucional das formas de gestão do sofrimento psíquico, a reconstrução de vínculos no território e a superação de desigualdades estruturais que marcam a população custodiada (Amarante, 2011).

O presente estudo tem, portanto, como objetivo geral analisar como vem se dando o fechamento dos hospitais psiquiátricos de custódia no Brasil a partir da Resolução nº 487/2023 do CNJ e, de forma específica, busca: 1) compreender o histórico da institucionalização por tempo indeterminado das pessoas com transtornos mentais no Brasil; 2) analisar os fundamentos e diretrizes da Resolução nº 487/2023 do CNJ; 3) identificar os principais desafios na implementação de medidas que visam à desinstitucionalização dos HCTPs; e 4) refletir sobre o papel do Serviço Social e das equipes multiprofissionais nesse processo. Esses objetivos orientaram tanto o delineamento do estudo quanto a organização dos capítulos.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, fundamentada no método histórico-dialético, que permite compreender os fenômenos sociais em sua complexidade, historicidade e contradições. A pesquisa é de natureza exploratória, descritiva, documental e bibliográfica, envolvendo análise de legislações (Lei nº 10.216/2001; Código Penal; Resoluções do CNJ nº 487/2023 e nº 572/2024), relatórios institucionais diversos e literatura crítica de referência, incluindo autores como Michel Foucault, Paulo Amarante, Marilda Iamamoto, Ricardo Antunes, Sueli Carneiro, Achille Mbembe e

outros.

Após esta introdução, o Capítulo 1 apresenta o histórico da institucionalização psiquiátrica no Brasil, incluindo o surgimento dos hospícios, a consolidação da lógica manicomial e os avanços da Reforma Psiquiátrica. Analisa-se como a internação por tempo indeterminado se tornou prática comum nos HCTPs e discute-se a relação entre loucura, criminalização e controle social, com base em autores como Foucault (1979; 2010) e Amarante (1995).

O Capítulo 2 aprofunda o marco jurídico da desinstitucionalização, examinando a Resolução nº 487/2023 e suas ambiguidades, bem como a distância entre o seu ideal/real normativo. O capítulo discute a fragilidade da RAPS, a desarticulação entre Judiciário e políticas sociais e os riscos de transinstitucionalização, além de analisar a disputa entre diferentes paradigmas profissionais, como o debate entre o Conselho Federal de Psicologia (2023) e o Conselho Federal de Medicina (2024), que expressa tensões entre modelos de cuidado.

O Capítulo 3 aprofunda a análise estrutural da produção social da loucura, discutindo como gênero, raça e classe estruturam a seletividade penal e psiquiátrica, produzindo o perfil predominante da população internada nos HCTPs. O capítulo analisa como a necropolítica (Mbembe, 2018), o dispositivo de racialidade (Sueli Carneiro, 2023) e a precarização da classe trabalhadora (Ribeiro, 2006; Antunes, 2009) atravessam o sofrimento psíquico e a instituição psiquiátrico-penal. Defende-se que a desinstitucionalização só pode ser realizada de modo efetivo quando incorpora essas determinações e quando a práxis do Serviço Social se ancora nas categorias de totalidade (Netto, 2004) e mediação (Pontes, 2000), articulando singularidade e estrutura, além da interseccionalidade (Gonzalez, 1984).

Esta Introdução busca apresentar os elementos estruturantes do trabalho e situar a desinstitucionalização dos HCTPs como um processo que exige articulação entre crítica histórica, análise normativa e compreensão das determinações estruturais que produzem o sofrimento psíquico em sociedades marcadas por desigualdades profundas como a do Brasil. A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça constitui um avanço jurídico significativo, mas sua efetividade depende de condições políticas, materiais, institucionais e socioculturais que ainda se encontram em disputa, o que será aprofundado ao longo dos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA INACABADA

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira é marcada por contradições enraizadas que revelam a dificuldade histórica de consolidar um modelo de atenção psicossocial baseado no cuidado em liberdade.

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

Este capítulo tem como objetivo analisar a formação histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira, destacando seus marcos, avanços e limites. Ao longo desta discussão, pretende-se apontar como a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda se apresenta como um projeto inacabado e para compreendê-la é necessário reconhecer os desafios contemporâneos para a efetivação do cuidado em liberdade e para a construção de uma sociedade verdadeiramente sem manicômios.

1.1. Da higienização social à reforma psiquiátrica: contradições enraizadas

Precedente a Reforma, no século XIX, houve um processo de institucionalização psiquiátrica no Brasil, que começou quando o modelo asilar foi importado da Europa como parte da cultura de higienização social e controle da marginalidade.

No século XIX teve início o processo de urbanização das cidades, sobretudo a do Rio de Janeiro. As epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Assim, configurava-se a determinação social para o “saneamento” que interdita o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. Essa indicação social motiva o surgimento da primeira instituição psiquiátrica no Brasil – 1852 – Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 5)

Acerca deste tema, Foucault (1979) conjectura sobre o modo como a sociedade lida com a loucura, por meio de dispositivos de controle e exclusão social, que, sob o pretexto de tratamento, promovem a contenção e o silenciamento dos sujeitos. Para o autor, a internação manicomial patologiza comportamentos e os

retira do espaço público.

Desde então, o encarceramento em instituições psiquiátricas passou a ser a principal solução quando se tratava de pessoas com transtornos mentais, especialmente aquelas consideradas perigosas ou socialmente indesejadas.

Após as duas grandes Guerras Mundiais, ao se constatar que as condições nos hospícios eram como nos campos de concentração, foram desferidas numerosas e densas críticas ao modelo de internação asilar manicomial ensejando em reformas em diversos países. No Brasil, no entanto, o modelo foi reforçado durante a ditadura militar, quando ocorreu um incentivo à privatização da saúde mental, com a expansão dos leitos psiquiátricos financiados pelo Estado, sobretudo em instituições privadas (Dias, 2012).

O movimento da desinstitucionalização só se fortaleceu, então, com a Reforma Psiquiátrica. Inspirada pelas experiências italianas lideradas por Franco Basaglia e pelo movimento antimanicomial, crescem os debates em meio à redemocratização, articulando trabalhadores da saúde, familiares, usuários e movimentos sociais.

Desse modo, o movimento da luta antimanicomial consolidou-se como um ator político fundamental, defendendo que “por uma sociedade sem manicômios” era mais do que um lema, mas um projeto civilizatório. “O desejo de ‘uma sociedade sem manicômios’, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.” (Pitta, 2011, p. 4583)

Profissionais da saúde mental, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos reformistas, além de usuários e familiares, estiveram na linha de frente. O Serviço Social, em especial, foi decisivo ao trazer a dimensão da cidadania e da crítica às desigualdades, atuando na construção de práticas interdisciplinares e na defesa de direitos.

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. (Amarante, 1995, p. 75-76)

Os espaços de participação social, principalmente os conselhos e as conferências de saúde, materializam essa conquista democrática ao inserir todos em processos deliberativos e de controle social. Trata-se de um processo contínuo de democratização, no qual o cidadão passa a ocupar o centro da formulação de políticas.

Por isso, a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica só podem ser compreendidas quando articuladas à ideia de participação social como prática de cidadania ativa. Ela é uma conquista e uma ferramenta indispensável para o enfrentamento dos retrocessos recentes, ao mesmo tempo. “A participação democrática e participativa tem por finalidade a democratização da saúde no Brasil e também se coloca como um instrumento para sua concretização/efetivação” (Guimarães et al., 2010, p. 2118).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira nasce em um momento de intensa mobilização democrática, articulada às pautas de saúde coletiva e ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. O princípio da universalidade e o reconhecimento da saúde como direito e dever do Estado constituíram bases para a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental. Guimarães et al. destacam:

Dessa forma, participação social representa uma nova modalidade de relação Estado/sociedade, que vem se consolidando no campo da saúde a partir dos anos oitenta do século passado. [...] Essa participação representa uma conquista dos movimentos de reforma do setor saúde, que ganhou corpo normativo com sua inserção no texto da Constituição de 1988, como princípio organizativo do SUS. (Guimarães, 2010, p. 2117)

Um marco fundamental foi a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona o modelo assistencial para uma perspectiva comunitária, integrada à Rede de Atenção Psicossocial.

De acordo com Amarante, a Reforma Psiquiátrica brasileira propõe uma mudança na forma de lidar com o sofrimento mental, superando a exclusão imposta pelo sistema manicomial. Nesta direção, o autor prossegue dizendo que, os serviços devem ser “dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (2011, p.

69).

Nesse mesmo sentido, a Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento das pessoas com transtornos mentais deve ocorrer em serviços comunitários, sendo vedada instituições com características asilares, salvo em situações excepcionais e com duração limitada. O artigo 4º da citada lei estabelece que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Brasil, 2001).

Na década seguinte, a sociedade brasileira testemunhou a ampliação da rede de serviços extra-hospitalares. A Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial, serviços que materializaram a diretriz de substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, priorizando o cuidado territorial e comunitário.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental voltados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, priorizando o cuidado em liberdade e a reinserção social, em substituição ao modelo asilar. Eles fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza serviços e estratégias para atenção integral em saúde mental no âmbito do SUS, incluindo CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades de Acolhimento e ações como Programa de Volta Para Casa (PVC).

Como destaca o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), a RAPS tem como diretriz central garantir o acesso a cuidados humanizados e territoriais, mas apesar dos avanços legais e institucionais, a Reforma Psiquiátrica brasileira nunca conseguiu superar totalmente a prática manicomial.

[...] que a partir do Programa de Volta para Casa viabilizou a desinstitucionalização de milhares de moradores de hospitais psiquiátricos – HPs, que são testemunhas vivas das atrocidades que a Psiquiatria impôs a centenas de vidas na recente história dos manicômios brasileiros. (Lussi et al., 2019, p. 2)

Mesmo que a Lei nº 10.216/2001 seja orientada pela desinstitucionalização e pelo cuidado em liberdade, Silva, Barros e Oliveira apontam que “a essência do modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente, por sua exclusão social” (2002, p. 8) e, para contemplar as intenções da lei, deve acontecer uma “efetivação dessa intenção pelo gesto” (2002, p. 9), com a mobilização de recursos, adesão dos profissionais e da participação ativa da sociedade civil.

Mas, ao se analisar o campo da saúde mental, constata-se que os atores da reforma são divididos em grupos heterogêneos que produziram diferentes práticas e olhares sobre a loucura, o que gera tensão entre formas de cuidado em liberdade e as estratégias tradicionais de exclusão, medicalização e manutenção de interesses privados (Amarante, 1995).

A Reforma foi pensada sobretudo para pessoas historicamente marginalizadas e segregadas nos manicômios, indivíduos hipossuficientes e racializados, sem rede de apoio familiar ou social. Todavia, há uma contradição central, pois enquanto as políticas deveriam promover inclusão e reconhecimento de direitos, interesses institucionais e econômicos continuam a desumanizar e afastar justamente a parcela da população para a qual as políticas foram originalmente destinadas.

Nesse contexto, Silva, Barros e Oliveira prosseguem enfatizando que as políticas sociais devem ser compreendidas como “um conjunto de intenções e gestos que expressam as contradições existentes entre o capital e o trabalho” (2002, p. 5). Assim, mesmo que o Estado formule políticas de caráter progressista, elas se desenvolvem em um campo de forças marcado pela disputa entre classes, reproduzindo mecanismos históricos de exclusão.

Desde a época do capitalismo emergente, fins do século XIX, instituiu mecanismos de Exclusão/Inclusão que se reproduzem até os dias atuais, por meio de Políticas Sociais, que pretendem atender algumas reivindicações da classe trabalhadora e excluí-la da propriedade dos meios de produção e do poder. (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 6)

Ou seja, as políticas de saúde mental não devem ser vistas isoladamente, mas inseridas no campo mais amplo das políticas sociais, historicamente condicionadas pelas crises do capitalismo, e a luta pela inclusão, não é apenas uma questão técnica, mas uma disputa política e cultural contra os mecanismos históricos que relegaram a loucura à margem da sociedade.

As autoras destacam que “as políticas sociais resultam de interesses específicos e contraditórios que se alteram nos diferentes momentos históricos” (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 5). Isso significa que, em períodos de crise econômica, os direitos sociais tendem a ser reduzidos e a saúde mental passa a ser vista menos como um direito e mais como um custo a ser contido.

A manutenção de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos privados, custeados pelo SUS, contrasta com a escassez de investimentos em serviços comunitários e territoriais. Mais de vinte e dois milhões de dólares por ano eram destinados ao sistema hospitalar fechado, em detrimento do sistema aberto (Silva, 2001 apud Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 9).

