

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O DIREITO À SAÚDE:** a experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA a partir de 2011.

São Luís-MA,  
2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O DIREITO À SAÚDE:** a experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA a partir de 2011.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson

São Luís-MA,  
2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Albuquerque, Talita Cabral Silva de.

A política de saúde mental e o direito à saúde : a experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA a partir de 2011 / Talita Cabral Silva de Albuquerque. - 2026.

148 f.

Orientador(a): Guillermo Alfredo Johnson.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Raps. 3. Paço do Lumiar.  
I. Johnson, Guillermo Alfredo. II. Título.

**TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O DIREITO À SAÚDE:** a experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA a partir de 2011.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson (Orientador)**

Doutor em Sociologia Política  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Antonio Gonçalves Filho**

Doutorem Medicina  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elisa Maria dos Anjos**

Doutora em Memória Social  
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a todos(as) os(as) usuários(as) e aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS que acreditam na possibilidade de uma Política de Saúde Mental que garanta cuidado e respeito à dignidade no Brasil.

## AGRADECIMENTOS

Expressar gratidão ao fim desta jornada é visitar cada obstáculo, cada desafio vencido e os não vencidos, cada mão amiga e cada porta que se abriu e fechou. É, sobretudo, olhar com gentileza para mim mesma, na jornada exaustiva de conciliar os diferentes papéis que exerço, o de ser mãe, esposa, filha, trabalhadora e estudante do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFMA. Ter dois vínculos profissionais e conciliar os trabalhos acadêmicos com o devido rigor e compromisso que um programa tão renomado exige foi um dos maiores desafios vividos até aqui. Por isso, reconheço que não estive sozinha nessa jornada.

A Deus agradeço pelo dom da vida e pela oportunidade de viver grandes sonhos como este: de me tornar Mestre em Políticas Públicas.

Aos meus pais, Ilma de Fátima Cabral Silva e Benaias Rodrigues Silva, que são minha referência de honestidade, superação e força. São os grandes responsáveis pelas oportunidades que alcancei até aqui. Estudar foi privilégio garantido graças ao suor de seus rostos.

Ao meu esposo, Francisco Ximenes de Albuquerque Neto, que sempre me incentivou, sustentou e acreditou em mim.

Às minhas filhas, Cecília e Ana Liz. Vocês são meu combustível de amor para vencer os desafios todos os dias.

Aos meus irmãos, Tayane e Talisson Cabral que sempre incentivaram e acreditaram na minha força para seguir em frente na vida acadêmica.

A Maria José Silva e Gildene Gaspar Pereira, mulheres que estiveram oferecendo cuidado e amor ao meu lar e às minhas filhas durante minha ausência tanto para o trabalho quanto para realização desta pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson, pela gentileza, paciência, atenção e aprendizado durante a realização deste trabalho. Meus sinceros agradecimentos.

À banca examinadora deste trabalho, a saber: o Prof. Dr. Antonio Gonçalves Filho e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisa Maria dos Anjos pelas valiosas contribuições para finalização deste trabalho e também à Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nadia Prazeres Pinheiro Carozzo que participou da banca de qualificação do texto preliminar.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, expresso minha sincera gratidão pelas preciosas contribuições ao longo desta jornada acadêmica. A dedicação, o rigor científico e a generosidade na partilha de conhecimentos foram fundamentais para construção e amadurecimento deste trabalho.

À Coordenação do Programa de Políticas Públicas da UFMA, através da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valeria Ferreira Santos de Almada Lima e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lilia Penha Viana Silva (coordenadora da Turma Especial EGMA/UFMA), pelas orientações e apoio contínuo.

Em especial, agradeço a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lilia Penha Viana Silva, pela amabilidade, pelo incentivo e generosidade ao longo desta caminhada. Sua simplicidade diante da sua grandeza como ser humano e sua competência acadêmica são inspiradoras.

A Andreza de Souza Veras, secretária da Turma Especial, assistente social competente e amiga. Meus sinceros agradecimentos pela dedicação e paciência.

Aos colegas de turma, agradeço pela troca de experiências, pelo apoio mútuo e pela parceria que tornaram o percurso mais leve e significativo.

A Reinaldo Vinicius Morais Pereira, líder de turma, pelo exemplo de liderança, sensibilidade, humildade, responsabilidade e competência na condução da turma junto à coordenação e aos docentes.

Em especial, agradeço a Adriana Dutra, Joseane Souza, Márcia Regina e Izabel Cristina pela amizade e carinho partilhados nesta jornada.

A Adriana Dutra de Sousa, companheira de trabalho e de jornada acadêmica, que acreditou na possibilidade de uma aprovação minha neste mestrado antes de mim e teve enorme contribuição nos estudos durante toda a jornada desde a aprovação até a conclusão deste trabalho.

A Ana Lucia Guimarães de Queiroz, companheira de trabalho e uma amiga, que sustentou as demandas institucionais no ambiente de trabalho e sempre incentivou e vibrou durante todo o caminho até aqui.

A Daniele Godinho, Superintendente de Acompanhamento e Valorização do Servidor (SAVS), que compreendeu a importância do tempo dedicado ao mestrado como parte valiosa da capacitação que o servidor público necessita para devolver um trabalho de qualidade. Os meus sinceros agradecimentos pelo incentivo e apoio constantes.

Aos colegas de trabalho do Espaço Bem-Estar (SAVS), em especial, às colegas de profissão, Tereza Cunha e Ana Lúcia de Queiroz.

Aos colegas de trabalho do CAPS II de Paço do Lumiar, pelas vibrações, pelo incentivo e pela ajuda na construção deste trabalho. Em especial, agradeço à amiga e coordenadora clínica do CAPS, Livia Figueiredo Silva, a minha colega de profissão Francimélia Freitas Marques, à terapeuta ocupacional Ananda Thais de Jesus Macau, dona do projeto Bumba-Meu-boi Estrela do Paço. Os meus mais sinceros agradecimentos pelo apoio, pela partilha e pela amizade.

À Secretária Municipal de Saúde, Ana Lúcia Fontes e a subsecretária Adriana Mota, pela autorização e abertura dos espaços da RAPS de Paço do Lumiar para realização desta pesquisa.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leuzinete Pereira da Silva, Diretora da Fundação Escola de Governo do Maranhão, pelo empenho e esforço para realização de uma turma de Mestrado em Políticas Públicas para servidores públicos juntamente com o Prof. Odair José Neves Santos que iniciou as tratativas com a UFMA para realização do convênio. Estendo esse agradecimento a toda a equipe da EGMA, em especial a Márcia Teresa e Amanda Dutra.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão- FAPEMA na pessoa do presidente Prof Dr. Nordman Wall, pelo apoio na realização desta pesquisa.

A todos aqueles que participaram desta pesquisa (profissionais e usuários da RAPS de Paço do Lumiar). Suas contribuições foram valorosas para o desenvolvimento deste estudo. Muito obrigada.

“[...] produzir avaliação é também produzir sujeitos com um olhar avaliativo, sujeitos que estão implicados e põem em análise suas implicações na produção de saúde e na avaliação dessa produção.”

(Passos et al, 2013)

## RESUMO

A presente dissertação tem por objeto a avaliação do processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, aferindo a eficácia no alcance dos objetivos propostos estabelecidos na regulamentação da rede, especificamente na Portaria MS/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Para tanto, utilizou-se o método histórico-dialético para apreensão do percurso de constituição da Política de Saúde Mental no país. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com revisão de literatura, pesquisa documental com análise de dados secundários dos sistemas no Ministério da Saúde e pesquisa de campo com a realização de entrevistas semi-estruturadas a técnicos, gestores e usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar. No primeiro momento, discorremos sobre o tratamento da loucura na história da humanidade, sobre o nascimento do manicômio e da psiquiatria, destacando a constituição da Reforma Psiquiátrica no mundo e suas influências no Brasil. No segundo momento, discorremos sobre a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial brasileira destacando o estabelecimento da Política de Saúde Mental como um direito social no contexto das inflexões sofridas pela Reforma Psiquiátrica no país a partir da ascensão das ideias neoliberais, sobretudo no período de 2016-2022. Por fim, tratamos da configuração e funcionamento da RAPS no município de Paço do Lumiar. Como resultados deste estudo, verificou-se que a RAPS de Paço do Lumiar apresenta fragilidades e vazios assistenciais, com lenta implantação dos dispositivos ao longo dos anos até 2025. Há, portanto, concentração de demandas nos dispositivos especializados, isso porque o modelo ambulatorial e manicomial ainda está presente no seu funcionamento não cumprindo objetivos estabelecidos na lei da Reforma Psiquiátrica de um cuidado psicossocial e comunitário. Há ainda relatos de violações de direitos entre os usuários da RAPS, além de dificuldades no estabelecimento do diálogo e do compartilhamento do cuidado entre os equipamentos de saúde da RAPS de Paço de Lumiar. Além disso, há um cenário de déficit no número de profissionais que, somado ao insuficiente número de equipamentos de saúde, compromete o estabelecimento do cuidado integral no SUS. O controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde é frágil e não há associações de usuários no município para defesa de seus interesses, o que torna vulnerável o processo de implementação da rede nesse território. O ano de 2023 traz a retomada de construção da Reforma Psiquiátrica no país e, no âmbito municipal, no ano de 2025 inicia uma nova gestão mais comprometida com a consolidação e implementação da RAPS. Porém, dado o período de realização desta pesquisa, isso não foi suficiente para alterar a conjuntura de desafios para RAPS. Diante disso, a avaliação realizada constatou um incipiente cumprimento de objetivos da RAPS, o que demanda esforços contundentes para materialização desta política que ainda tem seguido marcada por estigmas e violações de direitos.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; RAPS; Paço do Lumiar.

## ABSTRACT

This dissertation aims to evaluate the implementation process of the Psychosocial Care Network of Paço do Lumiar, assessing its effectiveness in achieving the objectives established in the network's regulations, specifically in Ministry of Health/General Management Ordinance No. 3,088 of December 23, 2011. To this end, the historical-dialectical method was used to understand the trajectory of the constitution of Mental Health Policy in the country. This is a qualitative research study with literature review, documentary research with analysis of secondary data from the Ministry of Health systems, and field research with semi-structured interviews with technicians, managers, and users of the Psychosocial Care Network of Paço do Lumiar. Initially, we discuss the treatment of madness in the history of humanity, the birth of the asylum and psychiatry, highlighting the constitution of the Psychiatric Reform in the world and its influences in Brazil. In the second part, we discuss the Psychiatric Reform and the Brazilian anti-asylum movement, highlighting the establishment of Mental Health Policy as a social right in the context of the changes suffered by the Psychiatric Reform in the country following the rise of neoliberal ideas, especially in the period of 2016-2022. Finally, we address the configuration and functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS) in the municipality of Paço do Lumiar. As a result of this study, it was found that the RAPS in Paço do Lumiar presents weaknesses and gaps in care, with slow implementation of its services over the years until 2025. Therefore, there is a concentration of demands in specialized services, because the outpatient and asylum model is still present in its operation, failing to meet the objectives established in the Psychiatric Reform Law of psychosocial and community-based care. There are also reports of rights violations among RAPS users, as well as difficulties in establishing dialogue and sharing care among the health facilities of the RAPS in Paço do Lumiar. Furthermore, there is a scenario of a deficit in the number of professionals which, added to the insufficient number of health facilities, compromises the establishment of comprehensive care within the SUS (Brazilian Unified Health System). The social control exercised by the Municipal Health Council is weak, and there are no user associations in the municipality to defend their interests, which makes the implementation process of the network vulnerable in this territory. The year 2023 marks the resumption of the construction of the Psychiatric Reform in the country and, at the municipal level, the year 2025 begins a new administration more committed to the consolidation and implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS). However, given the period in which this research was conducted, this was not enough to change the challenging situation for RAPS. Therefore, the evaluation found an incipient fulfillment of RAPS objectives, which demands strong efforts to materialize this policy that continues to be marked by stigmas and violations of rights.

**Keywords:** Psychiatric Reform; RAPS; Paço do Lumiar.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1–	Lista de prefeitos do município de Paço do Lumiar.....	77
Figura 1–	Dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, segundo a Portaria nº3.088/2011.....	81
Figura 2 –	Linha do tempo de cadastro no CNES de serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar.....	84
Gráfico 1 –	Formação dos profissionais entrevistados (UBS/SAMU/CAPS, E-MULTI).....	89
Gráfico 2 –	Relação vínculo profissional e tempo de experiência na RAPS dos profissionais entrevistados.....	90
Gráfico 3 –	Indicação de profissionais que estão em falta nas unidades de saúde de Paço do Lumiar, segundo os entrevistados.....	94
Gráfico 4 –	Número de usuários entrevistados e diagnóstico principal.....	119

## LISTA DE SIGLAS

ABI	– Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO	– Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	– Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AMERERJ	– Associação de Médicos Residentes do Rio de Janeiro
APS	– Atenção Primária em Saúde
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	– Centro de Atenção Psicossocial modalidade I
CAPS II	– Centro de Atenção Psicossocial modalidade II
CAPS III	– Centro de Atenção Psicossocial modalidade III
CAPS AD	– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS AD IV	– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas modalidade IV
CAPS IJ	– Centro de Atenção Psicossocial Infanti-juvenil
CBSM	– Congresso Brasileiro de Saúde Mental
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CECO	– Centro de Convivência e Cultura
CF	– Constituição Federal
CJM	– Colônia Juliano Moreira
CLR	– Clínica La Ravardiere
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CNBB	– Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM	– Congresso Nacional de Saúde Mental
CPPII	– Centro Psiquiátrico Pedro II
CREMERJ	– Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CSF	– Clínica São Francisco
CT	– Comunidade Terapêutica

DINSAM	– Divisão Nacional de Saúde Mental
EBSERH	– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	– Equipe de Consultório de Rua
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	– Equipe de Estratégia Saúde da Família
ESFR	– Equipe de Estratégia Saúde da Família Ribeirinha
FBH	– Federação Brasileira de Hospitais
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
FHC	– Fernando Henrique Cardoso
HNR	– Hospital Nina Rodrigues
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	– Lei Orgânica da Assistência Social
MNLA	– Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	– Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OAB	– Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PISAM	– Plano Integrado de Cuidado em Saúde Mental
PRONACOP	– Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social
PSF	– Programa Saúde da Família
PTS	– Plano Terapêutico Singular
PVC	– Programa de Volta para Casa
RAG	– Relatório Anual de Gestão
RAPS	– Rede de Atenção Psicossocial
REME	– Movimento de Renovação Médica
RENILA	– Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD	– Secretaria de Estado da Administração
SEMUS	– Secretaria Municipal de Saúde

SES	– Secretaria de Estado da Saúde
SRT	– Serviço Residencial Terapêutico
SUS	– Sistema Único de Saúde
UAAt	– Unidade de Acolhimento transitório
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UBSF	– Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFMA	– Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>A REFORMA PSQUIÁTRICA NO MUNDO: influências no Brasil</b> .....	22
<b>2.1</b>	<b>A loucura na história da humanidade: algumas considerações</b> .....	22
2.1.1	O nascimento do manicômio e o nascimento da psiquiatria.....	29
<b>2.2</b>	<b>As práticas brasileiras no cuidado com a loucura ao longo da história e as influências internacionais</b> .....	33
<b>3</b>	<b>A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: a construção da saúde mental como um direito</b> .....	46
<b>3.1</b>	<b>O nascimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil</b> .....	46
<b>3.2</b>	<b>As inflexões da Reforma Psiquiátrica brasileira no contexto neoliberal e a construção da RAPS</b> .....	69
<b>4</b>	<b>PAÇO DO LUMIAR E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma avaliação do processo de implementação</b> .....	76
<b>4.1</b>	<b>O município de Paço do Lumiar: apresentação do campo de pesquisa</b> .....	76
<b>4.2</b>	<b>A Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar: configuração, funcionamento e processos de trabalho</b> .....	79
<b>4.3</b>	<b>Gestão da RAPS: o olhar do Estado e do município</b> .....	106
<b>4.4</b>	<b>O olhar do usuário da RAPS</b> .....	119
<b>4.5</b>	<b>A RAPS e o Conselho Municipal de Saúde de Paço do Lumiar</b> .....	123
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	127
	REFERÊNCIAS.....	133
	ANEXOS.....	138
	APÊNDICES.....	140

## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa intitulada “A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O DIREITO À SAÚDE: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA a partir de 2011” foi realizada no âmbito dos estudos do Curso de Mestrado em Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. O estudo está vinculado à área de concentração de Políticas Sociais e Programas Sociais e à linha de pesquisa de Avaliação de Políticas e Programas Sociais e tem como objeto a avaliação do processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde é incluída no rol da Seguridade Social, ou seja, um direito a ser garantido pelo Estado a partir de uma política pública de caráter universal. Nessa perspectiva, como uma parte sensível e estigmatizada por anos, a Saúde Mental entra na pauta das discussões em torno de uma política legitimada institucionalmente para garantia de um cuidado pleno respeitando os direitos humanos.