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

Na primeira conferência proferida, em outubro de 1974, na atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Michel Foucault abordou que a saúde deixou de ser apenas uma questão de tratamento de doenças para se converter em um dispositivo de normalização permanente, em que qualquer comportamento ou condição pode ser capturado pelo olhar médico.

Em suas palavras, “com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade [...] com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente” (Foucault, 2010, p. 180-181), implicando uma vinculação com interesses externos, políticos e econômicos.

Assim, ao invés de promover a inclusão e o exercício da cidadania, a intervenção médica tende a operar como dispositivo de controle, regulando populações indesejadas e reiterando sua posição de subalternidade.

Como Foucault descreve, as categorias de doença e periculosidade frequentemente se sobrepõem, de modo que os sujeitos nunca escapam completamente da patologização, “há duas possibilidades: ou a de um pouco doente, sendo verdadeiramente delinquente; ou a de um pouco delinquente, sendo um verdadeiro doente. O delinquente não escapa da patologia” (2010, p. 186). Esse raciocínio ajuda a compreender como, ainda hoje, políticas públicas acabam por reforçar o estigma da loucura, associando-a a perigo e justificando, assim, medidas de confinamento ou medicalização excessiva.

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

Como os retrocessos da primeira década do século XXI que contradizem a

proposta da Reforma Psiquiátrica, pois reforçam a exclusão justamente daqueles mais vulneráveis, legitimando práticas que violam direitos humanos em nome da normalização. Foucault já advertia que “à medida que a medicina se converteu em uma prática social em lugar de individual, abriram-se possibilidades à anatomia patológica, à grande medicina hospitalar” (2010, p. 183), revelando como a medicalização coletiva, sustentada por políticas estatais, se torna um mecanismo de controle social e, assim, ele ainda articula:

Poder-se-ia dizer, quanto à sociedade moderna, que vivemos em “Estados médicos abertos”, em que a dimensão da medicalização já não tem limite. Certas resistências populares à medicalização devem-se justamente a essa predominância perpétua e constante. (Foucault, 2010, p. 186)

Então, mesmo com o marco da Reforma Psiquiátrica, as práticas de tutela, segregação e medicalização excessiva seguem operando como resposta dominante, especialmente em momentos de fragilidade institucional e enfraquecimento das políticas de saúde mental. Ilustrando isso, a seguir serão abordados alguns retrocessos que aconteceram a partir da década de 2010.

1.2. Retrocessos frente ao cuidado em liberdade

Em 2011, no governo Dilma Rousseff, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído inicialmente pelo Decreto nº 7.179/2010, passa a ser efetivamente operacionalizado e publicamente apresentado sob a denominação “Crack, é Possível Vencer”, a partir do Decreto nº 7.637/2011, que é quando verifica-se a ampliação do financiamento federal destinado a entidades privadas, com destaque para as Comunidades Terapêuticas (CTs), muitas delas de caráter religioso.

Ainda que o programa tenha sido formulado como resposta emergencial ao uso problemático de álcool e outras drogas, sua implementação contribuiu para modelos de cuidado baseados no isolamento, na abstinência compulsória e na institucionalização, em vez do investimento na Rede de Atenção Psicossocial.

Esse redirecionamento foi reforçado pela Portaria nº 131/2012, que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado a serviços de atenção em regime residencial, incluindo explicitamente as Comunidades Terapêuticas como

dispositivos passíveis de financiamento público. Tal normativo colaborou para a incorporação dessas instituições no interior da política de saúde, conferindo-lhes reconhecimento estatal e acesso a recursos federais, de modo que as CTs se afirmassem como dispositivos centrais no enfrentamento do uso de drogas no país.

A problemática das Comunidades Terapêuticas está no modo como a religião deixa de ocupar um espaço complementar e voluntário de apoio espiritual e passa a funcionar como um mecanismo de controle e moralização dos sujeitos. De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia - CFP; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura - MNPCT; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC):

O questionamento que se faz ao uso da religião nas comunidades terapêuticas, portanto, não é relativo a crenças individuais, mas ao embasamento do tratamento em práticas e preceitos religiosos, na medida em que pode engendrar violações do direito de pessoas que não compartilham daquela crença. Além disso, dado que tratamento para transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas é um processo de cuidado em saúde, as bases que o regem não devem ser religiosas, mas laicas. (CFP; MNPCT; PFDC, 2018, p. 79)

O mesmo relatório também evidencia a recorrência de castigos, punições e indícios de tortura no interior das Comunidades Terapêuticas, expressos no aumento compulsório da laborterapia, na privação de refeições e na ocorrência de violência física, por exemplo. A denominada laborterapia, nesses contextos, não se apresenta como atividade terapêutica, mas como instrumento disciplinar, no qual o trabalho é utilizado como forma de controle do comportamento e de punição moral dos sujeitos. Tal prática se distancia dos pressupostos do cuidado em saúde mental e contraria os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica (CFP; MNPCT; PFDC, 2018).

A partir de 2016, em meio à crise política que culminou no impeachment de Dilma Rousseff e na posse de Michel Temer, observa-se a continuidade da interrupção no fortalecimento da RAPS e cortes significativos no financiamento da saúde. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos, teve impactos profundos sobre a saúde pública no Brasil.

Ao congelar por vinte anos os investimentos sociais, a medida limitou a capacidade do SUS de expandir e consolidar serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os CAPS. Segundo Vieira e Benevides (2016), o teto representou

uma “contrarreforma” que inviabiliza a universalidade do SUS, ao priorizar a lógica fiscal em detrimento da proteção social. Sobre a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) que originou a EC, os autores elaboram:

Caso seja aprovada, a PEC 241 tampouco possibilitará a redução das desigualdades na oferta de bens e serviços de saúde no território nacional. Não só não haverá espaço no orçamento para tanto, como o teto das despesas primárias, em um contexto de aumento acelerado das despesas previdenciárias, levaria a um processo de disputa das diversas áreas do governo por recursos cada vez mais escassos. Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país. (Vieira; Benevides, 2016, p. 21)

Em seguida, a Portaria nº 3.588/2017 reintroduziu práticas hospitalocêntricas e ampliou a destinação de recursos públicos para comunidades terapêuticas, instituições que “oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos” (CFP; MNPCT; PFDC, 2018, p. 22).

Assim, a portaria serve como uma forma de legitimação de um cuidado que reforça a exclusão, em oposição à lógica de atenção territorial e de promoção da cidadania. Adjacente a outros marcos, como a Nota Técnica nº 11/2019, configuram uma ruptura com as diretrizes da Lei nº 10.216/2001 e da RAPS e, tendo leito para crianças e adolescentes, também não são garantidos os direitos reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Nota Técnica nº 11/2019 foi retirada oficialmente pelo Ministério da Saúde após críticas, mas seus objetivos estavam delineados. Era mencionada a reintrodução da Eletroconvulsoterapia (ECT), incluindo o aparelho na lista de financiamento. Lussi et al. (2019) destacam que o histórico desse procedimento esteve associado a práticas de tortura, punitivas e indiscriminadas em instituições psiquiátricas, e o retorno da prática significa um avanço de forças conservadoras, que têm operado a favor de práticas asilares, abrindo brechas para interesses privados e religiosos que se opõem à luta antimanicomial.

Ainda que tenha acontecido a retirada da Nota Técnica, são as ideologias por trás dela que são as responsáveis tanto por sua elaboração quanto por diversos

outros desmontes, e isso deve ser sublinhado.

Sob o governo do Jair Bolsonaro, ampliou-se o repasse de recursos federais a comunidades terapêuticas majoritariamente religiosas, muitas denunciadas por práticas de violação de direitos humanos, como isolamento forçado, trabalho análogo à escravidão e ausência de acompanhamento multiprofissional (CFP; MNPCT; PFDC, 2018). A culpabilização religiosa emaranha-se com a lógica de abstinência, somadas ao trabalho como elemento que dignifica.

O próprio fato de as CTs no país se vincularem majoritariamente a instituições religiosas desde a sua gênese não só expressa essa maior proximidade com as iniciativas estadunidenses e seu modelo de tratamento moral pautado também na espiritualidade, como é um recrudescimento dele, numa junção moralista religião-psiquiatria. (Passos et al., 2020 apud Costa; Lemos, 2025, p. 13)

Rubem César Fernandes (1977), ao analisar o funcionamento do “partido-igreja” no contexto stalinista, mostra como uma organização política se apresenta como portadora de uma suposta universalidade, apagando suas contradições internas e operando como instância de controle da sociedade.

No Brasil contemporâneo, especialmente durante o governo Bolsonaro, pode-se observar paralelos importantes com esse mecanismo. A extrema direita buscou criar a imagem de uma comunidade nacional homogênea, baseada em valores religiosos e nacionalistas, como a defesa da família, da moral cristã e da soberania nacional.

Esses valores eram utilizados para manipular “a dualidade formal/informal dos mecanismos de luta interna de tal maneira que os seus interesses informalmente particulares fossem formalmente pensados como coincidentes com o interesse geral” (Fernandes, 1977, p. 74). A religião desempenhou papel central, não apenas fornecia a legitimação moral de um governo autoritário, mas também reafirmava os interesses da extrema direita como os interesses de toda uma nação.

Além disso, Fernandes (1977, p. 76) analisa a figura do líder na sua centralização carismática, afirmando que “a figura do Líder pode então ser compreendida como a instância decisiva para a realização desta unidade difícil, pois que nele o pessoal e o coletivo parecem se fundir em uma Personalidade exemplar”.

No Brasil bolsonarista, o culto à personalidade foi construído em torno da imagem de Bolsonaro como “salvador” da nação, a devoção política foi alimentada

pela linguagem religiosa, que convertia o líder em uma figura quase messiânica, reforçando a lealdade incondicional de seus seguidores.

Todavia, para alguém cuja função deveria estar orientada pela responsabilidade social, Bolsonaro agiu de forma antagônica às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao longo da pandemia de Covid-19. No ano de 2020, no contexto da saúde, não exclusivamente mental, mas saúde coletiva, a economia era priorizada às custas do bem-estar da população, e isso transparecia nos discursos do ex-presidente, em que o trabalho assumiu centralidade como elemento de dignificação humana e justificativa política para o enfrentamento da pandemia.

Ao minimizar os riscos do coronavírus e criticar medidas de isolamento social, Bolsonaro reforçava a ideia de que a vida só teria sentido por meio da atividade laboral. Na cerimônia de inauguração da ponte na divisa entre Piauí e Maranhão, chegou a afirmar: “o emprego é tão ou mais importante a nossa preocupação em lutar por ele do que lutar contra o vírus” (Jovem Pan News, 2021, 1m04s).

Foi um governo repleto de práticas negacionistas e muitas críticas ao que foi chamado de política “fique em casa e a economia a gente vê depois”, evidenciando a opção por uma lógica que subordinava a saúde e a vida à manutenção da economia.

A supervalorização do trabalho no Brasil não pode ser dissociada da influência religiosa que moldaram historicamente a sociedade. O trabalho não tem um papel somente econômico, mas moral, servindo como parâmetro de dignidade e de reconhecimento social. Essa ideologia reforça a centralidade do homem como provedor, reforçando funções de gênero e legitimando políticas que priorizam a empregação contínua, mesmo em situações de crise.

Em um seminário realizado pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos em parceria com o Instituto de Estudos da Religião, onde Rubem César Fernandes participou da mesa, Giumbelli (2008, p. 701) destacou que, a religião é capaz de orientar não apenas práticas de fé, mas também decisões políticas e jurídicas que afetam diretamente os cidadãos. Isso fica claro nos debates sobre sexualidade, em que setores religiosos reafirmam modelos heteronormativos, monogâmicos e salvacionistas, e a religião atua como força disciplinadora, definindo “o normal e o desvio”).

Ao mesmo tempo que as ideologias religiosas são reinventadas, elas estão sendo postas em prática. A prática e a própria filosofia (enquanto agentes imbricados) auxiliam tanto na elaboração de sujeitos quanto na elaboração de discursos e instrumentos de poder e dominação. (Giumbelli, 2008, p. 702)

Então, nesse cenário de expansão de práticas religiosas, a ausência de dados consistentes e atualizados sobre a política de saúde mental impede o acompanhamento crítico da sociedade civil e favorece a manutenção de modelos excludentes.

Em fevereiro de 2025, após uma década sem atualizações, o Ministério da Saúde voltou a publicar os relatórios do programa “Saúde Mental em Dados”, permitindo a análise de dados entre 2015 e 2022, quando houve um retrocesso, com políticas contrárias à Reforma favorecendo serviços hospitalares. “A desaceleração tornou-se mais pronunciada a partir de 2017, ano em que foram publicadas portarias e normativas que resultaram em uma regressividade no modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira” (Brasil, 2024 [2025], p. 8).

Onocko-Campos (2019, p. 1) aponta que, a partir de 2011, há o retorno de práticas centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, evidenciado pela reabertura de hospitais-dia e pelo aumento no número de leitos psiquiátricos. Segundo a autora, “é preciso destacar que a expansão de serviços comunitários está praticamente estagnada após 2011 e que se carece de dados após 2015, numa lamentável perda de transparência do Ministério da Saúde”.

Para mais, a falta de transparência por parte do Estado na gestão da saúde mental dificulta o controle social e a participação da sociedade civil, abrindo espaço para a manutenção de modelos excludentes que se opõem às políticas de cuidado em liberdade.

Em julho, também de 2025, foi assinado o Decreto nº 47.423 que “institui o Programa Acolhe DF, destinado à busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade” (Brasil, 2025). Disfarçada de acolhimento, essa medida tem uma abordagem higienista e de manicomialização, sua elaboração não ocorre de forma democrática e acontece a institucionalização de uma busca ativa que tem como objetivo uma subsequente internação daqueles em situação de rua.

A instituição do Programa Acolhe DF ocorre em um contexto marcado por severas fragilidades na política de saúde mental do Distrito Federal, que apresenta

uma das menores coberturas de CAPS do país. Dados oficiais indicam que o DF, em 2024, contava com aproximadamente 0,54 CAPS por 100 mil habitantes, índice significativamente inferior ao parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde e à média nacional (Brasil, 2024 [2025], p. 16).

Os retrocessos citados nesse subcapítulo evidenciam que a Reforma Psiquiátrica brasileira nunca se consolidou plenamente como política de Estado. Ao contrário, permaneceu vulnerável a mudanças de governo e a pressões de grupos econômicos e ideológicos.

Embora tenha produzido avanços significativos, como a criação da RAPS, não foi possível superar de forma definitiva a cultura manicomial, muito menos construir socialmente a noção de cuidado em liberdade, essencial para a consolidação da desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O cuidado em liberdade¹ constitui um dos pilares centrais da Reforma Psiquiátrica, compreende que o tratamento da saúde mental deve ocorrer preferencialmente em serviços abertos e territorializados. Trata-se de promover a reabilitação psicossocial de forma socializada, por meio da reconstrução de vínculos familiares e comunitários, valorizando a autonomia do sujeito.

Ao romper com a lógica da exclusão, o cuidado em liberdade visa não apenas à atenção clínica, mas também à inclusão social e cidadã das pessoas em sofrimento psíquico, assegurando o direito à saúde em sua integralidade e dignidade.

Para o exercício desta abordagem, existem os serviços substitutivos, como os CAPS, os Centros de Convivência (CECOS), as iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho e as Residências Terapêuticas. São ferramentas que prosperam quando os recursos orçamentários priorizam o desenvolvimento de equipamentos substitutivos,

¹ Práticas clínicas e sociais que rompem com a lógica de tutela e segregação, reconhecendo os sujeitos em sofrimento psíquico como protagonistas de seu processo de cuidado e de vida. De acordo com Guimarães, Veras e Carli (2018), o cuidado em liberdade articula saúde, cidadania e emancipação, pautada em um paradigma ético e humanista que valoriza a participação ativa dos usuários e a construção coletiva de respostas terapêuticas. O conceito de Liberdade, desenvolvem os autores, “não diz exclusivamente respeito ao serviço ser aberto ou fechado, mas sim à noção do exercício da libertação das práticas de cuidado, diretamente ligado à relação que se estabelece entre as pessoas.” (p. 100). Essa perspectiva aproxima-se do pensamento freiriano, pois rompe com a ideia de práticas depositárias, em que o saber do profissional se impõe de forma unilateral, para dar lugar a um processo de construção compartilhada, e se contrapõe a lógica asilar, que por sua vez se estrutura no isolamento e na medicalização dos chamados loucos, tratando-os como objetos de intervenção e não como sujeitos de direitos.

em detrimento do financiamento voltado às instituições asilares (Lussi et al., 2019).

Porém, embora esses serviços tenham se expandido, a grande parte da sociedade brasileira continua a associar a loucura ao perigo e à necessidade de segregação. Retorna-se a questão da ausência de uma construção social ampla que consolide o paradigma do cuidado em liberdade.

A transição de um regime tutelar para formas de cuidado voltadas à liberdade não ocorre de maneira linear, mas atravessada por tensões e contradições e a cultura manicomial permanece enraizada, dificultando a efetivação plena da Reforma. Amorim e Dimenstein (2009) ressaltam que, mesmo nos serviços substitutivos, ainda persistem práticas e discursos que atualizam lógicas manicomiais, seja por meio da medicalização excessiva, de interpretações violentas ou de condutas autoritárias.

Além disso, a efetividade das políticas de cuidado em liberdade depende não apenas desses serviços substitutivos, mas também da capacidade da sociedade civil organizada de fiscalizar, intervir e deliberar sobre sua implementação. O controle social no âmbito da saúde mental é proposto como uma “forma de garantir o avanço da reforma psiquiátrica, na tentativa de efetivar a política de saúde mental, mediante a participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental” (Guimarães et al., 2010, p. 2115).

A permanência da lógica mercadológica e medicalizante, o subfinanciamento das políticas de saúde mental e os constantes retrocessos indicam que o projeto da Reforma permanece inconcluso, pois além da desconstrução do manicômio como espaço físico, as ideologias higienistas devem ser combatidas.

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (Amarante, 2011, p. 56).

Assim, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo inacabado e só poderá avançar se for capaz de articular a dimensão institucional, legal e política a uma mudança cultural mais profunda, que desnaturalize a segregação e reconheça a autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento mental. Caso contrário, permanecerá como um projeto vulnerável a retrocessos e

distante de seu ideal original: uma sociedade sem manicômios.

CAPÍTULO 2 – MARCO JURÍDICO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça, institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecendo procedimentos e diretrizes para implementar a Lei nº 10.216/2001 e a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Essa norma representa um marco jurídico-político ao vincular diretamente a atuação judicial às demandas da Reforma Psiquiátrica, sinalizando que o Judiciário não pode permanecer alheio às pautas de desinstitucionalização. Contudo, apesar de elevada em intenção, a Resolução convive com ambiguidades, resistências institucionais e risco de contradições práticas.

Para análise da realidade atual, toma-se como principal referência o Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Conselho Nacional de Justiça e pelos Conselhos Regionais de Psicologia. Este capítulo busca analisar os dispositivos centrais do ideal e denunciar como o que a norma propõe muitas vezes se choca com a realidade, revelando, assim, uma tensão entre desinstitucionalização ideal e desinstitucionalização real.

2.1. Diretrizes da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça e seus limites práticos

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), ou manicômios judiciários, encarceram pessoas que são consideradas inimputáveis criminalmente. A inimputabilidade é caracterizada por meio de uma determinada condição psíquica que afeta a capacidade de compreensão do indivíduo. Conforme o artigo 26º do Código Penal:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940).

A lógica da inimputabilidade, e também da periculosidade, herdada de um sistema jurídico-penal historicamente excludente, mantém viva a estrutura

segregante que marcou a formação da psiquiatria e do direito penal no Brasil. Como afirmam Peres e Nery Filho (2002, p. 336), “a relação estabelecida entre doença mental e violência ocupou um lugar estratégico na formação da medicina mental no século XIX” e deu origem a uma forma de controle social que manteve o mesmo objetivo: neutralizar aqueles considerados perigosos.

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

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

Já a periculosidade, conceito jurídico que sustenta a aplicação das medidas de segurança, está disposta no caput do artigo 26º e pode assumir natureza presumida ou real, absoluta ou relativa, conforme a situação do agente. (Brasil, 1940).

Como explicam Rocha e Jacob (2024), na periculosidade presumida, aplicada ao inimputável, o indivíduo é considerado perigoso por determinação legal, o que implica a imposição automática da medida de segurança. É uma presunção absoluta, que dispensa prova e não admite contestação.

Por outro lado, a periculosidade real, prevista no parágrafo único do mesmo artigo, aplica-se aos semi-imputáveis, devendo ser demonstrada por meio de exame pericial e, ainda que sua natureza seja relativa, quando verificada a periculosidade “é recomendável que o juiz, ao invés de diminuir a pena, aplique a medida de segurança” (Rocha; Jacob, 2024, p. 4).

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

A medida de segurança possui caráter apenas preventivo e terapêutico, possuindo pressuposto de periculosidade, sendo aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis, sua aplicação é por período determinado em relação a seu limite mínimo, todavia seu período máximo de duração é indeterminado, sendo necessário o fim da periculosidade do agente para que essa sanção penal chegue ao fim, o que resulta em muita controvérsia. (Rocha; Jacob, 2024, p. 4-5).

Então, embora a legislação brasileira não preveja a pena de prisão perpétua, essa indeterminação temporal da medida de segurança, sob o argumento da proteção social e do cuidado terapêutico, abre brechas para que, na prática, pessoas inimputáveis sejam submetidas a realidades análogas à privação perpétua de liberdade.

O artigo 97º do Código Penal estabelece que a internação perdurará enquanto não for verificada a cessação da periculosidade, mas o Estado brasileiro, em conflito com a lei, trata pessoas com transtornos mentais de forma que as invisibiliza e desumaniza e, assim, pessoas inimputáveis acabam internadas por tempo indefinido em instituições psiquiátricas, ultrapassando, inclusive, a pena que seria aplicável a uma pessoa imputável, o que contradiz a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça.

Quanto ao entendimento dos tribunais brasileiros, merece destaque a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, que afirma que: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. Tratando-se do Supremo Tribunal Federal, reconhece o prazo máximo de trinta anos para a duração da medida de segurança, conforme o artigo 75 do Código Penal, que é aplicado por analogia (Ventura, 2022, p. 52-53).

Uma abordagem adequada para o tratamento dessa parcela da sociedade é necessária, mas os HCTPs não são a resposta, visto as circunstâncias inóspitas em que os pacientes vivem e a ausência concreta de tratamento psiquiátrico com projetos terapêuticos singulares² e acompanhamento multidisciplinar, o que agrava suas questões de saúde mental. A resistência na extinção dos Hospitais de Custódia

² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de planejamento e acompanhamento do cuidado em saúde, construído de forma coletiva por uma equipe multiprofissional e centrado nas necessidades do usuário, da família ou de grupos em situações mais complexas. Seu caráter singular busca atender às especificidades do usuário, evitando, assim, pressupostos terapêuticos. O PTS articula condutas clínicas, psicossociais e territoriais, visando à ampliação da autonomia do sujeito e à inclusão em redes sociais e comunitárias. Inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constitui um dos principais dispositivos de gestão do cuidado, sendo fundamental para a desinstitucionalização e para a efetivação do cuidado em liberdade. (Brasil, 2007).

e Tratamento Psiquiátrico revela o quanto o paradigma manicomial ainda persiste nas práticas do sistema penal e de saúde mental.

Por isso, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) surge como um marco regulatório imprescindível, estabelecendo diretrizes para a desinstitucionalização das pessoas em HCTPs e para a implementação de uma política antimanicomial no sistema de justiça penal, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001.

O fundamento central da Resolução (CNJ, 2023), é a substituição do modelo asilar pelo cuidado em liberdade. O documento explicita que o Judiciário deve atuar alinhando-se às diretrizes da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada no Brasil com status de norma constitucional. Sua abrangência está determinada no seu artigo inaugural:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, rés ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população. (CNJ, 2023).

Com o antigo prazo de 6 meses extrapolado, a alteração com a Resolução nº 572/2024 do CNJ estabeleceu um novo prazo de 9 meses para a autoridade judicial determinar a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 15 meses, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

Até o fechamento do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025 (Conselho Federal de Psicologia - CFP; Conselho Nacional de Justiça - CNJ, Conselhos Regionais de Psicologia - CRPs), apenas o estado do Ceará concluiu a implementação das ações previstas na Resolução nº 487/2023.

Ainda conforme a nova redação conferida pela Resolução CNJ n. 572/2024, os Tribunais de Justiça puderam solicitar até 29 de novembro de 2024 um pedido de prorrogação, mediante fundamentação, descrição de ações já implementadas e proposta de plano de ação com a descrição de ações pendentes (art. 18-A da Resolução CNJ n. 487/2023) (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 30).