A Política de Saúde Mental atual no Brasil é uma realidade perpassada por determinações históricas que trazem à tona reflexões importantes sobre sua materialização e sua importância no contexto atual. Uma política pública que hoje se configura como direito social, mas que carrega o estigma, a violação de direitos e a marginalização do doente mental como marcas obscuras e presentes no escopo de sua história.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica foi a alavanca para uma mudança substancial no cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo. Em nosso país, é inegável o cenário de violação de direitos existente em hospitais psiquiátricos no país, por volta dos anos 60 e 70, conforme variados registros e denúncias, das quais destaco os registrados no documentário de Daniela Arbex sobre o Centro Hospitalar Psiquiátrico, conhecido como Hospital Colônia de Barbacena (MG), onde os internos passavam frio e fome e vivenciavam inúmeras violências (Arbex, 2019).

A luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica foram fundamentais para a mudança na assistência em Saúde Mental em forma de política pública. O percurso para instituição da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 - denominada de lei antimanicomial, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais no

nosso país - foi marcado por variados sujeitos com interesses diversificados, além de uma agenda neoliberal internacional que repercute nas ações do governo brasileiro no que se refere às políticas sociais.

De 2001 aos dias atuais, foram instituídas portarias como a Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 e a Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que instituem a modalidade e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais e a Rede de Atenção Psicossocial -RAPS no Sistema Único de Saúde, com uma proposta de um modelo de cuidado comunitário e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, respectivamente. Ambas inauguram o início da construção de uma nova forma de cuidar das pessoas com transtorno mental no país.

Com a Rede de Atenção Psicossocial ainda em construção e consolidação nos territórios dos municípios brasileiros e enfrentando diversos obstáculos, houve a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 de congelamento de gastos com as políticas sociais (saúde, educação, lazer, saneamento básico...). Emenda esta resultante de um Estado que se mostra alinhado com as prerrogativas neoliberais internacionais definidas no Consenso de Washington, em que os gastos sociais não são considerados prioritários e devem ser os primeiros a serem cortados ou diminuídos. As medidas de arrocho fiscal se seguiram ao longo dos últimos anos no Brasil. O novo arcabouço fiscal proposto em 2023 traz ainda mais impactos para o SUS em termos de financiamento.

Destaca-se que vivenciamos, na atualidade, aumento de demanda para tratamento em saúde mental, o que intensifica as dificuldades para atendimento dos objetivos propostos na Política de Saúde Mental no país. Relatórios de organismos internacionais apontam para um aumento significativo de adoecimento mental na população mundial e especificamente no Brasil, principalmente após a pandemia e não houve melhora nesses índices mesmo após o seu fim. Conforme informa Labossière (2025):

Em 2014, quase 203 mil brasileiros foram afastados do trabalho em razão de episódios depressivos, transtornos de ansiedade, reações a estresse grave e outras questões relacionadas à saúde mental. Dez anos depois, em 2024, os números mais que duplicaram, passando para mais de 440 mil afastamentos em razão de transtornos mentais e comportamentais, recorde da série histórica. Dados do Ministério da Previdência Social mostram que, na comparação com 2023, os números do ano passado impressionam – o aumento foi de quase 67%.

Esse aumento do sofrimento psíquico da população acarreta aumento de demanda para serviços especializados da Rede de Saúde Mental do SUS. Logo, a realização de uma pesquisa de avaliação sobre essa política é fundamental para refletir sobre os rumos do cuidado em Saúde Mental no SUS no Brasil, destacando o alcance dos objetivos propostos pela RAPS. Isso se configura como uma importante estratégia para direcionar e/ou redirecionar esforços na construção de mecanismos eficazes para garantia do direito à saúde para a população.

O campo da Saúde Mental tem sido motivo de inquietações pessoais ainda por se tratar de meu campo de atuação profissional há dez anos, onde atuo como assistente social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, dispositivo estratégico de cuidado em saúde mental do Sistema Único de Saúde no município de Paço do Lumiar. O enfrentamento diário de dificuldades e o reconhecimento das grandes potencialidades da RAPS foram o impulso para um olhar acadêmico que supere as aparências desse fenômeno que é a Política de Saúde Mental no Brasil.

Nesse sentido, esta pesquisa se propõe a avaliar o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, destacando a eficácia no alcance de seus objetivos. Esta avaliação baseia-se nos conceitos de Silva (2013, p. 82) sobre a avaliação de políticas públicas que afirma que:

Avaliação de processo é o modelo de avaliação de políticas e programas sociais que se volta sobretudo a aferir a eficácia de um programa. Ou seja: em que medida o programa está sendo implementado conforme as diretrizes preestabelecidas e quais as relações entre o produto gerado e as metas previstas ou desejadas [...] Portanto, a avaliação de processo preocupa-se, especificamente, em identificar a relação entre metas atingidas e metas propostas e com a adequação entre meios utilizados na implementação e os objetivos originais [...] Assim, a questão central da avaliação de processo se refere ao funcionamento do programa e aos serviços prestados.

A partir desse modelo proposto, busca-se avaliar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA e assim “identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positivamente ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos.” (Draibe, 2001, p.30) Ou seja:

A avaliação de eficácia é, por natureza, uma avaliação de processo. A pergunta básica que estará respondendo o avaliador, ao medir a eficácia, pode ser assim formulada: Quais são ou foram, na implementação, os fatores de ordem material e, sobretudo, institucional que operaram como

condicionantes positivos ou negativos do desempenho dos programas?  
(Draibe, 2001, p.35)

Para tanto, a pesquisa utiliza como referencial teórico o materialismo histórico-dialético, que pressupõe a apreensão da realidade como uma totalidade concreta, em um movimento da aparência para a essência. Como afirma Marx(2008, p.47): “O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual.” Ou seja, para apreensão da singularidade da Política de Saúde Mental do município de Paço do Lumiar pressupõe-se a compreensão de uma totalidade que abrange a realidade do Brasil e sua inserção no contexto global do capitalismo com as contradições que lhe são inerentes, sobretudo na conjuntura atual do capital financeiro, no qual o fundo público é capturado para pagamento da dívida pública.

Nesse sentido, propõe-se discorrer sobre o desenho da caminhada para construção da política de Saúde Mental no Brasil, levando em consideração a conjuntura política, econômica e social que determinam sua materialização, com a definição dos seguintes objetivos para o desenvolvimento da avaliação do processo de implementação da Política de Saúde Mental no território de Paço do Lumiar-MA:

- Análise da constituição da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial brasileira à luz das influências internacionais;

- Análise do percurso de constituição da Política de Saúde Mental, no país, no contexto da Reforma Psiquiátrica e das inflexões sofridas por este movimento no âmbito nacional, com mudanças importantes em normativas legais que impactam na construção e consolidação das RAPS nos municípios brasileiros, considerando os ideais neoliberais com os quais o Estado brasileiro está alinhado;

- Avaliação do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, destacando o processo de implementação desta rede e o alcance ou não dos objetivos estabelecidos pela portaria nº 3.088/2011.

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa. Dentre as técnicas utilizaremos: **a revisão bibliográfica** com estudo da contribuição teórica de autores sobre a Política Social e os direitos sociais, tais como Behring e Boschetti (2011), Behring (2021), dentre outros; autores sobre neoliberalismo, tais como Dardot e Laval (2016); autores estudiosos sobre Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial, tais como: Amarante (1995, 1996, 2020, 2021), Vasconcelos (2023), dentre outros, além de autores que discorrem sobre Pesquisa Social e Pesquisa

Avaliativa - Silva (2013), Minayo (2014), Draibe(2001), dentre outros. Utilizaremos também a **pesquisa de campo**, a realização de entrevistas semi-estruturadas a gestores, funcionários e usuários dos diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial -RAPS.

O município de Paço do Lumiar, no período da pesquisa, possuía 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, duas equipes e-multi (antigos Núcleos Apoio à Saúde da Família - NASF), um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, uma Unidade de Pronto-Atendimento e um ambulatório de psiquiatria localizado no Centro de Especialidades Médicas do município.

Foram, portanto, realizadas entrevistas com técnicos das 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde do município, a saber: Mojó, Nossa Senhora da Luz, Itapera, Maiobão, Santa Rita de Cássia, Safira, Mercês, São Pedro, Iguaiá, Tambaú, Pindoba, Maioba, Copacabana, Nova Vida, Paranã, Vila São José e Pirâmide. Além destes, entrevistamos duas gestoras da Secretaria Municipal de Saúde, um profissional da equipe e-multi, antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um profissional do Centro de Atenção Psicossocial, um profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, além de uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde e 14 (catorze) usuários da política de saúde mental, moradores do município de Paço, em tratamento no CAPS. Entrevistamos ainda um profissional da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Estado da Saúde. Logo, foram realizadas um total de 39 (trinta e nove) entrevistas no período de novembro de 2025 a janeiro de 2026. Vale ressaltar que, segundo o cronograma previsto no projeto de pesquisa, o período para realização das entrevistas era maio, junho e julho de 2025. Entretanto, devido à submissão da pesquisa na Plataforma Brasil para avaliação do Conselho de Ética, o parecer favorável com autorização para realização da pesquisa de campo saiu apenas em 03 (três) de novembro de 2025.

Além disso, realizamos **pesquisa documental** com a identificação de normativas legais em torno da Política de Saúde Mental no país e no município de Paço do Lumiar e a busca de dados secundários em sistemas disponíveis do SUS tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; DataSUS e DigiSUS. Utilizamos também dados demográficos do IBGE, dentre outros.

Para análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo com a identificação de categorias referentes à desinstitucionalização, atenção psicossocial, matriciamento, cuidado em rede, educação permanente dos profissionais e monitoramento. Essas categorias permitem a identificação dos objetivos desta pesquisa que:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa a dar consistência interna às operações. (Minayo, 2014, p.308)

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foram considerados e cumpridos os princípios éticos, observando a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais, havendo, portanto, sua submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão e adquirindo aprovação sob o número de parecer nº 7.945.701. As entrevistas foram precedidas pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual consta em anexo.

A título de apresentação, este estudo estrutura-se em três seções, esta introdução e as considerações finais. Na primeira seção, discorre-se sobre como a loucura foi tratada na história da humanidade e o nascimento da reforma psiquiátrica em diferentes países e a partir disso destaca-se as influências ideológicas, culturais e políticas desse processo na Reforma Psiquiátrica brasileira. Na segunda seção, pretende-se explicitar a caminhada de redesenho do modelo de cuidado em saúde mental brasileiro, destacando a caminhada da Reforma Psiquiátrica e as mudanças empreendidas em cada etapa até o presente momento, enfatizando o ideário neoliberal e sua influência para a constituição e efetivação desta política pública no Brasil. Na terceira e última seção, trata-se especificamente do município de Paço do Lumiar-MA, inicialmente, trazendo dados sobre sua história e posteriormente, explicitando o funcionamento e implementação de sua Rede de Atenção Psicossocial, problematizando as categorias de análise e avaliando o processo de

implementação da referida política avaliando se os objetivos definidos estão ou não sendo alcançados, com destaque para dificuldades e potencialidades.

## **2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO: influências no Brasil**

Nesta seção, traçaremos o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica no mundo, destacando a relação entre sociedade e a loucura, ao longo da história da humanidade, bem como o caminho percorrido até o seu início, com destaque para o nascimento do movimento brasileiro de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

### **2.1 A loucura na história da humanidade: algumas considerações**

Ao buscar compreender o movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no mundo e no Brasil, é necessário percorrer a história da humanidade e compreender a lógica que o homem concebeu a loucura e a forma como foi tratada ao longo da história.

Na Idade Antiga, por exemplo, o louco era considerado uma ponte com o sobrenatural (Vieira, 2012). Ao possuir um “dom”, o indivíduo não era tratado como igual e, portanto, não necessariamente teria sua dignidade preservada.

Na Grécia Antiga, acreditavam que os loucos possuíam poderes divinos. Na Idade Média, eram associados ao demônio e vistos como entes possuídos e, por isso, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome ou, em casos extremos, queimados em fogueiras como hereges. Esse tipo de tratamento se estendeu até o século XVIII. Nessa época, ainda não se falava em doença mental e, como sempre, o desleixo com as pessoas acometidas de transtornos mentais persistia. (Brasil, 2003, p. 9)

Vasconcelos (2023) designa que a loucura na Idade Antiga era vista a partir de três concepções: as mitológicas-religiosas, a protopsicológica e a organicista, que é a concepção que foi chamada de precursora da “psicossomática”. No que se refere às concepções mitológicas-religiosas, elas reforçam a ideia de que a loucura é intervenção dos deuses e entidades sobrenaturais, até mesmo com a influência de demônios ou carmas de vidas passadas, visão adotada pelas civilizações orientais da época. Quanto à concepção protopsicológica, a loucura era vista como fruto de conflitos passionais inerentes aos deuses gregos e aos seres humanos com relação a dilemas que envolvem a razão, a sexualidade, ciúme, vingança, por exemplo. Difere-se da primeira porque exclui a intervenção dos deuses, enfatizando a relação de conflito humano. Na concepção organicista, cujo maior representante é

Hipócrates, que também é considerado o pai da medicina, tem-se a loucura como resultado de problemas corporais, ou seja, orgânicos.

Alguns autores como Alexander e Selesnick (2019) consideram que a psiquiatria como se apresenta hoje, teoricamente, deve muito à ênfase que Hipócrates deu à medicina clínica, destacando o cérebro como órgão mais importante do homem, sendo para ele, o intérprete da consciência, vindo dele prazeres, alegrias, risos e gracejos, bem como tristezas, dores, pesares e lágrimas.