A constante necessidade de edição das resoluções evidencia um descompasso entre norma e prática, prorroga-se prazos originalmente definidos para a desinstitucionalização, revelando a ausência de um plano de ação efetivo. O prolongamento dos prazos, em vez de garantir direitos, opera como um mecanismo de adiamento de justiça social, tornando o discurso de urgência um fingimento de efetividade.

A prorrogação na execução da política não deve suprimir a urgência das ações em curso, nem encobrir as omissões históricas do sistema de justiça frente às violações perpetradas contra pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 31).

No artigo 3º da Resolução nº 487/2023, há a determinação de que é vedada a internação em estabelecimentos de características asilares e a norma também orienta que o cuidado em saúde mental deve promover a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, além da valorização das capacidades individuais e do acesso a direitos como proteção social, renda, trabalho e tratamento adequado em saúde. Isso significa que o foco do tratamento deve ser a inclusão social e a reinserção no território, e não o confinamento (CNJ, 2023).

Amarante (2011, p. 88) suscita a reflexão de que: “muitos internados também não querem retornar para suas casas [...] Assim, as políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização dessas pessoas.”

Em muitos casos, o ambiente doméstico se torna um espaço de tensão devido às características dos transtornos, como mudanças de humor, comportamentos agressivos ou impulsivos, e dificuldades de adesão ao tratamento. Essas situações podem gerar sentimento de impotência, exaustão emocional, e até mesmo estigmatização dentro das famílias, além da culpa religiosa.

A desinstitucionalização, enquanto desconstrução dos modos de lidar com a loucura, traz tensões nas relações de cuidado entre os sujeitos e seus familiares, no sentido de que a família passa a ser reconhecida como uma parte da vida social do sujeito, podendo compor a sua rede de convivência e de relações. (Ferreira et al., 2019, p. 447)

O reconhecimento da família como uma especificidade do sujeito é, muitas vezes, interpretado como um obstáculo, quando há baixa participação dos familiares nas reuniões de família ou nos grupos multifamiliares realizados pelos CAPS, por

exemplo, o que pode comprometer o processo terapêutico do usuário.

Aqui, não se objetiva ignorar essa problemática, resultado de um processo de individualização social que será abordado no subcapítulo seguinte, mas de forma alternativa, destaca-se, além dos CAPS, as Residências Terapêuticas, que são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial voltados para o acolhimento de pessoas que perderam seus vínculos familiares e sociais.

Esses espaços funcionam como moradias inseridas na comunidade, com suporte de equipes técnicas, promovendo autonomia, inclusão e cidadania. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 06), “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não”.

Cabe destacar, também, que a Resolução nº 487/2023 recomenda a formação de equipes interdisciplinares para a avaliação da necessidade de tratamento e medidas protetivas, reafirmando a importância do trabalho multiprofissional. O Poder Judiciário, segundo o artigo 20º, deve “colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social” (CNJ, 2023), promovendo o trabalho em rede e a responsabilização institucional.

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (Amarante, 2011, p. 82).

No processo de desinstitucionalização, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na atuação interdisciplinar, articulando ações que visam à reinserção social e à defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e, para que essa atuação interdisciplinar seja crítica e transformadora, é necessário que o Serviço Social se fundamente em categorias que permitam compreender a complexidade do real.

Entre elas, destacam-se as categorias de totalidade e mediação, essenciais para a práxis profissional. A categoria de totalidade, segundo Netto (2004, p. 153), deve ser compreendida como uma forma de apreensão da realidade em sua unidade

contraditória e dinâmica, evitando reducionismos fragmentados ou leituras imediatistas. Como adverte o autor, quando a perspectiva de totalidade é abandonada, “cede o passo ao empirismo mais rasteiro; quando se restringem as concessões a este, o apelo necessário é a uma ‘abordagem holística’ de óbvias conotações místico-irracionalistas”.

Assim, apreender a realidade a partir da totalidade significa compreender o sujeito não de modo isolado, mas como parte de um processo histórico e social permeado por contradições e determinações estruturais. Nesse contexto, a mediação constitui-se como categoria central para a intervenção profissional.

Conforme Pontes (2000), a mediação é o que permite ultrapassar a aparência imediata dos fenômenos sociais e alcançar sua essência, articulando o singular, as vivências concretas do sujeito, ao universal, sendo essas as determinações históricas, econômicas e políticas que conformam a vida social.

Ao trazer essa compreensão para o campo da saúde mental, a família do usuário é um exemplo concreto de mediação a ser considerado na práxis profissional. Constitui um espaço no qual se reproduzem e se disputam valores, papéis e responsabilidades e a análise crítica permite ao assistente social não apenas reconhecer as especificidades do sujeito, mas também intervir de modo articulado, promovendo a viabilização do acesso a políticas públicas e fortalecendo vínculos comunitários.

Dessa forma, compreender a totalidade e a mediação no âmbito da atuação interdisciplinar não é apenas um exercício teórico, mas um Projeto Ético-Político que orienta a práxis do assistente social. Permite que a atuação vá além da resposta imediata às demandas, tornando-se um processo de transformação social e emancipação humana, agindo como uma resistência às práticas excludentes ainda presentes nas instituições.

O Serviço Social, tomado como totalidade, é maior que seu projeto ético-político-profissional, visto que, dentro de si, existem diferentes e antagônicos projetos profissionais, o que significa dizer que “ainda que goze de hegemonia, se forem consideradas suas diversas dimensões, jamais será exclusivo no âmbito da categoria profissional”, pelo fato de a categoria ser constituída por sujeitos singulares, com diferenças do ponto de vista de classe, das condições intelectuais, interesses políticos, econômicos, preferências ideológicas, dentre outros. (Ortiz, 2015, p. 184 apud Moraes, 2016, p. 593).

Práticas excludentes se manifestam, por exemplo, na precariedade de articulação externa para desinstitucionalização. A desinstitucionalização dos manicômios judiciais depende do encaminhamento às RAPS que, por sua vez, depende da articulação entre o Judiciário e o SUS, além de diversas ações intersetoriais da assistência social, educação, habitação, trabalho e relacionados.

No entanto, nas inspeções realizadas nos estados brasileiros ficou evidente que muitas dessas instituições permanecem isoladas do território e da rede de cuidado, reproduzindo características típicas do modelo asilar. “A negação da desinstitucionalização não se dá apenas pela ausência de fluxos formais de saída, mas pelo próprio esvaziamento do conceito de cuidado como experiência territorializada e compartilhada em rede” (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 120).

Então reitera-se que, além do descompasso entre norma e prática, a ausência de um trâmite oficial de desinstitucionalização reforça a fragmentação territorial das políticas, pois essa depende da articulação de redes, repletas de divergências regionais. As consequências são abordagens desiguais e não vinculantes, comprometendo a garantia de direitos.

Assim, tem-se um cenário sócio-histórico propício para disputas ideológicas e políticas, com o embate entre dois paradigmas históricos de cuidado em saúde mental no Brasil. De um lado, o psicossocial, que reconhece o sofrimento mental em seu contexto social e defende o cuidado em liberdade, e do outro, a preservação da lógica hospitalocêntrica, com o controle médico sobre o corpo e a conduta do sujeito.

O Sistema Conselhos de Psicologia manifestou apoio integral à Resolução nº 487/2023, destacando seu alinhamento com os Direitos Humanos e com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, reforçando que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico configuram “variações ainda piores dos Hospitais Psiquiátricos, locais de graves violações dos Direitos Humanos como o confinamento, a medicalização, o isolamento” (CFP, 2023, p. 10), e defende o fechamento definitivo dessas instituições.

O Conselho Federal de Psicologia (2023) ressalta que é necessário fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, por meio de investimentos públicos e da integração de protocolos e dispositivos normativos entre diferentes ministérios e esferas de governo, de modo a garantir o atendimento adequado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

O documento conclui afirmando que “romper com a cultura manicomial e com

todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos Direitos Humanos” (CFP, 2023, p. 11).

A posição da Psicologia, portanto, reconhece os determinantes sociais da saúde mental e as condições históricas que perpetuam a exclusão e o confinamento. Compreendendo o sofrimento psíquico como expressão de desigualdades sociais e defendendo uma política intersetorial, comunitária e de reinserção social, que merece investimento e reconhecimento.

Em contraposição, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e diversas Câmaras Técnicas de Psiquiatria dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) posicionaram-se de maneira crítica à Resolução, com o discurso da autonomia médica.

Inicialmente, o parecer do CFM argumenta que a norma “desampara o portador de doença mental que cometeu infração penal porque os estabelecimentos médicos comuns não dispõem de infraestrutura de segurança para garantir a incolumidade dessa população” (CFM, 2024), sendo parte dessa crítica válida e compartilhada com o CFP, ao defender a RAPS e a necessidade de investimento.

Todavia, o Conselho entende que as restrições impostas pela Resolução, como a proibição de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica de forma desproporcional, prevista no artigo 3º, VII, além da limitação do uso da eletroconvulsoterapia, comprometem a autonomia do ato médico. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, vice-presidente do CFM, declarou que “o médico precisa manter a autonomia para decidir os melhores métodos terapêuticos de acordo com as condições clínicas de cada paciente” (CFM, 2024).

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

Essa divergência entre o CFP e o CFM expressa duas formas de compreender o cuidado e o papel das instituições na saúde mental. Enquanto o primeiro enfatiza o caráter social, ético e emancipatório do cuidado, o segundo prioriza a dimensão técnica e disciplinar do tratamento, centrada na autoridade médica e na proteção institucional.

O debate acerca da Resolução nº 487/2023 ultrapassa o campo normativo,

pois trata-se de uma disputa epistemológica e política sobre o sentido do cuidado, da autonomia e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e, é nesse ponto de tensão, entre o ideal de liberdade e a realidade de exclusão, que cada instituição reivindica um modelo distinto de sociedade e de sujeito.

Deste modo, frente a esse panorama, percebe-se que a Resolução nº 487/2023, ainda que represente um avanço jurídico-normativo e político, esbarra-se na realidade concreta com barreiras estruturais que limitam sua efetivação. Isto pois, ao analisarmos as práticas institucionais e os relatórios de inspeção publicados evidencia-se uma distância abissal entre o ideal normativo e a experiência cotidiana das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

O modelo de cuidado em liberdade, proposto pela Resolução e ancorado na Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda enfrenta a persistência da lógica asilar, da medicalização e da burocratização que se reproduzem mesmos em serviços substitutivos.

É a partir desse descompasso que o próximo item abordará e discutirá o processo de desinstitucionalização em suas dimensões ideal e real, tomando como eixo analítico o Projeto Terapêutico Singular. Onde buscaremos compreender de que maneira esse instrumento, tido como estratégia de cuidado centrado no sujeito e em seu território, transforma-se, em determinados contextos, em um instrumento formal e prescritivo. Essa reflexão é fundamental para desnudar os limites práticos da política e revelar como, em meio à escassez de recursos e fragmentação das redes, a desinstitucionalização corre o risco de ser reduzida a um discurso sem efetividade da garantia de direito.

2.2. Desinstitucionalização ideal e real: entre o projeto terapêutico singular e a culpabilização do indivíduo

A efetividade da Resolução nº 487/2023 depende de transformações mais profundas do que aquelas garantidas por meio da regulamentação. Em seu ideal normativo, a política se fundamenta nos princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Reforma Psiquiátrica brasileira. A nova concepção de saúde mental propõe um modelo centrado no sujeito e não na doença, pautado no tratamento humanizado e na articulação intersetorial entre políticas públicas, de modo a fortalecer o trabalho em rede e garantir a integralidade do cuidado (Pereira, 2014).

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

Na prática, em meio à falta de recursos, à fragmentação entre as redes de atenção e à resistência institucional de setores que ainda reproduzem a lógica manicomial, o horizonte de uma desinstitucionalização integral se torna cada vez mais distante.

Analisando as práticas desenvolvidas no CAPS I – Odeonel Lopes (Marialva, Paraná), Frazatto e Fernandes (2021), identificaram três principais problemáticas relacionadas à execução do PTS: o primeiro ponto diz respeito da limitação na inovação dos PTS, que muitas vezes se baseiam nas atividades já instituídas pelo serviço, em vez de serem elaboradas a partir de fato nas necessidades singulares de cada caso.