[...] ele acreditava que, se o cérebro estivesse afetado por excessiva umidade, calor ou frio, podia seguir-se a loucura, e que se os humores estivessem corretamente equilibrados surgiam pensamentos saudáveis. Achava que a inteligência era devida à inspiração de pneuma (ar), que circulava e entrava no cérebro. Os médicos hipocráticos descreveram pela primeira vez delírios tóxicos orgânicos, assim como o sintoma da depressão que chamamos de melancolia e que acreditavam ser causada pela acumulação de bÍlis preta. Notaram também as características da insanidade puerperal — em termos modernos, "psicose pós-parto" — descreveram fobias e cunharam a palavra "histeria" para designar uma condição, ainda prevalente, que pensavam fosse específica de mulheres[...] (Alexander; Selesnick, 2019, p. 65):

Hipócrates, portanto, influenciou vários estudos e práticas posteriores devido ao seu esforço em descrever as doenças mentais e as práticas de cuidado empregadas na época. O racionalismo adotado por ele na medicina no século IV antes de Cristo ficou adormecido na Idade Média, sendo revisitado na Renascença, na chamada "era científica". (Alexander; Selesnick, 2019)

Outras contribuições e esforços de pensadores antigos para compreensão de fenômenos psicológicos podem ser destacados. Na Grécia, por exemplo, podemos citar: Platão, com suas ideias sobre o equilíbrio, destacando que estados corporais são reflexos de estados psicológicos; Aristóteles, com suas descrições sobre conteúdo de consciência. Em Roma, um filósofo chamado Cícero, que pode ser considerado o primeiro psicossomata, pois declarava que doenças corporais podem ser reflexo de doenças emocionais e discordava parcialmente de Hipócrates e de sua teorias de humores; e um médico chamado Sorano, que não aceitava tratar seus pacientes com dureza e defendia a conversa com o paciente como estratégia importante de cuidado, podendo ser considerado o precursor da psicoterapia (Alexander; Selesnick, 2019).

Na história dos antigos, observa-se a figura do médico-feiticeiro com poderes misteriosos entre os quais estava a cura de doenças. Eram sacerdotes, que

atribuíam as doenças mentais a possessões demoníacas que necessitavam de cura com magia e conhecimento religioso.

Babilônios, egípcios, hebreus e persas são citados como povos que mesclavam conhecimento religioso-mágico no cuidado aos doentes. Cada um com suas peculiaridades; os hebreus, por exemplo, divergiam quanto à crença em um deus único. No Extremo Oriente, a medicina hindu antiga conduzia o cuidado com práticas de feitiçaria e demonologia, sendo sua referência a filosofia de Gautama Buda (568-488 a.C.). (Alexander; Selesnick, 2019)

Foucault (2019) aponta que a loucura, na Idade Clássica, não era objeto de interesse médico, configurando-se frequentemente como interesse das Artes. Conforme relato:

[...] Symphorien Champier compõe sucessivamente uma Nau dos Príncipes e das Batalhas de Nobreza, em 1502, depois uma Nau das Damas Virtuosas, em 1503; tem-se ainda uma Nau da Saúde, ao lado de Blauwe Schute, de Jacob van Oestvoren, em 1413, da Narrenschiff de Brant (1497) e da obra de Josse Bade, *Stultiferae naviculae scaphae fatuarum mulierum* (1498). O quadro de Bosch, evidentemente, pertence a essa onda onírica. Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente em particular na Alemanha: em Nurembergue, durante a primeira metade do século xv, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais (Foucault, 2019, p. 9).

Nas cenas descritas na obra, dentre as naus citadas, apenas a Nau dos Loucos tinha uma existência real, servindo como inspiração para a obra em questão. Na Alemanha, especificamente, era comum “despachar” obrigatoriamente os loucos mar adentro a fim de retirá-los da convivência das cidades. Essa prática não era comum em todas as regiões e países.

É importante destacar que os séculos XV E XVI são marcados pela crescente urbanização das cidades. Ocorria, nesse período, a crise do feudalismo onde milhares de camponeses migravam para os centros urbanos à procura de emprego e sobrevivência. Isso ocasionou a estruturação de cidades de forma desordenada.

Em cidades da França, Espanha, Holanda, Alemanha, Suíça e Inglaterra, ocorreu o chamado internamento de pobres e mendigos, a partir do século XVI. A

maioria era recolhido para os chamados hospitais gerais, definidos como uma mistura de hospital médico, asilo, orfanato, reformatório, prisão, pensão e oficina de trabalho. Sendo responsável pelo acolhimento de todos os errantes: mendigos, idosos, crianças, epiléticos, pessoas com enfermidades em geral e os loucos (Teixeira, 2019).

Na Idade Média, havia uma visão demonológica da loucura. As práticas para se lidar com a loucura eram ligadas ao exorcismo. Foi o período de institucionalização do Cristianismo como religião oficial do Império Romano com a repressão violenta a outras religiões. Foram instauradas práticas como os tribunais de inquisição. Como afirma Vasconcelos (2023, p. 64):

[...] vivências de sofrimento mental (histeria, depressão, ansiedade, e particularmente estados maníacos etc), eram vistos como possíveis sinais de bruxaria e possessão diabólica, e passíveis de rituais de exorcismo ou processo inquisitorial. Além disso, muitas curandeiras que utilizavam remédios da cultura popular foram condenadas e mortas.

Enquanto na Idade Antiga, havia uma concepção de que a loucura era uma ponte para o oculto, sendo o louco portador de poderes sobrenaturais; na Idade Média, passou a ser vista como maldição, e aqueles considerados loucos que não eram de famílias ricas ficavam relegados aos cuidados de hospitais gerais, conforme descrito anteriormente. Ou seja, o internamento era medida para os pobres.

Ressalta-se que a prática do internamento iniciou com a doença da lepra/hanseníase e após um grande número de leprosários que existiam na Europa se esvaziarem, outra doença veio ocupar esse lugar: as doenças venéreas, e posteriormente, as doenças mentais. Conforme descreve Foucault (2019, p. 6):

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão reencontrados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão - essencialmente, essa forma maior de uma separação rigorosa que é exclusão social, mas reintegração espiritual.

Instituições que segregam e excluem o chamado louco, portanto, são também uma expressão de ações já definidas anteriormente para outras doenças. A inexistência de explicações lógicas para a loucura culmina na adoção de ações

excludentes, porque o que não se adapta à sociedade ou não é útil ao modo de produção material da vida, em geral, é excluído. Ou seja, a loucura não era sequer tratada como doença, nesse contexto, e era tão indesejada quanto os doentes, como se a loucura fosse uma fraqueza, um desvio moral ou falta de uma espiritualidade.

Aos poucos, a loucura foi sendo reconhecida como doença. Há registros de um primeiro local exclusivo para os loucos entre os países da Europa localizado em Londres, no ano de 1247 d.C., denominado de Bethlehem Hospital. Houve também, em Gheel, na Bélgica, uma instituição voltada para crianças com retardo mental e psicose, no mesmo período. Por volta do século XIV, essas pessoas passaram a ser alvo de perseguições devido à doença mental estar ligada a ideias de feitiçaria. Segundo Alexander e Selesnick (2019), a assistência física aos doentes mentais era melhor no começo da Idade Média do que nos séculos XVII e XVIII. Milhares de doentes mentais foram queimados em fogueiras. Observa-se que o desconhecimento sobre a loucura culminava em discensos na forma de tratá-la nos diferentes países ao longo da história.

A figura de Santo Agostinho (354-430 d.C) merece destaque para o nascimento da psicanálise, já que em suas obras há contribuições para psicologia com reflexões sobre a introspecção. No território árabe, também houve esforços para contribuições na área da medicina, com destaque para o médico Rhazes (865-925 d.C.), que foi diretor em um dos primeiros hospitais antigos com enfermaria dedicada a doentes mentais.

“A psiquiatria da Idade Média dificilmente poderia ser distinguida da demonologia pré-científica e tratamento mental era sinônimo de exorcismo” (Alexander; Selesnick, 2019, p. 92-93). Essa afirmação se deve ao fato de que aqueles doentes mentais que vagavam pelas ruas, dependeriam quase que exclusivamente da caridade da igreja, recebendo tratamento de religiosos, padres e freiras. Daí decorre o nascimento das Santas Casas de Misericórdia. Ao utilizar o termo psiquiatria, os autores fizeram referência ao tratamento médico dentro desses espaços, porém não havia ainda se configurado esse campo de especialidade da medicina. Algo que só ocorre no século XVIII.

Retomando as reflexões sobre a prática de internamento, é descrito que na Inglaterra, por exemplo, estabeleceu-se o internamento como punição, por volta de 1575, a “vagabundos pobres”, com a criação das *houses of correction* (Foucault,

2019). A prática do internamento expressa a crueldade de um sistema que tem sua primazia no trabalho como produtor de riqueza social e todos aqueles sujeitos “não-produtivos” devem ser relegados a um “cuidado público”. As *workhouses*, nesse contexto, foram criadas por volta de 1670, com estatuto que autorizava a expulsão de indivíduos com doenças contagiosas. Isso porque essas casas foram criadas com o intuito de abrigar o pobre que teria condições para o trabalho. Ou seja, foram criadas para “pobres selecionados”. Como afirma Polanyi; Castel apud Behring; Boschetti (2011, p.48-49):

[...] o princípio estruturador dessas leis era obrigar o exercício do trabalho a todos que apresentassem condições de trabalhar, e as ações assistenciais previstas tinham o objetivo de induzir o trabalhador a se manter por meio de seu trabalho. Associadas ao trabalho forçado, essas ações garantiam auxílios mínimos (como alimentação) aos pobres reclusos nas *workhouses* (casas de trabalho). Os critérios para acesso eram fortemente restritivos e seletivos e poucos conseguiam receber os benefícios. Os pobres "selecionados" eram obrigados a realizar uma atividade laborativa para justificar a assistência recebida.

Destarte, aqueles que não pudessem contribuir com seu trabalho para custeio de sua alimentação e abrigo não eram aceitos nessas casas. É sabido que nem todos os loucos se encaixavam nessa condição de trabalhador nessas casas, e portanto, ficavam relegados à solidariedade de instituições de saúde religiosas. A loucura, nesse contexto, esteve ligada a ações assistencialistas de entidades civis e públicas da época. Uma assistência que não garantia direitos, mas servia a interesses específicos de uma sociedade que criava a miséria e que não dispunha de proteção aos vulneráveis, tais como pessoas com deficiências e doenças graves, nas quais se incluem os chamados loucos.

Foucault (2019) assinala o estabelecimento do Hospital Geral de Paris em 1656, através de um decreto real, como um grande marco do internamento de pessoas “indesejáveis” (pobres e doentes). Um lugar muito mais relacionado ao controle social e moral com práticas de correção e punição do que de cuidados médicos e humanos.

O hospital geral, desse modo, não pode ser considerado ambiente de cuidado e de respeito ao ser humano, sendo considerado instrumento de manobra do Poder Público para enfrentamento de questões relacionadas à pobreza, esse fenômeno “indesejável” para sociedade. Conforme Foucault, (2019, p. 50):

[...]o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...] o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo. Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época.

Tais hospitais, notadamente, recebiam além de pessoas pobres, os presos políticos acusados de subversão, de heresia ou de posições antimonárquicas. Os loucos eram mais uma vítima do recolhimento amplo e indiferenciado e podem ser considerados uma minoria junto à extensa população internada. Nesse contexto, havia uma ação punitiva e fiscalizadora do Estado ligada a um ideal de caridade religiosa. Essa caridade, a partir de então, passou a ser vista como uma responsabilidade do poder monárquico. O ideário de assistência e repressão estava presente na França, mas também espalhou-se por toda a Europa. (Teixeira, 2019)

Na Idade Moderna, a prática de internamento se consolida e também surgem os primeiros hospitais com alas específicas para pessoas com transtornos mentais. Em 1789, com a Revolução Francesa, foram iniciados questionamentos em relação a figura do Hospital Geral, isso porque ele estava diretamente ligado ao absolutismo real. A partir de então inicia-se aquilo que poderia ser chamado de a primeira mudança ligada aos cuidados com a loucura. Afinal, o louco misturava-se a todos “os indesejáveis” e não recebia tratamento nenhum. Ou melhor, seu tratamento era a punição por sua existência.

Na Idade Moderna e início da Contemporânea surgem os primeiros hospitais voltados exclusivamente às pessoas com transtornos mentais. Conforme destaca Vasconcelos (2023, p. 67):

A partir do século XV, apareceram os primeiros hospitais dedicados especificamente aos loucos, ou alas próprias em hospitais gerais, como uma iniciativa e gestão do humanismo médico, inspirada na medicina árabe, se iniciando primeiramente na Espanha. [...] A Igreja Católica, e depois as protestantes, também desenvolveram hospitais, alguns com setores, alas ou até mesmo hospitais inteiros para o tratamento dos loucos, em uma lógica caritativa. Esse modelo chegou ao Brasil com as Santas Casas de Misericórdia, que depois gerou o primeiro hospício brasileiro, em 1852, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, onde hoje está situado o Campus da Praia Vermelha da UFRJ. Foi gerido por congregações religiosas até a Proclamação da República, e os médicos tinham ali um papel muito secundário.

Na próxima seção, aprofundaremos a discussão sobre a trajetória que dá origem aos hospitais exclusivos dos loucos e a configuração do cuidado nesses espaços a partir de então.

### 2.1.1 O nascimento do manicômio e o nascimento da psiquiatria

Nesta seção, destaca-se a primeira mudança na atenção dada aos loucos, com destaque para o nascimento do manicômio e do alienismo. Essa mudança é impulsionada pelo pensamento iluminista que marcou a Revolução Francesa. Nessa ocasião, havia um número expressivo de pessoas internadas nos hospitais gerais.

É importante refletir que ao repensar o tratamento dado aos loucos, é definido um espaço exclusivo para eles, um novo lugar para a loucura. Todavia, que lugar era esse? Aquele mesmo hospital geral, agora, trataria apenas dos loucos, mas não imediatamente daria fim às práticas de acorrentamento e prisão em celas, como veremos. Mais do que um lugar físico para aqueles cuja chamada desrazão lhes caracterizava, era necessária uma ciência que os qualificasse e definisse como doente. Foi nesse contexto histórico que nasceu o chamado alienismo mental. Conforme descreve Foucault (2019, p. 406-407):

A partir do momento em que vemos, do fundo do século XVIII, os loucos como que dividindo-se entre si mesmos e ocupando um lugar que lhes pertence de fato, compreendemos como se tornaram possíveis o asilo do século XIX, a psiquiatria positiva, a loucura afirmada enfim em seus direitos. Tudo está em seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos; daí nasce essa curiosidade - logo transformada em piedade, depois em humanitarismo e solicitude social - que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais por sua vez provocarão o grande movimento de reforma - inquéritos dos comissários, constituição dos grandes hospitais, os quais finalmente dão início à época de Esquirol à felicidade de uma ciência médica da loucura.

Nos séculos XVII e XVIII, havia uma riqueza de dados médicos e científicos estabelecidos, o que tornou necessária a sua classificação e síntese. Cita-se a classificação de William Cullen como a mais compreensiva do século XVIII, sendo utilizada por Phillipe Pinel em seu próprio sistema de ideias. Cullen foi o primeiro a utilizar o termo “neurose” (Alexander; Selesnick, 2019).

Phillipe Pinel (1745-1826) foi um médico francês e um nome de destaque no alienismo mental, sendo considerado precursor da psiquiatria como especialidade médica. Sobre isso Teixeira (2019, p. 541) descreve:

O entendimento moderno da psiquiatria – uma especialidade médica encarregada de tratar os transtornos mentais - é um fenômeno recente. Surgiu há pouco mais de duzentos anos. Seu marco de fundação foi o trabalho do médico francês Philippe Pinel (1745-1827) nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, em Paris, e a publicação dos seus livros *Nosografia Filosófica* (1798) e *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, ou a Mania* (1801). Este artigo discutirá o processo histórico de nascimento da psiquiatria, em sua matriz europeia, quando ela se consolidou como especialidade médica com o nome de alienismo; vale dizer, a que trata de alienados e da alienação mental. O termo psiquiatria (*psychiaterie*), criado pelo alemão Johan Christian Reil (1759-1813), só se popularizou no final do século XIX.

O alienismo mental, portanto, expressa esforços para construção de uma ciência que explique as doenças mentais. Porém, as mudanças engendradas a partir do seu nascimento não significaram necessariamente mudanças no cuidado dado às pessoas com doença mental. Ou seja, não erradicaram práticas de exclusão e de preconceito relacionadas à loucura.

Phillipe Pinel empreendeu esforços para compreensão das doenças mentais, propondo classificações e explicações e, mais ainda, propondo um modelo de cuidado em que o alienista mantivesse relação próxima ao doente. Entretanto, esse novo espaço da loucura, que agora estava sob olhares da medicina, não encerrou práticas de violência. O manicômio objetificou e institucionalizou a loucura.

O nascimento do alienismo e de seu corolário institucional, o manicômio, assinalou o ponto em que a medicina assumiu a tarefa de tratar cientificamente de um problema antes relegado ao abandono ou ao cuidado religioso. Constituiu-se em um modelo assistencial para tratar indivíduos inadequados ao contrato social do liberalismo, visando sua recuperação para este projeto. Quando isto não fosse possível, os alienistas assumiriam a tutela destes indivíduos. O modelo indistinto de reclusão do antigo hospital geral foi substituído por outro, exclusivamente voltado para a guarda e tratamento de comportamentos desviantes dos alienados mentais. Neste processo, o hospital geral remodelado transformou-se no moderno manicômio. Chegou-se ao acordo que marcaria a Europa, principalmente na segunda metade do século XIX: o manicômio era um instrumento de cura por excelência e a internação dos alienados mentais era uma medida médica e humanitária inquestionável. (Teixeira, 2019, p. 558)

O isolamento e a camisa de força foram medidas utilizadas no manicômio de Pinel. Porém, segundo os registros, não eram mais tomadas medidas de violência de forma gratuita, sendo elas agora partindo de uma autoridade médica, dentro de uma chamada proposta terapêutica.

Pinel defendia a ideia de liberdade para os loucos, uma liberdade dentro do manicômio. Havia um caráter reeducativo em suas proposições, com intuito de

corrigir desvios passionais, supostamente responsáveis pela insanidade, utilizando medidas de cunho moralizante (Teixeira, 2019). O chamado tratamento moral aliado aos esforços científicos foi o que deu a Pinel a relevância como precursor da psiquiatria como ciência médica.

Teixeira (2019) afirma que, para Pinel, a alienação mental era resultado de um distúrbio da sensibilidade físico-moral, o que permitiu aliar o tratamento médico convencional a medidas de base moral, reunidas num projeto de base científica. Houve a integração de procedimentos, como o uso da sangria, evacuanes, espasmódicos e banhos quentes e frios, de ordem física; a medidas ocupacionais, disciplinares, de consolo e de persuasão, de ordem moral. Havia também o emprego de meios físicos, entretanto, Pinel considerava as causas morais como as mais importantes. Conforme afirma Oda e Dalgalarondo (2004, p.135):

Para o sistema terapêutico de Pinel, o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo. Assim, a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e por uma justa repressão, num ambiente calmo, regado e afastado dos tumultos e paixões da vida cotidiana, eles próprios vistos como causadores de certos tipos de loucura. Este processo terapêutico só poderia ser conduzido por um médico alienista cuja autoridade fosse inquestionável, devido à sua alta estatura moral, e que mesclasse sabedoria, bondade e firmeza.

A inovação do projeto pineliano foi o reconhecimento, feito por um discurso médico, da possibilidade de se tratar a alienação mental através dos meios morais. Ele foi um grande representante das correntes do pensamento inovadoras do século XVIII e que estavam situadas em um determinado contexto histórico. Conforme assinala Teixeira (2019, p. 546):

[...] o alienismo representou um marco da reformulação que o liberalismo exigiu em relação à figura do alienado mental no final do século XVIII. Cabe ao alienismo permitir a incorporação dos loucos, agora entendidos como alienados mentais, à nascente sociedade burguesa, desde que fossem tratados e recuperados. Caso isto não fosse possível, eles deveriam ser tutelado sob condições especiais. O objetivo seria proteger o alienado de si próprio e proteger a sociedade de seu perigo potencial. O manicômio tornou-se o local para observar, classificar, tratar, recuperar, isolar e reprimir estes indivíduos, em nome da ciência e da filantropia.

É importante considerar que o asilo era um espaço de repressão e de violência, sobretudo, para aqueles que não se adaptavam ao tratamento proposto

por Pinel. Foucault (2019) apresenta o asilo como uma instância judiciária autônoma que materializa sua justiça em grau de último recurso. Possui seus próprios instrumentos de punição. Para o autor, Pinel inventa seus próprios modos de repressão no asilo. Ou melhor, utiliza os métodos terapêuticos que haviam sido difundidos no século XVII, deles fazendo uso como formas de castigo. Há, portanto, uma conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, sendo um dos paradoxos da obra "filantrópica" e "libertadora" de Pinel. Banhos e duchas eram usados como remédios de acordo com o conceito dos médicos sobre o sistema nervoso. Dentre consequências "felizes" da ducha fria, era observado um efeito psicológico que, por vezes, mudava a natureza dos sentimentos. A ducha fria com Pinel ganha status judiciário, tornando-se punição habitual no asilo. Ou seja, os alienados que não se submetiam ao tratamento moral, eram submetidos à reclusão, era a reclusão dentro da reclusão. Pouco se fala sobre isso associado ao modelo proposto por Pinel, porém, a cela ainda era presente no asilo.

Alexander e Selesnick (2019) afirmam que os métodos utilizados por Pinel eram idênticos aos empregados na Grécia Antiga (administração de purgativos e sangrias, dentre outros). O modelo assistencial que ele propôs ocorreu em plena efervescência política da Revolução Francesa (1789), que significou o fim das monarquias absolutistas e o surgimento das sociedades liberais-burguesas. Ideais como liberdade, igualdade e fraternidade influenciaram diretamente nas propostas desse alienismo nascente. O manicômio surgiu nesse contexto, garantindo um olhar para o louco, entretanto, não o tirando do lugar de excluído. O nascimento do manicômio ou asilo demarca a preocupação do Estado em proteger a sociedade da loucura, não expressando necessariamente um cuidado.

[...] esse novo espaço não está adaptado aos problemas próprios da loucura. Se se prescrevia aos pobres válidos a obrigação de trabalhar, se se confiava às famílias o tratamento dos doentes, estava fora de cogitação deixar que os loucos se misturassem à sociedade. No mínimo se podia tentar mantê-los no espaço familiar, proibindo aos particulares deixar os loucos perigosos da família circularem livremente. Mas, com isso, a proteção só é feita de um lado, e de um modo bem frágil. Quanto mais a sociedade burguesa se sente inocente diante da miséria, mais ela reconhece sua responsabilidade diante da loucura, e sente que deve proteger dela o homem privado. Na época em que doença e pobreza se tornavam pela primeira vez coisas privadas, da esfera apenas dos indivíduos ou das famílias, a loucura, por isso mesmo, exigiu um estatuto público e a definição de um espaço de confinamento que garantisse a sociedade contra seus perigos. (Foucault, 2019, p. 438)

O século do Iluminismo, embora não tenha continuado com prática de queimar na fogueira os doentes mentais, ainda não pode ser considerado um século de grandes mudanças para o cuidado com os doentes mentais.

Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) também é considerado precursor da psiquiatria. Veio da mesma escola francesa e conheceu Pinel trabalhando no hospital La Salpêtrière. Inaugurou um curso clínico sobre o tratamento de doenças mentais e foi propositor da primeira Lei para Alienados na França. Influenciou sobremaneira a criação do Hospital Pedro II, primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais (Brasil, 2003). Esquirol é considerado o mais eminente discípulo de Pinel, seguindo com precisão o trabalho de seu mestre. Esquirol foi responsável por cunhar o termo asilo em referência a esse “novo lugar” do louco, separado dos hospitais gerais. Segundo Desviat (2015), esse termo era uma tentativa de romper com o sentido pejorativo presente ao se referir ao hospital.

As Santas Casas de Misericórdia, o manicômio, o asilo, o hospital psiquiátrico foram e são realidade em grande parte dos territórios e não é diferente no que se refere ao Brasil.

No Brasil, o tratamento moral médico passou a ser implementado a partir da Proclamação da República, em 1889, quando os médicos assumiram o controle das instituições psiquiátricas existentes, até então, ainda sob gestão religiosa. O tipo de instituição na moda, e que passou a ser implementado, foi o das colônias agrícolas, na época fora das cidades, como, por exemplo, Juliano Moreira, no Rio de Janeiro; Juqueri, em São Paulo; e o Hospital Colônia em Barbacena (MG) (Vasconcelos, 2023, p. 73).

Na próxima seção, discutiremos a realidade brasileira e as influências que o Brasil recebeu para instituir suas práticas de cuidado com a loucura.

## **2.2 As práticas brasileiras no cuidado com a loucura ao longo da história e as influências internacionais**

Nesta subseção, traçaremos a forma como foi se configurando o cuidado com as pessoas com transtorno mental no Brasil, ressaltando as influências internacionais.

No Rio de Janeiro, até o fim do século XIX, não havia assistência médica específica aos doentes mentais. Após 1830, um grupo de médicos, higienistas em

sua maioria, começou a pedir pela existência de um hospício para os alienados. Havia crítica ao tratamento dado a esse público pelas Santas Casas de Misericórdia. Em 1841, é assinado o decreto de criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, que foi inaugurado em 1852. Porém, a direção desse hospital permaneceu confiada a religiosos da Santa Casa de Misericórdia e somente em 1881, um médico generalista chamado Nuno de Andrade assumiu a direção do estabelecimento. Nesse mesmo ano, houve a criação da disciplina de “Doenças Nervosas e Mentais” na formação de novos médicos no Brasil (Costa, 2007).

Nuno de Andrade (1851-1922) foi o primeiro a lutar pela desanexação do Hospital Pedro II da Santa Casa de Misericórdia. Isso porque mesmo com a criação do hospital para os loucos, ainda havia interferência dos religiosos da Santa Casa nos critérios de internação e na rotina administrativa do hospital, ou seja, não predominavam critérios médicos para definição da loucura e, por conseguinte, na internação de pessoas nesses locais. Nuno de Andrade saiu do hospital após a chegada de outro nome de destaque da psiquiatria no país. Teixeira Brandão (1854-1921) chegou ao hospital após assumir vaga do primeiro concurso para psiquiatra ocorrido no país, em 1883. Ele é considerado o primeiro alienista brasileiro e também lutou pela desanexação da Santa Casa de Misericórdia, que ocorreu no contexto da República no Brasil, quando o hospital passou a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados. Uma outra contribuição importante de sua carreira foi a fundação da Escola Alfredo Pinto, em 1904, sendo a primeira escola de enfermeiros no país. Também atuou como deputado federal e foi responsável pela elaboração da primeira lei de Alienados no Brasil. (Brasil, 2003)

A desanexação do Hospital Pedro II da Santa Casa significa a estatização desse espaço que estava marcado pela caridade da igreja. Durante o Segundo Reinado (1841-1889), foram criados vários hospícios exclusivos para alienados em várias cidades: São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará (Moreira apud Oda; Dalgalarrodo, 2004).

Importante ressaltar que o Hospital Pedro II foi o primeiro no país com atendimento exclusivo para os doentes mentais e mesmo após seu decreto de fundação demorou para ser inaugurado.

[...] o primeiro destes hospícios exclusivos foi fundado pelo imperador Pedro II que, como ato filantrópico comemorativo ao dia de sua sagração, resolvera “criar um hospital destinado privativamente para tratamento de

alienados”, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte (Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841). O Hospício Pedro II levou cerca de dez anos para ser construído, e o suntuoso edifício da Praia Vermelha foi inaugurado em 1852. (Oda; Dalgalarrodo, 2004, p. 130)

O nascimento dos manicômios culmina com o nascimento da psiquiatria como ciência médica no século XVIII. A loucura, nesse contexto, apresenta-se como objeto da ciência a partir de então e passa a ser tratada como doença. Apesar de não ter extinguido práticas de exclusão social e repressão ao louco, é inegável que há um olhar diferente para a loucura. O manicômio passa a ser um lugar de “cuidado” e o médico assumiu o papel de maior autoridade nesse cuidado.

Dentre nomes que influenciaram as práticas brasileiras está o de Emil Kraepelin (1855-1926), um influente psiquiatra alemão que propôs uma classificação de doenças mentais, a qual inspirou Juliano Moreira na sua prática no Brasil (Brasil, 2003). “Dizem que a ‘psiquiatria imperial alemã’ conquistou sua proeminência sob a ‘chancelaria’ de Kraepelin, um dos admiradores de Bismarck” (Alexander; Selesnick, 2019, p. 261). Kraepelin deu grandes contribuições à psiquiatria da época, dado seu esforço em registrar casos e propor classificações com ênfase em explicações neurológicas. Todavia, atualmente, suas contribuições para psiquiatria atual são questionáveis, pois sua produção não contribuiu para compreender a causa das doenças nem tampouco melhorar prognósticos. Assim como Pinel (1745-1827) e Esquirol (1772-1840), ele demonstrou a importância da observação clínica pormenorizada com descrição cuidadosa e precisa dos dados, sendo essa contribuição fundamental para que a psiquiatria se tornasse uma especialidade clínica disciplinada. (Alexander; Selesnick, 2019)

Pinel e Esquirol inauguram o modelo psiquiátrico tradicional iniciado na segunda metade do século XX. Nele não se questiona a existência do asilo, do manicômio. Do contrário, há fortalecimento dessa estrutura com suas relações de poder em que o médico ocupa a autoridade maior na instituição. Separa-se o louco em um espaço só seu, porém não se reconhece sua cidadania.

No Brasil, Juliano Moreira (1873-1933) foi também um grande nome da psiquiatria. Foi responsável por queimar camisas de força e fortalecer práticas de cuidado que envolviam o diálogo com o paciente. Foi diretor do Hospital Nacional de Alienados por 27 anos. Fez reformas no hospital com separação de pavilhões por classes sociais, por gênero e também com um pavilhão separado para as crianças.

As descrições dos pavilhões das classes mais baixas envolviam atividades como cozinhar e limpar. Curiosamente, havia mais altas nesses pavilhões do que nos pavilhões das classes mais abastadas. Talvez, reforçando as ideias em torno da importância de envolver os pacientes em atividades diversas. Foi observado que, dentre as classes mais altas, os quadros clínicos cronificavam em proporção maior (Brasil, 2003).