O segundo problema está relacionado à tendência de reproduzir, dentro dos serviços substitutivos, uma lógica produtivista, na qual o valor do cuidado é medido pela ocupação constante do tempo dos usuários. O risco é de que “as intervenções sejam direcionadas a deixar o usuário ocupado, numa tentativa de apenas mantê-lo dentro do serviço e não construindo intervenções que o ajudem na reconstrução de sua vida” (Salles, Barros, 2007 apud Frazatto, Fernandes, 2021, p. 62).

Por fim, as autoras apontam a sensação de impotência das equipes diante dos limites institucionais e territoriais, o que frequentemente resulta em práticas restritas ao espaço interno do CAPS (Frazatto, Fernandes, 2021). Em vez de extrapolar os muros do serviço e envolver redes de apoio social e comunitário, os PTS acabam reforçando a centralidade institucional.

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

Essa dificuldade reflete a fragilidade das articulações intersetoriais e a necessidade de expandir o cuidado para o território, mobilizando recursos locais,

saberes populares e políticas públicas de forma integrada.

A intersectorialidade, segundo Amarante (2011, p. 86), envolve “estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo”. Nessa perspectiva, os serviços de atenção psicossocial devem atuar de forma integrada, estabelecendo vínculos com a comunidade e mobilizando os diversos recursos disponíveis no território. Essa articulação envolve tanto os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (como CAPS, residências terapêuticas e unidades psiquiátricas em hospitais gerais) quanto os serviços de saúde básica, assistência social, educação, cultura, esporte e outras instâncias da sociedade civil que contribuem para a promoção da cidadania e do cuidado em liberdade.

A desinstitucionalização, portanto, ultrapassa o campo jurídico ou técnico-administrativo. Trata-se de um processo político e epistemológico que questiona a própria forma como a sociedade compreende a loucura, o cuidado e o papel das instituições.

A essência desse movimento está na transformação do modo de produzir cuidado, que deixa de ser centrado na doença e passa a reconhecer o sujeito em sua totalidade: suas relações, desejos, singularidades e vínculos sociais. Nesse sentido, a desinstitucionalização não se resume à desospitalização, mas implica uma mudança radical nas práticas, saberes e valores que orientam o cuidado em saúde mental.

Assim, desinstitucionalizar é uma aposta em outro modo de convivência com a diferença, representa uma ruptura com o paradigma asilar e uma reconstrução das bases ético-políticas da relação entre sociedade e loucura. Abre-se espaço para uma nova racionalidade, pautada na escuta e na liberdade, com práticas emancipatórias que rompam com o modelo excludente e disciplinar herdado da psiquiatria clássica.

Ao investigar a política de saúde mental em Campos dos Goytacazes (Rio de Janeiro), Aline Pereira (2014) concluiu que um dos fatores que impede que a cidade abandone a lógica manicomial é de ordem cultural:

Constatou-se com a pesquisa que o hospital ainda é visto como o lugar ideal para acolhimento e tratamento da loucura. Entendemos que a cultura se constrói no meio das pessoas e precisa, da mesma forma, ser desconstruída no meio social. [...] Entendemos que, para enfrentar esse limite de ordem cultural, é necessário um trabalho

tanto com o paciente, que por anos conviveu com e na lógica manicomial, quanto com a sociedade, que por anos pensou ser essa a melhor e única forma de tratar a loucura (Pereira, 2014, p. 35).

Pereira (2014) ainda prossegue, afirmando que a família também se insere nesse âmbito. A permanência da ideia de que o hospital é o lugar adequado para tratar a loucura reflete uma cultura social que naturaliza o isolamento como forma de cuidado.

A ausência da escuta e da participação dos usuários e seus familiares reitera concepções que transferem ao indivíduo a responsabilidade por falhas que são, na verdade, estruturais. O cuidado, muitas vezes, se reduz à reprodução de práticas institucionalizadas e à execução de tarefas burocráticas.

Logo, o Projeto Terapêutico Singular, que deveria ser um processo contínuo e coletivo, perde seu caráter processual e dialógico, tornando-se uma formalidade documental. A consideração das especificidades do usuário se converte em ideal abstrato.

Na descaracterização dos Projetos Terapêuticos Singulares, é possível destacar outro aspecto anteriormente mencionado, que diz respeito à ausência da participação das pessoas com deficiência psicossocial e de seus familiares no processo de elaboração e acompanhamento dos PTSs. A exclusão desses sujeitos do planejamento de seu próprio cuidado reitera a estrutura autoritária, tutelar e patologizante do modelo manicomial, esvaziando por completo a noção de singularidade e de participação democrática que deve orientar a atenção psicossocial (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 108).

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

Ao ser capturado pela lógica institucional, o PTS, originalmente como instrumento de cuidado integral, torna-se também um dispositivo de poder, em que o registro, o acompanhamento e a avaliação dos usuários se convertem em instrumentos de vigilância e normalização. O sujeito deixa de ser compreendido em sua totalidade social e passa a ser reduzido a um caso, a um diagnóstico, a um número em um sistema de gestão.

Michel Foucault (2004), em *Vigiar e Punir*, descreve com precisão o funcionamento desse mecanismo: o poder disciplinar não elimina o sujeito, mas a forma, o examina e o individualiza, convertendo-o em objeto de saber e intervenção. A medicina, o direito e a psiquiatria, ao longo do tempo, incorporaram esse olhar disciplinar, que transforma a diferença em desvio e a vulnerabilidade em periculosidade.

Assim, o cuidado que deveria ser centrado no sujeito converte-se em uma tecnologia de normalização. Quando não há mudança nas relações de poder e nas práticas sociais, a desinstitucionalização apenas desloca o manicômio do espaço físico para o território, da cela para o corpo, do confinamento para a vigilância. Na realidade, em vez da desinstitucionalização, ocorre um processo de transinstitucionalização:

A transinstitucionalização é o processo em que pessoas deixam instituições de caráter asilar - como Hospitais Psiquiátricos ou unidades de custódia - e são transferidas para outros espaços que, embora diferentes em forma, seguem reproduzindo práticas de segregação, controle e violação de direitos sob outras roupagens. Em vez da garantia de cuidado em liberdade e da inserção em redes comunitárias, essas pessoas passam a ocupar outras instituições de características asilares, como hospitais psiquiátricos, asilos e serviços de acolhimento/internação sem estrutura adequada para promover autonomia e inclusão, como comunidades terapêuticas. Para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, a transinstitucionalização pode significar também o recolhimento em outras unidades penais comuns ou alas psiquiátricas, em grave desrespeito à Lei da Reforma Psiquiátrica, ao Estatuto da Pessoa com Deficiência e à Política Antimanicomial no Poder Judiciário. (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 40).

Dessa forma, a transinstitucionalização pode ser compreendida como uma consequência direta dos processos de expropriação social que marcam o Estado Social capitalista contemporâneo. Esses processos se manifestam na redução dos direitos sociais e no desmonte das políticas públicas, que, conforme explica Boschetti, “subtraem condições históricas de reprodução da força de trabalho, por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do fundo público destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora” (2020, p. 7).

Como efeito dessa dinâmica, os sujeitos são privados não apenas de seus direitos, mas também de sua autonomia e de sua condição cidadã, sendo reinscritos em novos mecanismos de controle e dependência institucional. Nessa reconfiguração, o poder disciplinar assume formas gerenciais e burocráticas, e a

precarização das políticas públicas, sustentada pela lógica da eficiência e do controle, abre espaço para a mercantilização do cuidado e para a privatização do sofrimento.

O descompasso entre a norma, o ideal de cuidado em liberdade previsto pela Resolução nº 487/2023, e a prática, onde “o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe” (Foucault, 2004, p. 119), é efeito colateral da precariedade das redes de atenção e no esvaziamento das bases teóricas que sustentam essas políticas.

O fracasso da desinstitucionalização é frequentemente atribuído ao próprio sujeito, e não à insuficiência das políticas públicas. A culpabilização do indivíduo reaparece sob novas roupagens: o paciente “não aderiu ao tratamento”, “não quis se reinserir”, “não se adaptou ao convívio social”. Como no que se pode chamar de moralização da pobreza, a vulnerabilidade é interpretada como falha pessoal, e o sofrimento, como consequência de escolhas individuais, reforçando o estigma e naturalizando a exclusão (Yazbek, 2012).

Essa lógica produz novas expressões do discurso da periculosidade e do desvio, mas ele permanece e se fortalece, deslocando o foco das estruturas para a moralização do comportamento. Foucault (2004, p. 119) analisou que a prisão e o hospital psiquiátrico não são apenas instituições de correção, fabricam também “corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). ”.

Na contemporaneidade, esse poder assume formas sutis e descentralizadas, operando por meio de políticas, relatórios, diagnósticos e protocolos. O manicômio persiste como prática cultural, simbólica e política, uma forma de segregação do outro e gestão da diferença.

Frente a esse cenário de expropriação dos direitos e esvaziamento do sentido do cuidado, a práxis emancipatória do assistente social e das equipes multiprofissionais torna-se essencial. Ela implica reconhecer o sujeito através da mediação, como expressão de contradições sociais mais amplas. “Mediação não é uma questão de opção, ela está intrínseca ao movimento da realidade” (Oliveira, 1988, p. 81). A ação ética e crítica, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Antimanicomial, deve romper com a racionalidade punitiva e burocrática, resgatando o sentido político do cuidado em liberdade e promovendo

a autonomia e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Compreender as diferenças, ainda, implica considerar os marcadores sociais que atravessam as experiências humanas, como gênero, raça e classe. Esses elementos estruturam as formas de exclusão e determinam quem é mais vulnerável às práticas de segregação e controle.

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

O desprezo por esses marcadores - que deveriam orientar o cuidado, a proteção de direitos e o acompanhamento processual - evidencia o grau de descompromisso institucional com a produção de dados para a promoção de estratégias de desinstitucionalização e para o enfrentamento de determinantes sociais das vulnerabilidades específicas às deficiências e suas intersecções com outras dimensões vivenciadas pelas pessoas em internação. (CFP; CNJ; CRP, 2025, p. 111).

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

Por fim, a análise desenvolvida ao longo deste capítulo perseguiu na tentativa de constatar que a Resolução nº 487/2023 do CNJ, ainda que represente um marco jurídico-normativo e político relevante e de avanços sociais aos direitos humanos, ainda se encontra tensionada, há portanto uma disputa aberta entre a força normativa do ideal de cuidado em liberdade e a permanência das práticas manicomiais na realidade institucional. Tal contradição entre norma e práxis na realidade concreta evidenciam que o processo de desinstitucionalização não pode ser resumido à extinção físicas dos hospitais psiquiátricos de custódia, mas requer uma transformação cultural, ética, política e social que está sob forte resistência no próprio sistema de justiça brasileiro e nas redes de atenção social à saúde mental dos sujeitos.

Nesta esteira, o Estado ocupa um papel ambíguo onde de um lado é o garantidor formal dos direitos e, de outro, é o próprio agente que perpetua e reforça

a lógica do controle e da medicalização dos corpos. A ausência de financiamento estrutural, a fragmentação e esvaziamento das políticas sociais e a burocratização dos espaços de cuidado revelam um projeto estatal neoliberal que se guia na perspectiva de administrar a exclusão e fortalecer a lógica manicomial e não superá-la. Em uma análise da política antimanicomial na contemporaneidade e dos avanços conservadores, tem-se que, ao ser implementada sem condições financeiras, materiais e intersetoriais necessárias, a política antimanicomial acaba reeditando mecanismos de vigilância e tutela sob o falso discurso da proteção social.

Para o Serviço Social à luz do Projeto Ético-Político, compreende-se que o trabalho em romper com a racionalidade disciplinadora dos corpos e mentes exige mais do que a aplicação de novas normas jurídico-normativas, requer uma práxis comprometida com a emancipação humana e a transformação das condições que produzem a loucura como desvio, é compreender, portanto, as múltiplas expressões da questão social e sua relação com o adoecimento mental dos sujeitos.

Assim o desafio da desinstitucionalização não é apenas jurídico ou técnico-operativo, mas essencialmente político, implicando na reconstrução de vínculos, territórios e subjetividades em direção a uma sociabilidade democrática e antimanicomial.

CAPÍTULO 3 – GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA PRODUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA

A análise da população submetida às medidas de segurança e às instituições psiquiátricas revela que o sofrimento psíquico, a punição e o confinamento não se distribuem de maneira aleatória na sociedade. São produzidos por relações estruturais de poder que atravessam os sujeitos a partir de gênero, raça e classe, de maneira que define quem é reconhecido como sujeito de direitos. Nesse sentido, compreender a interseção entre esses eixos é fundamental para analisar por que determinados grupos aparecem de forma tão expressiva nas estatísticas de internação psiquiátrica e de encarceramento manicomial.

Preliminarmente de examinar esses marcadores no campo da saúde mental, é necessário compreender como grande parte da classe trabalhadora brasileira encontra-se historicamente impedida de se reconhecer enquanto classe e enquanto sujeito político. Esse fenômeno é produto de diversas formas de alienação que dificultam a construção de identidades coletivas.

A reestruturação produtiva das últimas décadas ampliou e diversificou a composição da classe trabalhadora. Como explica Antunes (2009, p. 104-105), uma noção ampliada de classe inclui aqueles que vendem sua força de trabalho em troca de salário, o que inclui o proletariado industrial, o proletariado de serviços, o proletariado rural e, de modo central, o novo proletariado precarizado, que são “os ‘terceirizados’, subcontratados, ‘*part time*’, entre tantas outras formas assemelhadas”.

No caso brasileiro, essa heterogeneidade se expressa não apenas na multiplicação de formas de trabalho precarizado, mas também no modo como tais grupos deixam de se reconhecer como parte de um mesmo coletivo explorado. Não se trata de uma “ausência de consciência” voluntária, mas de um processo estruturado, produzido pelas próprias formas contemporâneas de organização do capital. Na divisão sexual do trabalho, por exemplo, Antunes mostra que “os empregadores reconheciam facilmente, nos estabelecimentos dos três países, as qualidades próprias da mão de obra feminina, mas não havia o reconhecimento dessas qualidades como sendo qualificações” (2009, p. 107). Esse mecanismo revela como a desvalorização simbólica também contribui para limitar a percepção das mulheres trabalhadoras enquanto parte integrante da classe.

Como aponta o autor, o capitalismo contemporâneo promove um processo ideológico que naturaliza a ordem vigente, produzindo “representações que visualizam nessas formas de (des)sociabilização novas e positivas dimensões de organização societal, como se a humanidade que trabalha estivesse prestes a atingir seu ponto mais avançado de sociabilidade” (Antunes, 2009, p. 17).

Assim, a fragmentação da classe trabalhadora não se restringe à esfera material, mas alcança as dimensões simbólicas da vida social, constituindo um mecanismo estrutural de alienação, que dificulta que os trabalhadores reconheçam a própria condição de exploração. Essa alienação ocorre porque:

As mediações de segunda ordem do capital – isto é, os meios de produção alienados e suas “personificações”: dinheiro; produção para troca; a diversidade de formação do Estado do capital em seu contexto global; o mercado mundial – sobrepõem-se, na própria realidade, à atividade produtiva essencial dos indivíduos sociais e à mediação primária existente entre eles (Mészáros, 1995, p. 17-18 apud Antunes, 2009, p. 19).

Em outras palavras, os trabalhadores passam a se relacionar mais com as formas abstratas do capital do que entre si, o que dificulta a construção de um pertencimento de classe.

Ao mesmo tempo, a ofensiva neoliberal reconfigurou o papel do Estado, que passou a atuar de modo ativo no desmonte dos direitos humanos e no enfraquecimento dos espaços democráticos. Como sintetiza Antunes, o período recente caracteriza-se por “uma ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora” (2009, p. 34). É sob tal arranjo que prevalece a individualização das experiências e a ideia de que dificuldades estruturais correspondem a fracassos pessoais.

O capitalismo enfraqueceu o poder de reivindicação dos trabalhadores, sendo o distanciamento das instituições parte desse arranjo histórico que exclui deliberadamente os trabalhadores das decisões sobre suas próprias vidas. Essa dimensão também aparece no campo da saúde mental, em que a participação social é seletiva.

Silveira, Brante e Van Starlen (2014, p. 790) argumentam uma crise na representação política e, de acordo com os autores, representantes de usuários de saúde mental consideram conferências de saúde mental um cenário “pouco democrático, desigual nos critérios de inclusão, com desvalorização da participação

dos usuários, o que culmina numa prática social de descrença nos processos democráticos de mudança”. Trata-se de um retrato preciso de como as desigualdades atravessam não apenas o cuidado, mas também os dispositivos formais de participação.

É nesse contexto, marcado pela produção histórica da subalternidade e pela limitação estrutural da participação democrática, que se insere o debate sobre os marcadores sociais de gênero, raça e classe na saúde mental, discutidos a seguir.

Segundo o jornal O Globo (2023), com base no Relatório Anual do Estado Mental do Mundo (Sapien Labs), o Brasil ocupa o terceiro pior índice de saúde mental entre 64 países e, também ocupando o terceiro lugar no ranking de países que mais encarceram (CNJ, 2024), qual o perfil desses usuários marginalizados? Antes de tentar responder essa pergunta, reitera-se que há um descaso com os marcadores sociais no âmbito da saúde mental, essenciais para compreender as políticas públicas no Brasil.

Até a produção do Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025, apenas os estados de Pernambuco, São Paulo e Santa Catarina tinham os dados com referência à raça das pessoas com deficiência psicossocial³ em privação de liberdade, já no manicômio judiciário de Barbacena, atualmente conhecido como Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (Minas Gerais), a gestão afirmou que não realiza a sistematização de dados sobre raça, deficiência, gênero ou condição jurídica das pessoas internadas, sob a justificativa de que “não usam para nada” (CFP; CNJ; CRPs, 2025, p. 111).

Quando o próprio Estado declara que tais informações “não servem para nada”, reforça-se uma lógica de apagamento que afeta justamente aqueles marcados por múltiplas vulnerabilidades e, assim, constitui-se um obstáculo tanto à fiscalização quanto à construção de respostas intersetoriais. Na tentativa de contornar essa lacuna e compreender quem são esses sujeitos marginalizados, recorrem-se a outros dados nacionais disponíveis, como os do Conselho Nacional de Justiça.

³ A expressão “deficiência psicossocial” tal como empregada neste trabalho, segue a definição operacional utilizada no Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários (CFP; CNJ; CRPs, 2025). No documento, é utilizada para designar pessoas submetidas a internações psiquiátricas em contexto de privação de liberdade que, em razão de sofrimento mental, são tratadas institucionalmente como sujeitos com deficiência para fins de garantia de direitos. O termo não constitui uma categoria clínica, mas uma categoria político-jurídica empregada pelos órgãos fiscalizadores para evidenciar a posição dessas pessoas como titulares de direitos humanos e de proteção integral no âmbito das instituições manicomialais.

O Conselho Nacional de Justiça (2023) analisou o perfil dos internos de oito Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de cinco estados da Federação (Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo) e, segundo os levantamentos do conselho, obtém-se que:

Em relação aos dados sociodemográficos, é possível notar um perfil predominante: população masculina adulta, entre 30 e 49 anos, pouquíssimo escolarizada, com tendência a ser solteira e não ter filhos(as). Trata-se de uma população em sua maioria preta e parda, com exceção do estado do Rio Grande do Sul que possui mais pessoas brancas. (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p. 23).

A população privada de liberdade é majoritariamente composta por homens jovens, negros e com baixa escolaridade, uma representação que não expressa desvio moral, mas as marcas históricas de um projeto de sociedade racialmente hierarquizado e fundado na desigual distribuição de riqueza, do trabalho e das oportunidades.

No Brasil, onde a raça marca classe e classe marca raça, a leitura de Darcy Ribeiro permite o entendimento de como essas dimensões de dominação são indissociáveis, o autor calcula que, na formação do país, foram “cerca de 12 milhões de negros, desgastados como a principal força de trabalho de tudo o que se produziu aqui e de tudo que aqui se edificou” (2006, p. 203), explorados até o limite.

Após a abolição, longe de serem integrados, esses sujeitos foram submetidos a um processo contínuo de reprodução de condições de miséria, e a subsequente política de substituição dos trabalhadores negros por imigrantes europeus, incentivada pelas elites como estratégia de branqueamento, reforçou a associação entre pobreza, criminalização e negritude. Prevalece “uma expectativa assimilacionista, que leva os brasileiros a supor e desejar que os negros desapareçam pela branquização progressiva” (Ribeiro, 2006, p. 206).

Tal arranjo ajuda a explicar por que a população negra ocupa os espaços da pobreza e da violência institucional de maneira tão desproporcional e, sendo assim, apenas uma abordagem interseccional permite compreender como devem ser estabelecidas as estratégias de cuidado e desinstitucionalização dos usuários.

Embora o termo interseccionalidade tenha sido cunhado por Kimberlé Crenshaw (2017) para descrever como sistemas de opressão se articulam na produção de desigualdades, no contexto brasileiro essa perspectiva já havia sido antecipada por Lélia Gonzalez. Em trabalhos como “Racismo e sexismo na cultura

brasileira” (1984), a autora demonstrou, de forma pioneira, como gênero, raça e classe operam conjuntamente na constituição das hierarquias sociais, ressaltando que a experiência das mulheres negras não pode ser compreendida de forma isolada. A partir dessa abordagem, torna-se possível analisar de que modo as subjetividades se constituem e se articulam com estruturas de opressão.

Na atualidade, a masculinidade frequentemente é associada à subsistência, ao desempenho e à ausência de fragilidade. Essas expectativas sociais contribuem para uma situação delicada, em que os homens são pressionados a se enquadrar em papéis rígidos, muitas vezes negligenciando a própria saúde emocional e física, o que pode resultar em transtornos mentais ou no uso abusivo de substâncias como uma forma de escape.

Esse quadro é coerente com os encontrados de Schraiber (et. al, 2012, p. 799), que identificam que os processos de socialização masculina estão profundamente marcados por experiências de violência, especialmente entre homens negros e de classes populares. Como afirmam os autores, estudos sobre masculinidades apontam “o sentimento de desvalorização que os homens sentem em razão de subalternidades para determinadas situações de classe e de raça”, além de indicarem que homens são alvos frequentes de práticas de humilhação e violência institucional, como as cometidas pela polícia.

A pesquisa demonstra que essa brutalidade aparece como a experiência de maior magnitude entre homens, constituindo elemento estruturante de seus processos identitários. É uma parte da socialização dos homens e molda diretamente a forma como eles constroem sua masculinidade e lidam com conflitos ao longo da vida.

Tal socialização resulta em uma masculinidade tóxica que os afasta do reconhecimento de sua vulnerabilidade, o que dialoga com evidências nacionais onde, além da adesão ao tratamento dos homens ser menor, explicita como o acesso aos serviços de saúde mental é muitas vezes tardio e ocorre apenas em situações de grave comprometimento (Brasil, 2008). Essa característica reforça o perfil predominante de usuários masculinos nos CAPS, onde a demanda por intervenções emergenciais e intensivas é elevada.

Com as mulheres, é importante citar, há a naturalização de discursos que associam sofrimento feminino à biologia (“hormônios”, “frescura”, “natureza feminina”), além da recorrência da violência doméstica como elemento estruturante

do adoecimento e uma hipermedicalização das experiências femininas (Andrade e Maluf, 2017).

Esses achados se articulam com a crítica feminista sobre o caráter disciplinar da medicina moderna, que historicamente construiu o corpo feminino como instável, emocional e predisposto à irracionalidade. Como observam Andrade e Maluf (2017), a terapêutica oferecida às mulheres é frequentemente limitada à medicação, enquanto suas experiências reais de sofrimento, decorrentes de exploração econômica, sobrecarga doméstica e violências de gênero, permanecem em segundo plano.

No caso de travestis e mulheres trans, Regina Facchini (2002) evidencia que a vulnerabilização é ainda mais intensa, sendo marcada simultaneamente pela inserção forçada em circuitos de trabalho sexual (consequência de um processo histórico-estrutural que limita as oportunidades para essas pessoas), pela violência cotidiana e pela forte regulação médico-institucional de seus corpos. Ao analisar a constituição do movimento LGBT, a autora mostra que travestis e transexuais costumam ocupar posições de maior estigma, enfrentando não apenas exclusão em serviços públicos, mas também hierarquizações dentro do próprio movimento.

Essas desigualdades se expressam na maneira como seus corpos também são continuamente medicalizados, seja pela dependência de procedimentos hormonais e cirúrgicos controlados por especialistas, seja pela responsabilização biomédica de suas existências. Facchini demonstra que, para esses grupos, a luta por reconhecimento revela como suas identidades os colocam em um lugar de vigilância reforçada e maior exposição à patologização.