Ao longo dos anos, houve muitas mudanças importantes para o tratamento da loucura. Inicialmente, ao nascer como ciência médica a psiquiatria passa a estudar a loucura e compreendê-la como uma doença tratável como outras. Propôs um modelo de cuidado menos repressor no interior dos manicômios e a figura do médico deu um sentido diferente ao funcionamento das instituições asilares. O grande desafio era engendrar esforços nessa nova especialidade da medicina para compreender a doença e garantir cuidado em um cenário de superlotação de manicômios e pouco critério na internação de doentes. As críticas eram que os médicos engendravam mais esforços para estudar e compreender as doenças e, em contrapartida, havia poucas contribuições para transformações nas formas de tratamento e nas práticas de cuidado.

Outros nomes de profissionais médicos que merecem destaque na história do alienismo brasileiro são Luiz Cerqueira (1892-1943), Ulisses Pernambucano (1911-1984), Oswaldo Santos (1933-2000) e Wilson José Simplício (1924-2001). Ulisses trouxe contribuições críticas às formas de cuidado como o aprisionamento, propondo práticas de cuidado em liberdade sem contenção no leito, ocupando os pacientes com atividades diversas ao longo do dia. Ele chegou a ser preso no Estado Novo por suas ideias críticas e por ser acusado de influenciar com suas ideias os seus alunos. Luiz Cerqueira foi um psiquiatra alagoano considerado precursor da psiquiatria social no Brasil com suas denúncias às condições precárias de assistência e também contra as práticas mercantilistas na atividade médica fomentada pela indústria farmacêutica. Ele foi um importante mobilizador para aprovação da lei que propunha extinção dos manicômios. Oswaldo e Wilson trabalharam no antigo Centro Psiquiátrico Pedro II e inovaram propondo práticas relacionadas às Comunidades Terapêuticas. Atuaram no período da ditadura militar no país e a havia muitas práticas degradantes na área da psiquiatria. Enfermeiros e carcereiros se confundiam. Eles dois juntos, um como diretor e outro como médico foram inspirados pela Clínica Pinel em Porto Alegre e propuseram um modelo de cuidado em que os

pacientes tinham direitos e deveres iguais aos da equipe, o que revolucionou as práticas da época. Apesar de não repensarem a existência do hospício. (Brasil, 2003)

No fim do século XIX, destaca-se como importantes contribuições e influências para as práticas da psiquiatria no Brasil as de Sigmund Freud (1856-1939). Foi responsável pela criação da prática e teoria psicanalítica. Carl Jung foi seguidor das ideias de Freud, apesar de se desviar delas ao longo de sua trajetória profissional.

Em 1912, a psiquiatria consolidou-se como especialidade médica autônoma. E a partir de então, foram surgindo esforços para proposição de estudos e tratamentos mais eficazes e efetivos. Destaca-se, no Brasil, o surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental como um desses esforços relevantes. Porém, há muitas dificuldades, uma delas era construir uma ciência que levasse em consideração as especificidades de um país colonizado e com muitas desigualdades sociais.

Aquilo que trazia esperança e era a possibilidade da produção de um saber que ofertasse cuidado e garantisse dignidade ao doente através da ciência médica, continuou a ser um mecanismo de controle e exclusão e até de extermínio de doentes mentais, demarcando uma realidade triste para história da humanidade. Como assinala Costa (2007, p.23):

Não se tratava mais do saber sobre a doença mental. O psiquiatra tinha que dominar a loucura a qualquer preço. O louco era, por exce-lência, aquele que resistia à normatização. O louco representava - e era - a realidade que feria incomodamente a ilusão narcísica do psiquiatra. A Psiquiatria tornou-se um campo de batalha e não de conhecimento. A loucura resistia à Psiquiatria, que tentava domesticá-la por todos os meios. A prevenção eugênica foi o esforço desesperado do psiquiatra para quebrar esta resistência. Se os indivíduos não se submetiam à cura, se os indivíduos se negavam a reproduzir a imagem do psiquiatra, o último recurso consistiu em propor a exterminação física dos rebeldes. A relação de saber cedia o passo à relação de poder. Os psiquiatras, no entanto, acreditavam fazer ciência. Uma ciência em que muitos de nós acreditamos. Ciência pura, universal, que desconhece a história de suas contingências.

Havia um atraso histórico na psiquiatria do Brasil. A Liga Brasileira de Higiene Mental, por exemplo, surge em meados das primeiras décadas do século XX e foi produto desse atraso. Reproduziu preconceitos, limitações teóricas e práticas. Até a chegada de Juliano Moreira, havia grande influência teórica da psiquiatria francesa e na prática de religiosos e leigos. Juliano Moreira e seus discípulos tentaram mudar

esse cenário com o estabelecimento de fundamentos teóricos, práticos e institucionais mais coerentes para o sistema psiquiátrico. Entretanto, não houve tanto êxito, e ele próprio continuou a cometer equívocos (Costa, 2007).

A utilização de práticas como a eugenia dentro da prática psiquiátrica brasileira é um exemplo disso. A discriminação de raça e classe social está presente nas práticas médicas nos manicômios, nessa época. “Com a eugenia, o racismo entrava em sua *era científica*, pois sentia-se legitimado pela Biologia” (Costa, 2007, p. 52)

A eugenia foi um movimento que emergiu no início do século XX associado a teorias sociais e evolutivas, relacionando-se com racismo científico e darwinismo social, ou seja, vincula-se à crença na existência de raças superiores e inferiores e na ideia de eliminar imperfeições humanas garantindo melhor evolução da espécie humana. Sobre isso, descreve Reis; Munõz apud Souza (2022, p.98):

Eugenistas da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), instituição que deu amplo abrigo ao movimento eugênico, lembravam que a seleção imigratória era fundamental inclusive para evitar “problemas sociais” como a delinquência, a criminalidade, o alcoolismo e a loucura. Embora a Liga inicialmente tivesse assumido posições menos radicais sobre eugenia e seleção imigratória, fazendo a defesa de uma seleção individual ao invés de duros critérios raciais, a partir do final dos anos 1920 o racismo científico cada vez mais ocuparia espaço em sua agenda institucional.

Essa prática esteve ligada ao nazismo e ao genocídio em alguns países como a Alemanha após a Segunda Guerra Mundial. Sobre isso, Vasconcelos (2023) assinala que no início do século XX, a psiquiatria estendeu seu domínio para todo o campo social e dessa forma, a loucura era relacionada a desordem social. Nesse sentido, a psiquiatria tornou-se o instrumento de prevenção dessa desordem e da “doença mental”. A chamada educação higiênica e a eugenia foram adotadas com atitudes abertamente racistas contra pessoas de etnias não-brancas, pessoas com deficiência e também os loucos.

Em outros países, esforços para tratar a loucura inspiraram as práticas brasileiras. Na França, destaca-se a psiquiatria de setor (psicoterapia institucional); na Inglaterra, tem-se a antipsiquiatria e comunidade terapêutica. Nos Estados Unidos, a saúde mental preventiva e comunitária (Desviat, 2015). Tais experiências foram influenciando o Brasil a desenhar suas práticas. Conforme assinala Yasui (2011, p. 585)

O processo de transformação da assistência em saúde mental em curso no país, que denominamos reforma psiquiátrica, teve início no final da década de 1970 e inspirou-se em diversas experiências de mudança que ocorreram no continente europeu e nos EUA no período posterior à Segunda Guerra Mundial: transformações no interior das instituições, como as propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças no enfoque, de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália. Todas elas serviram como referência em determinados momentos do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira [...]

O precursor da psiquiatria de setor na França que tinha como fundamento teórico a psicoterapia institucional foi François Tosquelles (1912-1994). Sobre isso, Vasconcelos (2023) afirma que foi um movimento original com a utilização da abordagem psicanalítica para análise das relações entre os profissionais, usuários e as suas tarefas com o estímulo ao seu protagonismo. Nessa perspectiva, também foi uma referência Jean Oury (1924-2014). No Brasil, houve algumas experiências de comunidades terapêuticas durante a ditadura, em Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte.

Destaca-se que enquanto alguns modelos de cuidado propostos por reformas não questionavam a existência da instituição manicomial, defendendo a possibilidade de tornar o tratamento digno e respeitoso dentro dessas instituições, outros passaram a questionar a existência do hospital psiquiátrico como modelo de cuidado.

Goffman (1922-1982) publicou o livro *Manicômios, conventos e prisões* (tradução brasileira, nome original *Asylum*) em 1961. Nessa obra, o autor discorre fortes críticas à instituição asilar e traz o conceito de instituição total em diferentes modalidades, destacando a violência contra a identidade do indivíduo ao lhe tolher a liberdade. (Goffman, 1974)

Dentre nomes brasileiros que propuseram mudanças no cuidado intrahospitalar ao louco, podemos citar Nise da Silveira (1905-1999). A sua proposta consistia em modificar práticas dentro no hospital, mantendo a estrutura do hospício e propondo um cuidado humanizado com o paciente. Nise inspirou-se nas ideias de Jung e foi um importante nome na história da psiquiatria no Brasil, devido sua proposta revolucionar a prática clínica que era tão dominada por medicamentos e eletrochoques, na época. Ela criou, no Centro Psiquiátrico Pedro II, oficinas

terapêuticas com expressões artísticas, tornando-se precursora da profissão de terapeuta ocupacional. Conforme descreve Vasconcelos (2023, p. 99):

Nise da Silveira (1905-1999) foi uma psiquiatra engajada, de esquerda, de origem alagoana, e que durante a ditadura Vargas (1937-1945) também foi presa com as principais lideranças da esquerda brasileira, vivendo na pele a experiência de estar do lado de dentro das grades. A partir do final da Segunda Guerra, com o final da ditadura, Nise iniciou no Rio de Janeiro uma proposta completamente inovadora e única de trabalho em saúde mental até aquele momento no país, em uma época em que a assistência psiquiátrica era unicamente asilar. Iniciou o projeto com clientes oriundos do então Centro Psiquiátrico Nacional, hoje Instituto Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, em ambiente externo e aberto, com atividades ocupacionais, profissionalizantes e, principalmente artístico-expressivas. Nelas, o usuário podia projetar imagens interiores e elaborar seus conflitos subjetivos, em um trabalho que obteve respeito e reconhecimento internacional.

As mudanças de práticas intrahospitalares sem questionar necessariamente a estrutura e existência do hospital foram seguidas por um tempo pela maioria dos psiquiatras da época, influenciadas pela psiquiatria de setor da França. Sobre isso, Desviat (2015, p. 30) comenta:

A psicoterapia institucional, fundamento teórico da política francesa de setor, é, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da reforma quanto nos que viriam depois (Espanha, Brasil), em um segundo momento histórico, uma vez conhecidos os problemas de várias décadas de experiências, observam-se as mesmas condições de desenvolvimento.

Desviat (2015) delinea ainda as influências internacionais no desenho da Reforma Psiquiátrica em países da América Latina. Ele afirma que a Reforma Psiquiátrica dependerá das peculiaridades sanitárias de cada país. As referências de transformação desses países estavam inscritas nas experiências européias e norte-americanas após a Segunda Guerra Mundial, sendo elas: a política de setorização e a psicoterapia institucional francesa; a comunidade terapêutica e ordenação de serviços britânica e também a psiquiatria comunitária e desinstitucionalização dos Estados Unidos além da demolição basagliana da Itália.

O período histórico que marca, portanto, as mudanças nas práticas psiquiátricas é o período após a Segunda Guerra Mundial. As práticas francesas (psiquiatria de setor e psicoterapia institucional); a Psiquiatria Democrática italiana e

as práticas de comunidade terapêutica e antipsiquiatria na Inglaterra e nos Estados Unidos são as que mais influenciaram as reformas psiquiátricas no mundo, dentre elas a do Brasil.

Cabe aqui refletir sobre o modelo de comunidade terapêutica trazido nos anos 70, como proposta de reforma, como aponta Desviat (2015, p. 45-46):

Embora não exista um modelo único, é possível resumir como princípios da Comunidade Terapêutica [...]: democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade (um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição: em geral, seus benefícios se encerram quando o paciente sai da comunidade terapêutica). Ou ainda, dito de outra maneira: liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo o que acontece na instituição (reuniões diárias dos pacientes e do pessoal, psicoterapias de grupo); tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões etc.); presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

A proposta de comunidade terapêutica trazida nesses moldes nada tem a ver com a comunidade terapêutica que temos hoje no Brasil, desde os anos 60, para tratar pessoas com dependência química. As comunidades terapêuticas nascidas nos primórdios da Reforma Psiquiátrica foram criadas na Inglaterra, França e Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial como resposta a uma pressão para atender soldados e cidadãos ilustres traumatizados pela guerra e que não apresentavam melhora nos espaços dos hospitais psiquiátricos (Vasconcelos, 2023).

A principal contribuição dessa proposta é a democratização das relações no âmbito do hospital, contribuindo para construção de uma cultura em que o doente é capaz de decisões no que concerne à dinâmica de seu tratamento.

Franco Basaglia (1924-1980), na Itália, considerou que a proposta de comunidade terapêutica foi “um primeiro passo fundamental [...] para um processo mais global de questionamento, superação e substituição da própria instituição hospitalar como um todo” (Vasconcelos, 2023, p. 101). Ele foi um precursor de consideráveis mudanças na psiquiatria a partir de sua experiência em Trieste e Gorizia. Basaglia foi militante político da resistência antifascista, e assim como Nise da Silveira, também viveu a experiência da prisão durante a Segunda Guerra Mundial. (Vasconcelos, 2023)

O pensamento de Basaglia juntamente com de sua esposa, Franca Basaglia, passaram a contribuir e influenciar de forma contundente as práticas de cuidado em

muitos países, incluindo o Brasil. Basaglia traz algumas considerações sobre o modelo de comunidade terapêutica, destacando a reformulação de práticas de cuidado. Ele ressalta ainda a influência de práticas de outros países na Itália, dando ênfase às influências alemãs e anglo-saxônicas. Teceu fortes críticas a ideologia alemã. Além disso, ele compreendia a doença mental para além de questões restritas a sua manifestação clínica, levando em consideração o contexto social cujo doente está e a sua repercussão, colocando a relação com o doente como aspecto de reflexão relevante para repensar essas práticas. Como explica abaixo:

Analisando a situação do internado em um hospital psiquiátrico [...], podemos começar dizendo que ele aparece, antes de tudo, como um homem sem direitos, sujeito ao poder da instituição, e portanto à mercê dos delegatários da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. Já se viu que sua exclusão ou expulsão da sociedade está, porém, mais estreitamente ligada à sua falta de poder contratual (à sua condição social e econômica) do que à doença em si [...] um esquizofrênico abastado, internado numa clínica particular, terá um prognóstico diferente daquele do esquizofrênico pobre, recolhido por uma guia de internação a um hospital psiquiátrico. O que caracterizará a situação do primeiro não será apenas o fato de ele não ser automaticamente rotulado como um doente mental "perigoso para si e para os outros, e escandaloso em público", mas sim o tipo de internação de que se beneficia irá salvaguardá-lo de ser descontextualizado, separado da própria realidade. A internação "particular" nem sempre interrompe o continuum da existência do doente, e tampouco reduz ou extingue de modo irreversível seu papel social. Por isso, superado o período crítico, para ele será fácil reinserir-se na sociedade. O poder descontextualizante, destrutivo e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, só atua sobre aqueles que não têm outra alternativa além do hospital psiquiátrico. (Basaglia, 2010, p. 101-102)

Mesmo que, inicialmente, Basaglia também não questionara a existência do manicômio, acreditando que a reformulação das práticas seria suficiente para garantir a melhora ou a cura, ele não demorou a realizar questionamentos, devido ao fato de compreender o esgotamento e as contradições da instituição asilar. É importante destacar que Basaglia teve forte influência de conceitos e reflexões de Goffman (1974) ao iniciar questionamentos sobre a instituição manicomial, sobretudo quando ele faz referência ao conceito de mortificação trazido pelo autor como consequência da vivência a todos que se encontram nesses espaços. Mortificação no sentido de que o sujeito não é dono de suas vontades, estando submetido a uma rotina com ações e atividades que ele não escolheu e nem tem afinidade. Passando desde a admissão nesses espaços a perda de seu eu, com entrega de bens pessoais, cortes de cabelos, etc.