O regime de gênero e sexualidade, portanto, não apenas define papéis e expectativas, mas molda a forma como a loucura é percebida e tratada. O resultado é a reprodução de um modelo que medicaliza desigualdades sociais e transforma opressões históricas em diagnósticos individuais. O manicômio judiciário, perspicazmente, se articula com dispositivos de medicalização e punição constituindo uma das expressões mais violentas de uma política de gestão da pobreza.

3.1. Gestão seletiva da vida e da morte no Brasil

Para entender como o Estado brasileiro produz e administra vidas e mortes

de forma seletiva, orientando-se por critérios de gênero e também raça e classe, é fundamental a compreensão da articulação entre biopolítica e necropolítica.

Conforme propõe Michel Foucault (1997), a biopolítica emerge regulando os processos vitais da população, disciplinando corpos e normatizando condutas. Trata-se de um poder que se exerce sobre a vida e se organiza a partir de parâmetros de utilidade social, distribuindo cuidados de modo diferencial.

Essa gestão da vida é profundamente atravessada por relações de poder historicamente constituídas e a crítica pós-colonial⁴, especialmente em Achille Mbembe (2018), reforça que essa racionalidade não se distribui de modo homogêneo. Em sociedades marcadas pela colonialidade, como o Brasil, o poder opera por meio de dispositivos que produzem a morte como política de Estado e, a isso, Mbembe denomina necropolítica, definida como a capacidade estatal de decidir quem merece viver e quem é condenado ao esquecimento, criando territórios onde a morte é administrada e naturalizada como parte da ordem social.

São zonas onde determinadas populações são submetidas a condições sistemáticas de extermínio, vulnerabilidade extrema e sobrevivência precária, “mundos de morte”, nos quais sujeitos são reduzidos ao estatuto de “mortos-vivos” (Mbembe, 2018, p. 71). A racionalidade da necropolítica se torna particularmente evidente quando se observam os padrões de violência policial, encarceramento em massa, letalidade estatal, abandono das periferias urbanas e distribuição desigual das condições de existência.

Nas inspeções realizadas por entidades nacionais de fiscalização e garantia de direitos, as condições de existência denunciadas são inóspitas (CFP; CNJ; CRPs, 2025): foram encontradas celas lotadas, com colchões deteriorados, falta de ventilação e iluminação, umidade constante e banheiros precários. Identifica-se também falta de acessibilidade, bem como a inexistência de licenciamento sanitário e dispositivos mínimos de segurança, como alarmes de incêndio, alvarás e extintores válidos. A alimentação é de baixa qualidade, enquanto o acesso à água potável é restrito e frequentemente mediado por estruturas insalubres. Em conjunto,

⁴ O termo pós-colonial é alvo de críticas importantes, entre elas a de Nêgo Bispo, disponível no vídeo “Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial” (Instituto Elos, 2023), que contesta a ideia de que o colonialismo tenha sido superado. Em suas palavras: “o colonialismo nunca parou [...] continua cada vez mais eficiente, cada vez mais eficaz”. Por isso, afirma não se reconhecer nem como decolonial nem como pós-colonial, pois “para você ser decolonial ou para você se descolonizar, é preciso que você tenha sido colonizado”, o que não seria o caso dos povos quilombolas, que não se submeteram e não se subjugam. Bispo enfatiza: “eu sou contracolonialista, eu não sou Dé”.

tais achados, entre outros, mostram que esses estabelecimentos operam em total desconformidade com a legislação sanitária e com os direitos humanos

Além dos hospitais psiquiátricos, no contexto brasileiro, pode-se reconhecer territórios que compartilham dessas condições nas periferias militarizadas, favelas controladas por operações policiais, presídios superlotados e outras instituições totais. O “necropoder embaralha as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, mártir e liberdade” (Mbembe, 2018, p. 71).

Bicalho, Siqueira e Silva (2025) confirmam isso ao analisar o racismo ambiental sob as lentes da biopolítica e da necropolítica. Os autores sustentam que as desigualdades socioambientais não são aleatórias, mas resultado de uma gestão seletiva da vida que descarta corpos negros, indígenas, quilombolas e periféricos.

Nas diferentes regiões do Brasil, especialmente no Norte e no Nordeste, com destaque para o semiárido e as zonas litorâneas, o racismo ambiental emerge como expressão concreta da colonialidade do poder, conceito formulado por Aníbal Quijano (2005) para descrever a articulação entre a dominação racial, econômica e epistêmica que persiste no pós-colonial. Nessa dinâmica, a reprodução histórica das desigualdades sociais e a naturalização da exclusão das populações racializadas revelam um padrão sistêmico de injustiça ambiental, no qual a negligência institucional e a violência socioambiental operam como dispositivos de manutenção das hierarquias sociais e territoriais. (Bicalho; Siqueira; Silva, 2025, p. 173-174).

Então, atualizando Foucault (1997), Mbembe (2018) demonstra que o biopoder, embora explique parte da racionalidade contemporânea, é insuficiente para compreender as formas extremas de vulnerabilização e morte que incidem sobre populações colonizadas e racializadas, o racismo exerce papel central: ele não apenas legitima a morte, mas organiza a própria estrutura do poder soberano. E no contexto brasileiro, essa leitura é aprofundada por Bicalho, Siqueira e Silva (2025) que, a partir de casos emblemáticos de desastres e conflitos ambientais, demonstram como a necropolítica se manifesta na distribuição desigual de danos, o que revela o modo pelo qual populações racializadas são colocadas como sacrificáveis.

O Estado brasileiro regula diferentemente a vida e a morte: para uns, garante proteção, cuidado e reconhecimento; para outros, destina abandono, controle militarizado e extermínio. É justamente nesse regime que se inscrevem os corpos patologizados que compõem majoritariamente a população atendida pelos CAPS,

pelas prisões e pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A seletividade penal, psiquiátrica e socioambiental no Brasil se articulam com um contexto maior de dominação social e econômica, decorrentes de diversos processos sócio-históricos, como a escravidão e a colonialidade. O argumento se reforça quando incorporamos a crítica de Sueli Carneiro ao dispositivo de racialidade, essencial para compreender como a estrutura capitalista brasileira produz e fundamenta a exclusão das populações negras, empobrecidas e em sofrimento psíquico.

Sueli Carneiro reflete a racialidade sob a ótica da teoria foucaultiana, na qual um dispositivo é sempre um dispositivo de poder. No domínio da doença mental, por exemplo, há a divisão entre “normal” e “patológico”. No domínio da sexualidade, o dispositivo era para a autoafirmação da burguesia, e esse processo se estendeu para além da sexualidade com a emergência do dispositivo de racionalidade: há o Eu hegemônico (branco) e o Outro. Como escreve a autora: “O Eu é dotado de razoabilidade porque produziu o louco [...] e de vitalidade porque inscreveu o Outro no signo da morte” (2023, p. 31).

O objetivo de Carneiro é complementar a visão de Foucault, analisando a reprodução da ideia de “positivo” e “negativo” na cor de pele, onde o normal é o branco que produz o inferior.

A autora demonstra que a lógica racial que estrutura a sociedade brasileira estabelece uma hierarquia de valor entre as vidas, produzindo a percepção de que vidas brancas, especialmente quando pertencentes às classes hegemônicas, possuem maior dignidade e merecem maior comoção pública quando em casos de violência. Enquanto isso, a morte de pessoas negras é recebida com indiferença, o que reforça que o “valioso”, o “normal” e o “desejável” é o corpo branco burguês (Carneiro, 2023). Essa assimetria moral se articula à necropolítica justamente por estabelecer quem é digno de proteção e quem pode ser descartado sem perturbação da ordem social.

O racismo representa um mecanismo essencial para o controle e exclusão social e, estando profundamente enraizado, é um grande obstáculo para a efetivação de políticas de igualdade. Os sujeitos que são alvos desses mecanismos tornam-se vítimas da gestão da morte, seja pela violência direta ou pela negação sistemática de direitos, cuidados e garantias mínimas de sobrevivência.

Essa dimensão, ainda, é evidenciada quando se considera a Questão Social,

tal como analisada por Marilda Villela lamamoto (2010, p. 24). A autora explica que a Questão Social, expressão das contradições do capitalismo, exige ações do Estado não para superá-la, mas para regulá-la e mantê-la sob controle, garantindo a ordem burguesa. Trata-se da expressão de “novas forças produtivas sociais do trabalho, que aprofundam desigualdades e criam novas relações sociais entre os homens na luta pelo poder político”.

A Questão Social não se limita às formas mais imediatas de opressão e, com a produção ativa de mecanismos ideológicos e institucionais, “se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais” (lamamoto, 2010, p. 125). Dessa forma, age como um fenômeno que legitima a existência dos HCTPs, que segregam grupos subalternizados de maneira apresentada como natural no interior da racionalidade penal-psiquiátrica.

Mesmo após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Resolução nº 487/2023, a persistência dos manicômios judiciais, seja em sua forma clássica, seja em serviços substitutivos que reproduzem a lógica manicomial, não decorre apenas de falhas administrativas ou de ineficiências dos sistemas. É a reconfiguração histórica de dispositivos de controle social que existem desde a formação colonial brasileira.

O "moderno" se constrói por meio do "arcaico", recriando elementos de nossa herança histórica colonial e patrimonialista [...] tanto o novo quanto o velho alteram-se em direções contrapostas: a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações no trabalho, radicalizando a questão social. (lamamoto, 2010, p. 128-129).

Nesse sentido, como demonstra Vera Portocarrero (2002) em “Arquivos da loucura”, a história da psiquiatria brasileira não pode ser lida como uma linha evolutiva ou como mera modernização humanitária. A autora argumenta que as transformações no campo psiquiátrico são “descontinuidades históricas” que reorganizam discursos e métodos sem romper com sua função estrutural. Em outras palavras, o manicômio se adapta, mas não desaparece: ressignifica seus objetivos e amplia seus dispositivos de normalização.

Essa leitura dialoga diretamente com a ideia de que a racionalidade manicomial integra o modo como o Estado administra a Questão Social. A “descontinuidade” apontada por Portocarrero não significa ruptura, mas

recomposição de práticas que fortaleceram mecanismos de vigilância. O surgimento da categoria de “anormalidade” ampliou o alcance da intervenção psiquiátrica para “todos os indisciplináveis” (Portocarrero, 2002, p. 39), reforçando a função política da psiquiatria de administrar corpos considerados perigosos ou inúteis.

Aqui, a interseccionalidade histórica se evidencia, pois são as mulheres pobres, negras, prostitutas, além das pessoas classificadas como desviantes, os alvos de intervenções moralizadoras, sendo enquadradas como anormais por transgredirem normas de gênero, sexualidade, trabalho e comportamento (Portocarrero, 2002). Esses padrões ecoam na criminalização desproporcional de homens, na medicalização do sofrimento de mulheres e no contínuo controle médico-jurídico sobre travestis e mulheres trans, principalmente se são corpos negros.

Torna-se evidente que o Estado capitalista não utiliza o aparato psiquiátrico para garantir cuidado, mas para vigiar e punir populações excedentes, moralizando a pobreza e controlando aqueles que denunciam as contradições da dinâmica de acumulação capitalista. A desinstitucionalização, quando desconectada dessa crítica estrutural, limita-se a deslocar o espaço físico do manicômio (Foucault, 2004).

A biopolítica e a necropolítica moldam o campo da saúde mental, da justiça criminal e das políticas ambientais no Brasil. O dispositivo racial organiza quem tem acesso a direitos, a políticas de cuidado e a condições de vida dignas, enquanto o racismo estrutural, condicionando e condicionado pelas classes marginalizadas, define quem será exposto ao sofrimento, ao abandono e à morte.

Frente a esse contexto, a práxis do Serviço Social assume centralidade. Essa práxis deve ser emancipatória, ancorando-se nas categorias de totalidade (Netto, 2004) e mediação (Pontes, 2000), abordadas no capítulo anterior e, aqui, recuperadas. A totalidade impede leituras fragmentadas e imediatistas da realidade e a mediação possibilita articular as vivências singulares dos sujeitos às determinações estruturais, superando interpretações culpabilizadoras.

A atuação profissional, nessa perspectiva, não se limita à execução de protocolos, mas exige análise crítica da realidade, leitura das expressões da Questão Social e compromisso com a transformação dos fenômenos que produzem exclusão. Qualquer proposta de desinstitucionalização que não considere as determinações estruturais (sexismo, racismo, luta de classes, lógica da acumulação capitalista) está fadada a reprodução das práticas de exclusão sob novas roupagens

institucionais.