Basaglia inaugura um modo de pensar a prática dentro no manicômio e, mais que isso, questiona a figura do médico como responsável pela continuidade de práticas violentas contra o doente. Ele destaca que a sociedade exclui e estigmatiza o doente e também consolida a figura do médico como responsável por “domesticar” a loucura dentro do hospital psiquiátrico.

O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela: somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá reabilitar-se do estado de institucionalização a que foi induzido... Porque foi dentro dos muros do manicômio que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência: no sentido de que, diante do problema do doente mental, ela o resolveu negativamente, excluindo-o do contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade. Posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem - seja qual for seu estado mental - objetifica-se gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, a construção de uma crosta de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria senão o seu ato extremo de defesa contra o mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: o último recurso pessoal que o doente (assim como o internado) dispõe para defender-se da insuportável experiência de viver conscientemente como excluído. (Basaglia, 2010, p. 117-118)

Em 13 de maio de 1978, foi aprovada a lei nº180, na Itália, fruto das reflexões e práticas de Franco Basaglia. Por isso, ela é chamada de Lei Basaglia. É considerada a lei da Reforma Psiquiátrica italiana, pois inaugura uma proposta de extinção gradativa dos manicômios com a substituição do hospital por um modelo comunitário de cuidado em liberdade. Essa lei repercutiu internacionalmente influenciando o Brasil na constituição do seu processo de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Conforme relata Vasconcelos (2023, p. 107):

Basaglia ampliou significativamente a compreensão e a crítica das raízes profundas da instituição psiquiátrica, mostrando como ela extrapola amplamente os muros dos hospitais, atingindo o poder e o mandato social que a sociedade atribui à medicina e à psiquiatria para segregar e isolar a loucura, às políticas públicas que as organizam, chegando até às relações sociais, à cultura, às representações sociais e às leis associadas à saúde mental, bem como ao conjunto de saberes especializados e de modelos de conhecimento implícitos a eles. Assim, é todo esse conjunto de políticas, relações, representações culturais, leis e conhecimentos, que precisa ser desinstitucionalizado, e não apenas os estabelecimentos concretos e as pessoas usuárias que vivem dentro deles.

Amarante (1996) destaca que mesmo na Itália, a Reforma Psiquiátrica não se apresentou de forma hegemônica. Há autores que até mesmo criticam a utilização do termo Psiquiatria Democrática Italiana, enfatizando que as contribuições de Basaglia vão além do campo da psiquiatria e também do campo político.

É importante destacar que mundialmente eram discutidas estratégias para atendimento das demandas de saúde. Vários países enfrentavam dificuldades não só no campo da saúde mental. A Organização Panamericana de Saúde foi responsável por propostas de mudanças nos sistemas de saúde em vários países da América Latina, nos anos 90. O modelo proposto envolvia ações universais e de prevenção, em contrapartida ao modelo medicalizador dos países desenvolvidos.

O ano de 1978 foi um ano emblemático para o Brasil, pois trouxe figuras internacionais importantes para o debate sobre saúde mental no território brasileiro. A criação do Instituto de Psicanálise, Grupos e Instituições (IBRAPSI) ocorreu nesse ano, após a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em que estiveram presentes: Franco Basaglia, Erving Goffman, Thomas Szasz, Howard Becker, Robert Castel, Felix Guattari e psicanalistas argentinos. Nomes importantes para Psiquiatria Democrática Italiana e Antipsiquiatria. Esse evento alimenta o início da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Felix Guattari (1930-1992) foi responsável por teorias críticas que influenciaram o campo da saúde mental no Brasil. A mais conhecida é a da esquizoanálise que propõe que o mais importante na atenção psicossocial não é voltar ao passado, como propõe a psicanálise, e sim visitar o futuro provocando o inconsciente do sujeito a produzir e criar algo por meio de atividades de trabalho, arte, cultura, moradia, etc. No Brasil, os principais representantes dessa corrente de pensamento foram: Gregório Barenblitt, Antonio Lancetti, Suely Rolnick, Eduardo Passos e Emerson Merhy (Vasconcelos, 2023).

É importante destacar o contexto histórico do Brasil que, nessa ocasião, vivia sob a ditadura militar, no período compreendido entre 1964 e início de 1985. Havia severa repressão política aos movimentos sociais, entretanto essa repressão maior durou até o ano de 1978, quando vários movimentos sociais reemergiram em eventos públicos e ocorreram greves de trabalhadores. Tanto lideranças do movimento sanitário, que mais tarde lutaram pela criação do Sistema Único de Saúde, como também trabalhadores da saúde mental participaram de congressos

internacionais que fortaleceram a luta antimanicomial e marcaram o movimento de reforma brasileiro. Conforme assinala Vasconcelos (2023, p. 97):

O modelo de reforma psiquiátrica que adotamos no Brasil e em alguns países do mundo não surgiu de repente, foi sendo construído aos poucos, a partir de experiências práticas e processos históricos que foram implementando mudanças no modelo de psiquiatria manico-mial, durante e a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Essas experiências foram sendo gradualmente sistematizadas, avaliadas e divulgadas, levando às novas experiências e aos modelos que adotamos hoje no Brasil.

Enfim, dentre as reformas propostas a nível internacional, inegavelmente o modelo de reforma psiquiátrica italiano, encabeçado por Franco Basaglia, foi a principal inspiração para a experiência brasileira, conforme veremos na próxima seção.

### **3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA:** a construção da política de saúde mental como um direito

Nesta seção, delinea-se o percurso de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira bem como da Política de Saúde Mental regulamentada no Brasil, destacando o direito social à saúde e a especificidade dessa política tão marcada pelo estigma e exclusão. Além disso, pretende-se destacar o contexto de inflexões sofridas por esse movimento dada a ascensão das ideias neoliberais no Brasil e no mundo.

#### **3.1 O nascimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil**

A Reforma Psiquiátrica brasileira nasceu atrelada ao movimento da Reforma Sanitária a partir do nascimento de instituições importantes para repensar práticas e o conceito de saúde. Dentre elas, pode-se citar, em 1975, a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Revista Saúde em Debate, com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e de atores como profissionais da saúde e acadêmicos que atuavam no movimento da Reforma Sanitária.

O CEBES é considerado uma referência fundamental para a Reforma Sanitária e Psiquiátrica no país. Sua criação tornou-se um marco histórico, político e epistemológico para ambas as reformas. Em seu interior, vários profissionais da saúde, sobretudo médicos, inicialmente organizaram núcleos de Saúde Mental, dentre eles podemos citar o do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia. Em cada um deles, foram discutidas as condições psiquiátricas no país, compostas sobretudo pela assistência de hospitais privados. O movimento autodenominado de Movimento de Renovação Médica (REME) nasceu pela aproximação das discussões do Núcleo Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que era realizado dentro do Sindicato dos Médicos e seu papel foi fundamental para início da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2021)

O modelo psiquiátrico brasileiro nos anos 60 e 70 era marcado pela baixa qualidade da assistência, bem como reiterados episódios de violação de direitos. Conforme aponta Amarante (2020, p. 19):

Não é mais desconhecido por ninguém que os hospitais psiquiátricos, também denominados de manicômios, na verdade se tornaram grandes “depósitos”, lugares de isolamento e abandono de pessoas consideradas loucas, muitas vezes lugares de morte! Assim sendo, uma questão para a Reforma Psiquiátrica é a reflexão sobre o saber e as práticas psiquiátricas em busca de novas formas de cuidado e tratamento efetivos, e não de isolamento, segregação e violência. As novas práticas surgidas no processo da Reforma Psiquiátrica levam em consideração que a intervenção médica tradicional reduz o sujeito aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características da pessoa.

Pitta (2011) destaca que havia uma indústria da loucura na época da ditadura militar. Isso porque entre 1965 e 1970, por exemplo, havia uma vazão considerável de dinheiro público para esfera privada com o financiamento de leitos psiquiátricos. Os dados da época demonstram que no setor público, no mesmo período, não houve aumento de população internada, já na esfera privada, a população internada saltou de 14 mil em 1965 para 30 mil em 1970. Em 1982, esse número saltou para 98 mil leitos psiquiátricos localizados de maneira centralizada na região Sudeste e em alguns estados do Nordeste, configurando-se uma proporção de 80% de leitos privados e 20% de leitos diretamente públicos. Esses dados geravam grande inquietação entre militantes da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como em trabalhadores e acadêmicos que se manifestavam em congressos, associações e redes, fortalecendo a discussão e a formação dos movimentos sociais.

A Saúde Mental entrava no debate político, já que no campo acadêmico, discutia-se o esvaziamento da prática psiquiátrica como medicalizadora e excludente. É necessário pontuar que a Reforma Psiquiátrica não foi um movimento homogêneo, assim como a Reforma Sanitária galgou um caminho de construção e de embates. Amarante (1996) destaca que os conceitos e as práticas quanto à Reforma Psiquiátrica são muito diferentes entre os atores que a exercem. A luta pela cidadania, por exemplo, não é uma tendência presente em todas as propostas de reforma. O próprio conceito de desinstitucionalização sofre metamorfoses em âmbito prático e teórico impactando no percurso da reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são movimentos sócio-políticos que surgiram em um contexto de efervescência de movimentos sociais no período de redemocratização no país, com diferentes atores e interesses. Por vezes, esses atores fortaleciam o debate em torno da luta antimanicomial e da desinstitucionalização e, por vezes, o movimento era contrário. Ou seja, nem sempre

o movimento político-ideológico de luta antimanicomial conseguiu impor-se como bandeira dessa reforma.

Ocorreram muitos eventos e encontros que foram importantes para fomentar as discussões em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em 1977, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde, na qual foi lançada o Plano Integrado de Cuidado em Saúde Mental (PISAM) do Ministério da Saúde, demarcando o caráter preventivista, segundo dados da Fiocruz. Nesse mesmo ano, ocorreu o I Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, em Bruxelas, Bélgica, demarcando um espaço importante de discussões sobre as práticas no campo da saúde mental. No ano seguinte, 1976, ocorre o II Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, em Paris, França. Em 1977, ocorre o III Encontro Internacional da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em Trieste, Itália; e neste encontro, Franco Basaglia apresenta a sua experiência iniciada em Gorizia e continuada em Trieste que, posteriormente, dá nome ao seu livro “A instituição negada”.

O estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a crise na Divisão Nacional de Saúde (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, que era responsável pela administração dos hospitais psiquiátricos no território nacional e gestão da política de saúde, em 1978. Essa crise se caracterizou por denúncias e início de uma greve em abril desse ano, encabeçada por médicos com a mobilização em torno de quatro unidades de saúde, todas localizadas no Rio de Janeiro, são elas: Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Houve denúncia de maus-tratos e violências ocorridas dentro das unidades, além das péssimas condições salariais e de trabalho. Os profissionais passaram a fazer críticas em torno da cronificação dos manicômios e do uso indiscriminado do eletrochoque, dentre outras práticas que violavam direitos. Nascia a partir de então o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro (Amarante, 1995).

Antes mesmo dessa greve, havia grande insatisfação entre os profissionais da saúde dos hospitais da DINSAM, devido às condições de trabalho que eram bastante desfavoráveis. Os contratos eram precarizados, por meio de bolsas e sem vínculo empregatício. Não eram realizados concursos públicos desde a década de 50. A insatisfação tomou repercussão maior quando três médicos do pronto-socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciaram irregularidades, maus-tratos e

violências contra os pacientes. Não havia, na ocasião, nenhum teor político nas denúncias, todavia, a conjuntura política do final da ditadura militar interpretava as críticas como oposição, como atitudes relacionadas à esquerda. Diante disso, os denunciadores foram todos demitidos. Esse acontecimento repercutiu bastante, gerando solidariedade em vários órgãos e setores, dentre eles: o Movimento de Renovação Médica (REME), o CEBES, a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), a Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro (AMERERJ), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). A partir de então, houve mobilização em torno da greve geral (Amarante, 2021).

Em decorrência dessa greve, ocorreu a demissão de mais 260 trabalhadores das quatro unidades hospitalares a fim de parar o movimento e o consequente nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Amarante (1995) considera o MTSM como principal sujeito político da Reforma Psiquiátrica. Foi ele que originalmente deu início ao debate por novas propostas de cuidado. Um gesto que poderia ter se limitado àquelas 4 unidades de saúde passou a ter apoio de entidades como o Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES. A partir daí, foram feitas reuniões periódicas com a formação de comissões em assembleias, sindicatos e entidades da sociedade civil. Conforme descreve Amarante (1995, p. 74):

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

O MTSM nasce como um movimento de trabalhadores que envolveu denúncias para além das condições de trabalho. Denúncias que ganharam repercussão e geraram comoção na sociedade pelo seu teor repulsivo de violências institucionalizadas, expondo práticas desumanas de cuidar de doentes.

Em 1978, também ocorre I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que também se tornou um marco histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi um evento importante para o lançamento de uma sociedade psicanalítica (Amarante, 2021). Nesse mesmo ano, também ocorre V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú. Foi chamado de “Congresso de Abertura”, pois foi a primeira vez que um evento organizado por uma entidade conservadora, como Associação Brasileira de Psiquiatria, conseguia aglutinar diferentes movimentos de saúde mental com proposições de mudança, fomentando um espaço de discussões e organização político-ideológica. Nesse mesmo ano, no mês de outubro, ocorre ainda o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que abriu caminho para vinda dos principais mentores da Psiquiatria Democrática Italiana ao Brasil. É importante destacar que Franco Basaglia estabeleceu forte vínculo com militantes do CEBES e MTSM, estando presente em conferências, encontros, debates em universidades, sindicatos e associações, sendo fundamental sua influência para definição do pensamento crítico do MTSM (Amarante; Barros; Nicácio apud Amarante, 2021).

Em janeiro de 1979, ocorreu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, espaço importante para reflexão em torno da prática e de novos modelos de cuidado e também para fortalecimento da defesa das condições de trabalho. Foi um congresso em que o MTSM destacou seu crescimento político com a defesa de pautas de transformação do sistema de atenção à saúde e da defesa de uma democracia plena e fortalecimento dos movimentos sociais (Amarante, 2021).

Franco Basaglia visitou, em 1979, um macro-hospital psiquiátrico na cidade de Barbacena, que o fez comparar o hospital a um campo de concentração nazista, negando qualquer característica de cuidado ou tratamento que deveria caracterizar um hospital. Essa visita o chocou tanto que lhe causou dificuldade de se pronunciar em um seminário (Amarante, 2021). Nesse mesmo ano, ocorre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com a presença de Franco Basaglia. Em 1980, ocorre o I Encontro Regional de Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Ocorre também o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador, em paralelo com II Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Nesse momento, acontece um distanciamento entre a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (Amarante, 1995).

É necessário destacar que houve um acontecimento muito importante, no final de 1979, para a história das políticas de saúde, no Brasil. Houve a elaboração de um documento por membros do CEBES, intitulado “A questão democrática da área da saúde”, com a proposta do que seria o Sistema Único de Saúde (SUS), contendo os princípios de universalidade, equidade, participação social e gestão unificada. Esse documento foi apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro desse ano, em Brasília. Além desse documento, o CEBES apresentou um documento com uma densa descrição das condições da assistência psiquiátrica no país. Outro acontecimento que merece destaque foi a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que atualmente denomina-se Associação Brasileira de Saúde Coletiva e que também configura-se como um importante ator da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2021).

Em 1980, ocorre o V Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, também conhecida como Reseau, em São Francisco, nos Estados Unidos, demarcando o esforço na construção de novas práticas a partir de várias denúncias em torno das instituições asilares. Em 1981, acontece o I Encontro Latino-Americano e VI Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Cuernavaca, México. Nos anos seguintes, continuaram a ocorrer encontros e congressos importantes para o debate e fortalecimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Em 1983, ocorre o I Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em Belo Horizonte. Também ocorre em 1985, o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, sendo que neste não houve participação de movimento social. Houve dois “primeiros congressos” de trabalhadores, ambos no mesmo espaço, porém o segundo teve a participação do movimento social (Pitta, 2011).

É importante destacar que a partir de 1985 muitos dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, bem como a direção de importantes unidades hospitalares públicas – inclusive algumas universitárias – estão sob a condução de fundadores e ativistas do MTSM. (Amarante, 1995). Esse fato permite que o debate sobre as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial perpassasse pelos espaços de constituição do cuidado,

contaminando uma gama de profissionais e alimentando espaços importantes de discussão.

Podemos citar ainda eventos importantes na constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira: o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, no Espírito Santo; o I Encontro Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1986; a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em 1987; o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Barbacena, em 1987.

Sergio Arouca, ex-presidente do CEBES, foi nomeado presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e foi responsável pela indicação de participação social na Conferência Nacional de Saúde onde, até então, predominava a participação de gestores como ministros, dirigentes de instituições e secretários. Portanto, em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde com participação popular. Essa conferência foi um marco importante de reconceituação da saúde, sendo definida para além de sua relação com a doença, mas como um direito de cidadania e dever do Estado, o que se materializa dois anos depois na Constituição Federal (Amarante, 2021).

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental com a participação de gestores e trabalhadores da saúde mental, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi um desdobramento importante da 8ª Conferência Nacional de Saúde que, como dito, foi a primeira que teve participação popular com representação de variados setores da sociedade e com o entendimento da saúde como um direito e dever do Estado. Entre as principais recomendações dessa conferência de Saúde Mental destaca-se que os trabalhadores da saúde mental, em conjunto com a sociedade civil, implementem esforços para democratizar as instituições e unidades de saúde, bem como combater a psiquiatrização social, além do reforço da responsabilidade do Estado em priorizar investimentos nos serviços extra-hospitalares se opondo à tendência hospitalocêntrica (Amarante, 1995).

A realização dessa conferência de Saúde Mental encontrou dificuldades para se concretizar. Isso porque havia uma divergência ideológica entre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), setor do Ministério da Saúde. Porém, a partir de atores do MTSM que possuíam cargos no MS e a partir da realização independente das conferências estaduais e

municipais, foram sendo construídas articulações, o que gerou pressão para que se realizasse a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Como desdobramento dessa conferência, ocorreu também a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que resultou na Carta de Bauru, documento importante, considerado o marco inicial da luta antimanicomial com o lema: “por uma sociedade sem manicômios”. (Amarante, 1995)

É o Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987 que alcança o consenso de ser o marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, particularmente de São Paulo, Rio, Minas Gerais, onde se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios” origina do na Itália, trazido do último encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria que animou e parece seguir animando a utopia da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (Pitta, 2011, p. 4583)

Ressalta-se que o Encontro de Bauru foi um marco para discussões entre os movimentos populares sobre a estratégia de desinstitucionalização italiana (“Por uma sociedade sem manicômios”). (Vasconcelos, 2023) Ele foi realizado em Bauru devido ao ex-presidente e fundador do CEBES, David Capistrano, ser secretário de saúde nessa cidade (Amarante, 2021). Nesse momento, há o nascimento do redesenho de uma proposta de cuidado e a emergência do movimento de luta antimanicomial, a partir de um movimento plural na sua composição com a participação de diversas categorias profissionais da saúde e não-técnicos da saúde e também movimentos populares, tais como associações comunitárias, familiares, Pastorais da Saúde, a Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Psiquiatria, etc.

Uma das decisões provenientes desse encontro foi a definição do dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial a fim de provocar a sociedade a refletir sobre a questão psiquiátrica e as instituições asilares, além do estigma, preconceito e a violência do diagnóstico (Amarante, 2021).

A partir dos anos 70, São Paulo e outros estados do Brasil inauguram várias práticas pioneiras na Saúde Mental inspirados pelos congressos e encontros que fomentaram discussões sobre remodelamento do cuidado em saúde mental no país na perspectiva da desinstitucionalização, conforme indica Pitta (2011, p.4584):

O surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental pipocava em vários pontos do país. Duas delas são consideradas “marco inaugural e paradigmático” de

uma nova prática de cuidados: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Distrito da Bela Vista, na cidade de São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos, em São Paulo, como um projeto mais amplo e radical de desinstitucionalização no país.

Os anos 80, portanto, corroboram para mudanças significativas no cenário da Saúde Mental e, especialmente, no contexto da Reforma Psiquiátrica. O nascimento do primeiro CAPS, em 1987, é considerado um marco inaugural de novas práticas da chamada clínica ampliada que considera o sujeito como centro do cuidado articulado no território, sem o aprisionar no hospital. Há a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, juntamente com a realização das Conferências de Saúde e em especial a de Saúde Mental, a criação da Associação Loucos pela Vida, em Juqueri-SP e a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou 'Projeto Paulo Delgado', como ficou conhecido, bem como a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Todos esses eventos se tornam marcos importantes na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. De acordo com Amarante (1995, p. 125):

[...]em 03 de maio de 1989, o processo de reforma psiquiátrica assumiu repercussão nacional, mediante a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta. A partir da constatação das piores barbaridades, incluindo óbitos, neste hospital psiquiátrico privado, a Prefeitura ordenou a intervenção, com seu posterior fechamento. Isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc.<sup>5</sup> Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira.

Voltando ao ano 1982, por exemplo, foi aprovado um programa de formação importante, realizado pelo Ministério da Saúde juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que deu origem ao “Curso Integrado de Saúde Mental” (CISM) oferecido a porteiros, motoristas, profissionais da limpeza, cozinheiros, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais etc. O intuito era fazer refletir sobre as práticas e sobre a instituição, sobre conceitos e princípios, incluindo dados históricos. Além disso, no mesmo ano, um pouco antes,

foi criado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, o “Curso de Especialização em Psiquiatria Social”. Em 1990, os dois cursos se fundiram e deram origem ao “Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial” sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública, que até hoje forma turmas (Amarante, 2021).

Amarante (1995) considera que a Reforma Psiquiátrica extrapola, portanto, propostas meramente técnico-assistenciais para articular tais mudanças aos campos socioculturais, político-jurídico e teórico-conceituais. Ao criar espaços que fomentem discussões sobre o lugar social da loucura, propicia-se a construção de uma mentalidade reformadora das práticas que, notadamente, irá requerer um aparato jurídico com diretrizes em consonância.

[...] a compreensão de Reforma Psiquiátrica não se reduz à ideia da construção de um novo modelo assistencial, para além do fechamento dos manicômios e da proposição de serviços e dispositivos substituídos, trata-se de operar na produção de novos lugares sociais para as pessoas em sofrimento psíquico ou assim diagnosticadas. Trata-se de buscar romper com as representações do imaginário social compostas de "pré-conceitos" derivados dos padrões científicos e culturais aliados e com os "pré-juízos" que existem sobre a loucura e as denominações afins. Para tanto, é preciso construir outras relações sociais com as pessoas assim identificadas ou nomeadas, promovendo mudanças no âmbito social e comunitário, desconstruindo valores e crenças excludentes e estigmatizantes (Amarante, 2021, p. 23).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, portanto, se transforma em um movimento social que não só denuncia as práticas asilares e manicomiais, mas passa desenvolver novas experiências assistenciais das quais o primeiro Centro de Atenção Psicossocial é resultado, na cidade de São Paulo, em 1987 (Amarante, 2021).

Logo, ocorre uma reforma de práticas e de valores que pressupõe mudanças estruturais e irá desafiar profissionais a construir novas formas de assistência com a consequente pressão por garantias no âmbito jurídico. Uma sinalização positiva para esse processo foi a aprovação, em 1988, da Constituição Federal que foi resultado de uma grande mobilização social e serviu de instrumento para incorporação de demandas sociais, das quais o direito universal à saúde é um desses ganhos. A conquista por esta garantia não esteve isenta de lutas. Como aponta Pereira (2020, p. 234): “[...] a construção do Estado Democrático de Direito no Brasil não foi isenta

de disputas e de conciliações, e representou um momento ímpar na luta de classes no Brasil”.

Isso porque a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, avançaram na contramão do avanço mundial do neoliberalismo. Um paradoxo que se concretiza pela força de movimentos populares na construção de políticas sociais e sua inclusão da agenda pública. Cabe destacar que o avanço da racionalidade neoliberal modificou a dinâmica do Estado e consequentemente suas ações, tanto em relação ao âmbito político e econômico e, sobretudo, no social.

O neoliberalismo não irá questionar o intervencionismo do Estado, mas propõe uma mudança de natureza nessa intervenção modificando objetivos. Ou seja, o Estado de Bem-estar Social e sua lógica de política social como garantidora de reprodução da mão-de-obra para o sistema de produção com a conciliação de interesses sociais versus econômico já não abarca os interesses do capital. O Estado segundo essa lógica precisa incorporar conceitos gerenciais de uma empresa privada para garantir princípios de eficácia, eficiência e governança. Conforme descreve Dardot e Laval (2016, p. 284):

[..] A política que ainda hoje é chamada de "social" por inércia semântica não se baseia mais em uma lógica de divisão dos ganhos de produtividade destinada a manter um nível de demanda suficiente para garantir o escoamento da produção em massa: ela visa a maximizar a utilidade da população, aumentando sua "empregabilidade" e sua produtividade, e diminuir seus custos, com um novo gênero de política "social" que consiste em enfraquecer o poder de negociação dos sindicatos, degradar o direito trabalhista, baixar o custo do trabalho, diminuir o valor das aposentadorias e a qualidade da proteção social em nome da "adequação à globalização". Portanto, o Estado não abandona seu papel na gestão da população, mas sua intervenção não obedece mais aos mesmos imperativos nem aos mesmos motivos. Em vez da "economia do bem-estar", que dava ênfase à harmonia entre o progresso econômico e a distribuição equitativa dos frutos do crescimento, a nova lógica vê as populações e os indivíduos sob o ângulo mais estreito de sua contribuição e seu custo na competição mundial.

Segundo Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo é, em primeiro lugar, uma racionalidade, que tende a estruturar e organizar além da ação de governantes, mas também a ação de governados. O neoliberalismo seria, portanto, a razão do capitalismo contemporâneo. Tornando-se um conjunto de discursos, práticas e dispositivos regidos sob um novo modo de governo com o princípio universal da concorrência. Inaugura, assim, uma nova razão do mundo.

O Brasil, portanto, a partir dos anos 90, tende a internalizar essa nova racionalidade, mesmo que sob o paradoxo da legitimação de direitos sociais no âmbito jurídico, no mesmo período. No momento em que se estabelecia e legitimava direitos sociais por meio da Constituição Federal de 1988 e estabelecia responsabilidade do Estado em garantir a universalidade e integralidade no que concerne à saúde como política pública, vivia-se uma avalanche de ideias neoliberais pairando no país, sob forte influência internacional. Sobre isso, Rosa (2021, p.4) afirma:

Inscreve-se desde então no Brasil uma contradição entre a formalização legal de direitos sociais – resultantes das lutas pela democratização do Estado brasileiro – e o cenário político econômico internacional. Nesse cenário, como parte dos países chamados emergentes e devedores internacionais, impõe-se ao país a implementação de pactos, formulações e medidas ditadas por organizações financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial em busca da estabilidade econômica, o que tem a sua maior expressão na assinatura do Consenso de Washington, publicado em 1990.

A aprovação do Sistema Único de Saúde, por exemplo, pode ser considerada a proposta que, no contexto da Seguridade Social, incorporou com mais fidelidade o princípio da universalização da cobertura do atendimento e, assim, negou a atenção seletiva das políticas sociais de cunho neoliberal. (Pereira, 2002). Mas a luta da saúde foi árdua, pois deparou-se com fortes interesses da indústria farmacêutica e da Federação Brasileira dos Hospitais que conseguiram, lamentavelmente, sua participação no SUS, acessando assim recursos públicos (Bravo apud Behring, Boschetti, 2011)

No que se refere aos marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira, destaca-se que a experiência inovadora do município de Santos-SP se configura, em 1989, como um verdadeiro marco. A administração municipal por meio de uma gestão democrática e popular elegeu um manicômio para iniciar o processo de desinstitucionalização – a Casa de Saúde Anchieta. O cuidado organizado no território através dos recém criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de cada distrito da cidade e dos centros comunitários de Saúde Mental foi a experiência mais radical de substituição do modelo manicomial da época. Dentre os responsáveis por esta mudança e que compunham as equipes estão David Capistrano, Roberto Tykanori, Fernanda Néscio, Antonio Lancetti e muitos outros. (Pitta, 2011)

Além dessa experiência, que foi um ponto alto da Reforma Psiquiátrica, houve outra que não teve grande repercussão na mídia devido a fatores políticos-partidários, pois ocorreu na primeira gestão do PT, na cidade de São Paulo, com a prefeita Luiza Erundina, no período de 1989-1992. Foi criado um modelo autodenominado de “Rede de Atenção Integral à Saúde Mental Substitutiva ao Manicômio”, que teve como base os serviços da atenção básica, os hospitais-dia, as enfermarias no hospital geral, um trabalho especializado nos prontos-socorros e a mais importante contribuição dessa rede, os Centros de Convivência e Cooperativa Social. Essas estruturas contribuíram para produção de estratégias desmedicalizantes e artístico-culturais para lidar com o sofrimento psíquico (Amarante, 2021). Tais dispositivos deram origem ao que foi proposto como dispositivo para compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) denominado como Centro de Convivência e Cultura, a partir da portaria de 2011 que veremos mais a frente.

No campo político-jurídico, em 1989, eram iniciadas discussões em torno de regulamentações para as mudanças na assistência em consonância com a Reforma Psiquiátrica. O deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou nesse ano um projeto de lei nº 3657/89 que posteriormente ficaria conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica.