No plano institucional, a continuidade histórica ainda se evidencia pelo modo como o Estado produz apagamentos sistemáticos. A ausência dos marcadores sociais nos hospitais de custódia atualiza, em chave contemporânea, o apagamento identificado por Portocarrero (2002) nos arquivos psiquiátricos do século XX.

Assim como os antigos prontuários operavam como instrumentos de classificação moral e racial, mas ocultavam a dimensão política dessas práticas, o não registro atual impede que se identifique quem são os sujeitos mais atingidos pela institucionalização. Trata-se de um dispositivo de invisibilização que não é neutro, mas funcional à manutenção da lógica manicomial. Historicamente, a psiquiatria brasileira produziu sujeitos “sem nome” e “sem lugar”, reduzidos a categorias patologizantes. A produção desses arquivos incompletos ou silenciados constitui parte da própria racionalidade que legitima a exclusão, pois o que não é registrado não existe como problema político (Portocarrero, 2002).

Marcos normativos que resistem ao apagamento de dados, processo contínuo que constitui um empecilho para que a criticidade profissional seja desenvolvida, são imprescindíveis:

A Portaria nº 2.198/2023 institui a Estratégia Antirracista para a Saúde, em que a política de saúde mental deve incorporar a perspectiva étnico-racial na formulação, execução e monitoramento das ações, considerando as especificidades do sofrimento psíquico entre diferentes segmentos da população. De modo complementar, a Portaria nº 344/2017, torna obrigatória a coleta do quesito raça-cor nos registros de saúde e prontuários, o que implica uma mudança estrutural nos sistemas de informação e na produção de dados que sustentam a RAPS.

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

O Serviço Social, sustentado pelo Projeto Ético-Político, deve tensionar práticas que reproduzem a lógica manicomial, fortalecer o trabalho em rede, promover a participação dos usuários e seus familiares e lutar pelo acesso a direitos sociais frequentemente negados. Isso implica romper com a racionalidade

disciplinadora e afirmar uma perspectiva crítica de cuidado que reconheça a historicidade da loucura e a determinação social do sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender que o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil constitui um dos desafios mais complexos, tensos e contraditórios da política de saúde mental contemporânea. Ainda que a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça represente um marco jurídico-político, sua implementação se depara com divergências profundamente enraizadas na sociedade brasileira.

A política antimanicomial, longe de constituir um consenso, revela-se como um campo de disputas entre diferentes projetos de sociedade, distintos modos de compreender a loucura e perspectivas conflitantes sobre o papel do Estado, da justiça e das instituições psiquiátricas.

A trajetória percorrida ao longo dos três capítulos evidenciou que a permanência dos HCTPs não é um problema técnico ou administrativo, mas expressão de uma racionalidade política e histórica que articula alienação, punição, controle social, medicalização e racialização da pobreza. O manicômio judiciário mantém-se como uma instituição que reforça a lógica de que certos corpos (em sua maioria negros, pobres e masculinos) devem ser geridos pelo isolamento, e não pelo cuidado.

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

Os relatos das inspeções nacionais (CFP; CNJ; CRPs, 2025) ilustram que muitos HCTPs continuam isolados do território, que a articulação entre Judiciário e RAPS é deficiente e que o PTS, instrumento central da política, frequentemente se reduz a documento formal sem força transformadora. As prorrogações de prazo (CNJ nº 572/2024) e os retrocessos normativos e orçamentários nas últimas décadas evidenciam que marcos legais são insuficientes sem condições materiais e políticas de implementação.

Um elemento central destacado é a necessidade de pensar a desinstitucionalização por meio de uma lente interseccional. Gênero, raça e classe não são variáveis secundárias, mas determinantes na produção do confinamento e na forma como o sofrimento psíquico é interpretado e tratado.

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

A práxis profissional do Serviço Social e das equipes multiprofissionais emerge como condição estratégica para efetivar a política antimanicomial. A incorporação das categorias teóricas da totalidade e da mediação, isto é, compreender o sujeito em suas determinações históricas, sociais e materiais e intervir articulando recursos intersetoriais, é imprescindível para que o Projeto Terapêutico Singular recupere seu caráter articulado e emancipatório. Essa práxis exige formação continuada, condições de trabalho adequadas, financiamento público e espaço efetivo de participação dos usuários e familiares nos processos decisórios.

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

Assim, recomenda-se um conjunto de medidas articuladas: 1) assegurar financiamento estável e dedicado à expansão e consolidação da RAPS (CAPS, residências terapêuticas); 2) instituir fluxos formais e responsabilização interinstitucional entre Judiciário, Saúde e Assistência Social para uma boa articulação; 3) promover a coleta e a sistematização de dados por gênero, raça, classe e condição jurídica; 4) implementar estratégias antirracistas e de gênero na formulação de políticas de saúde mental; 5) incentivo à participação democrática de usuários e familiares, eixo central da Reforma Psiquiátrica; e 6) condições de atuação para o Serviço Social e equipes multiprofissionais alinhadas ao Projeto Ético-Político.

Essas possibilidades, embora desafiadoras, apontam para a consolidação de um cuidado que reconhece o sujeito em sua historicidade, singularidade e dignidade. A luta antimanicomial não se limita ao fechamento dos espaços físicos: ela reivindica uma mudança profunda nas relações sociais, na forma como o Estado gere a

diferença e na maneira como a sociedade compreende o sofrimento psíquico.

Assim, conclui-se que a desinstitucionalização dos HCTPs é viável e necessária, mas depende de uma articulação política, ética e social que enfrente as desigualdades estruturais do país. Para o Serviço Social, trata-se de reafirmar seu Projeto Ético-Político e sua práxis emancipatória, transformando, a partir do cerne, as condições que produzem exclusão e sofrimento. A construção de uma sociedade verdadeiramente antimanicomial exige superar racionalidades disciplinares e necropolíticas, reconhecendo que a loucura é parte da vida social e não deve ser administrada pela violência institucional.

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

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXHf/?lang=pt> . Acesso em: 14 set. 2025.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 63, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622015.0760.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed., 10. reimpr., rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

BICALHO, L. M. A.; SIQUEIRA, L. W. M.; SILVA, V. D. X. A. Racismo ambiental como biopolítica e necropolítica: a gestão da morte no contexto brasileiro. *Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros, v. 9, n. 2, jul./dez. 2025. DOI: <https://doi.org/10.46551/rssp202528>.

BOSCHETTI, I. S. Limitações do Estado social capitalista contemporâneo: expropriações, acumulação, exploração e violência. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, e14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.980>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 set. 2025

BRASIL. Decreto nº 47.423, de 8 de julho de 2025. Institui o Programa Acolhe DF, destinado à busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*: Brasília, DF, 8 jul. 2025. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6ff3884d1bb94337838e6794adae6935/Decreto_47423_08_07_2025.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 maio 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 dez. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 15 out. 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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 13 set. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 03 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, estabelecendo diretrizes para a incorporação da perspectiva étnico-racial na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html. Acesso em: 20 nov. 2025.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF, nov. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 13, Ano 19, nº 13 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024 [publicado em fev. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços residenciais terapêuticos: o que são, para que servem. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.

CARNEIRO, S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. São Paulo: Zahar, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>. Acesso em: 18 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Nota nº 5/2023/STEC/GTEC/CGEST-CFP – Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre a Resolução CNJ nº 487/2023 (Processo nº 576600003.000147/2023-45). Brasília, DF, 2023. 6 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-sobre-a-Resolucao-CNJ-487.pdf>. Acesso em: 18 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA. Relatório de Inspeção Nacional: Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários - 2025. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO (BRASIL). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída. Brasília, DF: CNJ, 2024. (Justiça Pesquisa). Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/xmlui/handle/123456789/979>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 16 fev. 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 15 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 572, de 26 de agosto de 2024. Altera a Resolução CNJ nº 487/2023. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 30 ago. 2024. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5706>. Acesso em: 15 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sumário executivo – Justiça Pesquisa, 6. ed.: Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Brasil: Itinerários Jurídicos e Portas de Saída. Brasília, DF: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/6ajp-cebrap-saude-mental-sumario-executivo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

COSTA, P. H. A.; LEMOS, C. B. As comunidades terapêuticas em evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado brasileiro? Brasília, DF: Grupo Psicologia e Ladinidades; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, março 2025. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/2025/03/27/as-comunidades-terapeuticas-em-evidencia-o-que-dizem-as-avaliacoes-e-fiscalizacoes-do-estado-brasileiro/>. Acesso em: 12 set. 2025.

CRENSHAW, K. Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não brancas. Tradução de Carol Correia. Geledés – Instituto da Mulher Negra, 23 dez. 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contra-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%888A-%E2%80%888Aparte-1-4/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

DIAS, M. T. G. História e reflexão de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. Estudos e Pesquisas em Psicologia, n. 3, v. 12, Rio de Janeiro: 2012.

FACCHINI, R. “Sopa de letrinhas”? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo. 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

FERNANDES, R. C. A religiosidade do “culto à personalidade”. Revista Religião & Sociedade, n. 2, 1977.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; OLIVEIRA, I. L.; GOMES, L. B. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, abr./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve, São Paulo, n. 18, 2010.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1979.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal,

1997.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: https://www.portalentretextos.com.br/files/online_books/foucault_vigiar_e_punir_michel_foucault.pdf. Acesso em: 1 dez. 2025.

FRAZATTO, C. F.; FERNANDES, J. C. Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização. *Psicologia em Revista*, São Paulo, v. 30, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p54-75>.

GIUMBELLI, E. Religião e sexualidade: um debate contemporâneo. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, maio/ago. 2008.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: ANPOCS. *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: Anpocs, 1984. p. 223-244.

GUIMARÃES, A. C. A.; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica. *Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 10, n. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.696>.

GUIMARAES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; MAIA, R. C. F.; OLIVEIRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; LIMA, M. P. O.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 15, v. 4, 2010.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

INSTITUTO ELOS. Eu não sou decolonial, eu sou contracolonial | Nêgo Bispo no Instituto Elos [vídeo]. YouTube, 22 nov. 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2pzGaNTT5wU>. Acesso em: 1 dez. 2025.

JOVEM PAN NEWS. 'Luta pelo emprego é tão importante do que a contra o vírus', diz Bolsonaro - #JM [vídeo]. YouTube, 21 maio 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ym5mDP9peuw>. Acesso em: 27 set. 2025.

LUSSI, I. A. O.; FERIGATO, S. H.; GOZZI, A. P. N. F.; FERNANDES, A. D. S. A.; MORATO, G. G.; CID, M. F. B.; FURLAN, P. G.; MARCOLINO, T. Q.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED2701>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/rVJRLRJqrDv9YSTFCPsFT4v/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2025.

MBEMBE, A. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MORAES, C. A. S. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: considerações sobre o trabalho profissional. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 127, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.087>.

NETTO, J. P. Marxismo Impenitente. Cortês, São Paulo: 2004.

O GLOBO. Brasil tem terceiro pior índice de saúde mental em ranking com 64 países. *O Globo*, Rio de Janeiro, 1 mar. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2023/03/brasil-tem-terceiro-pior-ind>

ice-de-saude-mental-em-ranking-com-64-paises.ghtml. Acesso em: 11 nov. 2025.

OLIVEIRA, R. N. C. A mediação na prática profissional do assistente social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 26, 1988.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Caderno de Saúde Pública, v. 35, n. 11, 2019.

PEREIRA, A. N. Desinstitucionalização: um desafio posto à política de saúde mental de Campos dos Goytacazes. Vértices, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1809-2667.20140002>.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>. Acesso em: 12 set. 2025.

PONTES, R. N. Mediação: categoria necessária para a prática do assistente social. In: Capacitação em Política Social e Serviço Social. v. 3. Brasília, DF: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Universidade De Brasília – CEAD (UnB), 2000.

PORTOCARRERO, V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413883>.

RIBEIRO, D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. 11. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

ROCHA, N. S.; JACOB, A. Aplicação e eficácia da medida de segurança no direito penal brasileiro. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, Teófilo Otoni, v. 8, 2024.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S.; ALBUQUERQUE, F. P. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 4, 2012.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000100002>.

SILVEIRA, A. R.; BRANTE, A. R. S. D.; VAN STRALEN, C. J. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. Saúde Debate, n. 103, v. 38, 2014.

VENTURA, F. C. A loucura, a lei penal e a justiça criminal: um histórico da inimputabilidade penal em razão da condição mental no ordenamento jurídico brasileiro. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Jurídicas e Sociais). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito, Porto Alegre, 2022.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, set. 2016. (Nota Técnica, n. 28 - Disoc). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 14 set. 2025.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 110, p. 288–322, abr./jun. 2012.