O projeto era simples, com três artigos estruturantes: o primeiro impedia a construção ou a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto completou onze anos de substitutivos e postergações no Senado para de lá sair em 1999, numa articulação do parlamentar proponente, do Ministério da Saúde e do movimento antimanicomial. Voltou à Câmara já como projeto substitutivo para nova rodada de negociações, aprovação final e homologação pelo Presidente da República somente em abril de 2001. Grandes, polêmicos, apaixonados e frutíferos debates em todo o país em torno de uma lei, talvez tenha sido o maior subproduto nessa longa quarentena (Pitta, 2011, p. 4585)

Verdadeiros embates configuraram essa etapa de regulamentação do modelo assistencial inspirado pela Reforma Psiquiátrica. Houve diferentes atores com interesses diversos e até divergentes, defendendo cada um a prevalência de seus interesses na constituição da agenda pública. Foram 12 anos de tramitação de um projeto de lei que se tornou o marco legal para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Mesmo com a supressão de partes importantes do primeiro projeto apresentado, ainda assim significou uma grande vitória para o movimento da Reforma Psiquiátrica. Conforme detalha Amarante (2021, p.54 e 55):

[...] O debate em torno da aprovação ou não do projeto intensificou as manifestações favoráveis ou contrárias de uma forma bastante polarizada. Foram criadas associações de familiares contrários ao projeto, a exemplo da Associação dos Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), apoiada e financiada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entidade patronal dos proprietários de hospitais psiquiátricos. Embora tenha sido rejeitado no Senado, com o número 08/91 em sua redação original, deu origem a um substitutivo que, apesar de omitir algumas das propostas mais importantes do projeto, como a extinção progressiva dos manicômios, possibilitou muitas inovações no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental. O substitutivo foi aprovado em 27 de março de 2001 e sancionado pelo Presidente da República em 6 de abril do mesmo ano, como Lei nº 10.216/01 (Anexo 4), que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os embates para aprovação desse projeto configuram divergências advindas da ascensão das ideias neoliberais no mundo, com repercussão no cenário brasileiro. Os avanços constitucionais ocorreram em meio a uma radicalização democrática após 20 anos de ditadura. Todavia, após sua aprovação, houve um movimento de contrarreforma devido à conjuntura de crise econômica dos anos 80 e as marchas e contramarchas da democratização do país. Segundo o ideário neoliberal, as políticas sociais seguem o trinômio: focalização/seletividade, privatização e descentralização (Behring; Boschetti, 2011).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, portanto, acontecia em um cenário de contradições. A aprovação do seu marco legal só foi possível a partir de intensa mobilização de movimentos sociais. As medidas de cunho neoliberais relacionadas às políticas sociais trarão implicações no processo de construção de um novo modelo de assistência em Saúde Mental a que essa reforma se propõe. Ou seja, a contenção de gastos sociais, a focalização das políticas e a privatização também serão marcas presentes na política pública de Saúde Mental. Conforme aponta Yasbek (2001, p. 38):

Assim sendo, o incipiente sistema de proteção social brasileiro, e particularmente a seguridade Social que afiança direitos a partir da Constituição de 1988, vai sendo duramente afetado pelo corte de gastos sociais. Cada vez mais vinculado ao desempenho geral da economia, sofre os impactos das mudanças em andamento nessa esfera[...] Em síntese, tudo indica que, no caso brasileiro, as políticas sociais que historicamente tem-se caracterizado pela subordinação à matriz conservadora, oligárquica

e patrimonialista que emoldura a história econômica e social do país tenderão neste quadro de regressão de direitos a acentuar seu perfil assistencialista e clientelista, no perverso processo de transformar em favor o que é direito. Processo marcado pela exigência de contrapartidas e pela busca da lealdade dos subalternos. Efetivamente, esta regressão neoliberal ao impor-se como lógica do capitalismo atual, consolida a dissociação entre mercado e direitos, aprofunda a cisão entre o econômico e o social, separa a acumulação da produção, instala desregulações públicas, reitera a desigualdade e a diversificação, busca eliminar a referência ao universal e constrói, como já afirmamos tantas vezes, uma forma despolitizada de abordagem da questão social, fora do mundo público.

O alinhamento brasileiro com o Consenso de Washington em que medidas econômicas como a privatização e o corte de gastos com políticas públicas trarão dificuldades para consolidação da Reforma Psiquiátrica no país, sobretudo porque era o momento nascidouro desse movimento.

Em 1990, ocorre a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde, em Caracas, na Venezuela, da qual resulta um documento denominado Declaração de Caracas, que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Esse evento foi patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). O referido documento tinha o seguinte título: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental.

Em 1991, ocorre o I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos-SP. Nesse mesmo ano, são instituídas portarias que regulamentavam as mudanças na rede de saúde mental. Duas delas são as Portarias 189/91 e Portaria 224/1992 que, inspiradas pela experiência de Santos (CAPS e NAPS), viabilizam a construção de serviços de atenção psicossocial no país e regulamentam as suas ações (Amarante, 2021).

Em 1992, ocorre a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. Conforme detalha Amarante (1995, p. 127):

[...] foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, entre os dias 01 a 04 de dezembro de 1992. Embora não respeitando as decisões e encaminhamentos da I CNSM, foi um processo extremamente rico. De acordo com o Ministério da Saúde, participaram aproximadamente vinte mil pessoas ao longo de suas três fases, em que foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Essa conferência contou com a participação de usuários e familiares, que representaram 20% dos delegados. O relatório final foi adotado como diretriz oficial para reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil nas gestões no Ministério da Saúde, da pasta da saúde mental de Domingos Sávio Alves e pelas gestões seguintes (Eliane Seidl, Alfredo Schechtman, Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado). As recomendações giravam em torno de um modelo de cuidado que levasse em consideração o território e a corresponsabilidade no cuidado (Pitta, 2011).

Em 1993, ocorre o I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial em Piatã-BA, e também III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Porto Alegre-RS.

A partir dos anos 90, portanto, delinea-se um processo de materialização de reformas importantes na assistência à saúde mental a partir da realização de eventos que promoviam discussões e diálogos sobre a mudança da assistência. Como Pitta (2011, p. 4586) destaca:

Na primeira metade da década de 1990, foram inaugurados quase cem serviços de atenção diária que seguiu crescendo inercialmente. Na ocasião, considerava-se que a substituição asilar vinha acontecendo “de maneira inequívoca e regular no Brasil nos últimos dez anos”, e que se podia esperar uma aceleração do processo. [...] cabe mencionar os seguintes fatos: a Lei 10.216 sai do Senado e retoma a tramitação na Câmara (1999), recursos para os primeiros 400 CAPS (1999), portarias e recursos para os Serviços Residenciais Terapêuticos (2000); incentivo-bônus para a desinstitucionalização (1999) baseado no Programa de Apoio à Desinstitucionalização (PAD) que a gestão seguinte pôde melhor operacionalizar com a Lei “De volta pra casa”; psicofármacos básicos e de alto custo (1999), e o negociado retorno da Comissão Nacional de Saúde Mental no Conselho Nacional de Saúde (1999) que havia extinguido a Comissão de Reforma Psiquiátrica em 1998, esteio da participação do movimento social na política nacional de Saúde Mental.

O SUS estava em construção e sua consolidação dependeria e continua dependente de pressão social para garantia de seu funcionamento. Um sistema organizado por meio de Redes de Atenção a Saúde (RAS) em que a Atenção Básica em Saúde ou Atenção Primária em Saúde (APS) é a ordenadora e coordenadora do cuidado no território e cumpre um papel importante como responsável também pelo cuidado em saúde mental, sendo desafiada a promover e prevenir agravos nesse campo. Uma lógica que revoluciona as práticas de cuidado em saúde mental, antes centrada apenas em hospitais, em profissionais médicos com condutas estritamente medicamentosas.

Logo, o modelo comunitário proposto conta com uma rede que se estrutura nos territórios para além da medicalização do sofrimento psíquico. Configura-se, portanto, uma grande virada de chave na Política de Saúde Mental com a Reforma Psiquiátrica. Desconstruir a cultura de um cuidado apenas em um nível especializado é um desafio para consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como mais a frente detalharemos.

O primeiro passo para o fortalecimento do cuidado da Atenção Primária em Saúde foi a criação em 1991 do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posto que são pessoas da comunidade que possuem conhecimento sobre o território, têm acesso fácil às residências e aos problemas de saúde locais, sendo assim agentes estratégicos para localizar e cuidar de pessoas, contribuindo para resolver as problemáticas de saúde locais. Irão, inicialmente, compor o Programa Saúde da Família (PSF) que hoje é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Possuem importante papel para o cuidado em Saúde Mental e efetivamente serão demandados nessa perspectiva no ano de 2011, quando é instituída a RAPS (Amarante, 2021). Cabe ainda destacar a Portaria nº 154 de 2008, em que são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dadas as dificuldades apontadas pelas Unidades Básicas de Saúde e das Equipes da Estratégia Saúde da Família em atender as demandas que se apresentavam no território e a importância de outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros.

É importante destacar que nesse período em que se caminha para garantia do direito a saúde, onde se inclui o cuidado em saúde mental no SUS, é também um período de fortalecimento de ideias neoliberais na condução da gestão pública. Behring (2021) considera que a primeira fase consistente no neoliberalismo no Brasil inicia no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). No seu primeiro ano de mandato, sua equipe liderada por Luiz Carlos Bresser Pereira lançou o Plano Diretor de Reforma do Estado. Considerado um período de contrarreforma do Estado, ou seja, uma reformatação do Estado brasileiro à lógica do capital. A política econômica foi fundada em privatizações e marcada pela redução de custos com as políticas sociais. Diante disso, são impostos desafios para consolidação do cuidado comunitário em saúde mental.

Os anos 2000 configuram-se, portanto, com várias iniciativas emblemáticas para a Reforma Psiquiátrica, uma delas é a Portaria nº 106 e a Portaria nº1220 que

regulamentam espaços para ex-moradores dos hospitais psiquiátricos. São as chamadas residências terapêuticas que, como o nome já afirma, são moradias com cuidadores para pacientes crônicos que necessitam de um lugar para morar. Não são locais para tratamento de saúde. São dispositivos assistenciais estratégicos para garantia do processo de desinstitucionalização, já que muitas pessoas estavam abandonadas nos hospitais psiquiátricos sob tutela do Estado.

A criação deste dispositivo residencial delinea reflexões em torno do estigma e da segregação que acompanham pessoas com transtornos mentais. Foi necessário que o Ministério da Saúde estabelecesse um dispositivo assistencial para atendimento desse público egresso de hospital psiquiátrico pela ausência de instituições em outras políticas públicas, como de Assistência Social para acolhimento institucional dessas pessoas. Com a ressalva de que até mesmo a Política de Assistência Social a partir das prerrogativas da Constituição de 1988 ainda estava se configurando nos estados e municípios brasileiros sob a regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8742/1993. Ou seja, a urgência em definir estratégias para atender a demanda de um lugar para as pessoas egressas dos hospitais era uma conta a ser paga pela Política de Saúde, já que a lógica hospitalocêntrica de outrora gerou a quebra de vínculos familiares e comunitários, ficando a cargo do Estado responder a essa demanda.

Em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) e a promulgação da lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica no país. Em 2002, foi promulgada a Portaria GM/MS nº 251, que definiu diretrizes para as internações hospitalares psiquiátricas reclassificando os hospitais e definindo estruturas na rede do SUS. A partir disso, houve a regulamentação da internação psiquiátrica que resultou na diminuição considerável dessas internações. Nesse mesmo ano, é promulgada a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que irá estabelecer as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial e os pré-requisitos para sua instalação nos municípios. Em 2003, também houve a promulgação da Lei nº 10708 de 31 de julho, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos dos hospitais psiquiátricos, que ficou conhecido como “De volta para casa”. Foi um importante dispositivo para o processo de desinstitucionalização (Amarante, 2021).

A promulgação da Lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental, antes de cunho hospitalocêntrico e biomédico e agora passa a ser comunitário e multidisciplinar, foi um grande marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Conforme comenta Pitta (2011, p. 4587):

Uma vez homologada a Lei 10.216 em abril de 2001 pelo Presidente da República, fica prescrita a elaboração de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” para o paciente “há longo tempo institucionalizado” e para as situações de “grave dependência institucional”. Menciona os chamados “serviços residenciais terapêuticos” e todos os dispositivos assistenciais para cuidar em liberdade. A lei foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim. A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei.

Não há dúvida de que esse período foi emblemático para a construção de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental do ponto de vista normativo. A instituição de um novo arcabouço legal direciona a materialização de reformas garantidoras de direito das pessoas com transtorno mental. Lideranças importantes do movimento de luta antimanicomial ocupando cargos estratégicos no Ministério da Saúde foram fundamentais para garantia desse processo. Como informa Pitta (2011, p. 4586):

Um arcabouço normativo importante trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os CAPS e duas portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os “serviços residenciais terapêuticos (SRT)” a fim de viabilizar a reinserção social na comunidade dos moradores de hospitais cronicamente internados. Aliadas às portarias que deram existência institucional aos CAPS e NAPS (336/2001), se constituem em importantes instrumentos normativos da Reforma. Começa então a era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil (2000 - 2011) onde uma equipe dedicada, sob a coordenação de Pedro Gabriel Delgado, liderança respeitada do movimento da luta antimanicomial, geriu de forma competente os interesses da Reforma Psiquiátrica, por uma década.

Em 2001, também ocorreu o V Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, em Miguel Pereira-RJ. Nesse encontro, surgiram divergências no movimento, que culminaram na construção de duas frentes ou linhas de ação: o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Este último nasceu por meio de cisão dentro do primeiro. Sobre isso Vasconcelos (2023, p. 163-164) destaca:

A RENILA reivindicou a organização de uma liderança nacional mais centralizada, politizada e diretiva sobre o conjunto da tendência, para tomada de decisões mais rápidas e maior capacidade de articulação política para as lutas na sociedade e dentro do aparelho de Estado. Em relação às pessoas usuárias e familiares, pregava que o único caminho seria a politização de suas lideranças, para seguirem a discussão e a orientação ditada pela direção nacional da tendência [...] O MNLA escolheu como principal valor o respeito e o ativismo das pessoas usuárias e familiares, o fortalecimento de seus núcleos estaduais e locais, a realização dos eventos comemorativos da luta no mês de maio e a realização de encontros nacionais a cada dois anos, mas nessa fase até 2010 nunca conseguiu criar uma articulação nacional capaz de direcionar as lutas e campanhas nacionais, em razão de problemas crônicos no processo de Durante esse período, no qual o psiquiatra mineiro doutor Pedro Gabriel Delgado, mais identificado com o MNLA, ocupava o cargo de coordenador nacional da política de saúde mental no Ministério da Saúde, as bases do MNLA se sentiram representadas no plano nacional, e não buscaram realizar internamente essa articulação.

Em meio às divergências ideológicas e políticas do Movimento Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica foi caminhando de acordo com a força desse movimento para estabelecimento de seus interesses na agenda pública. Em um primeiro momento, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) consegue direcionar as lutas pela presença de representantes em cargos estratégicos no governo. A partir do Governo Dilma, duas lideranças associadas à RENILA assumiram a Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, o psiquiatra paulista Roberto Nikanory e no segundo momento, a professora da USP Fernanda Nicácio. Enquanto a gestão anterior equilibrava a presença dos dois movimentos nos eventos e atividades institucionais, nessa gestão houve uma centralização em lideranças da RENILA. (Vasconcelos, 2023)

Havia, portanto, diferentes atores propondo mudanças no percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, desde os movimentos de luta antimanicomial, até sujeitos como a Associação Brasileira de Psiquiatria, que nem sempre foi a favor da reforma desinstitucionalizante. Amarante (1995) destaca que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), por exemplo, era um forte representante de interesses privados, sobretudo da indústria farmacêutica, porque se configurou no início e até os dias atuais, como um ator que defende a medicalização como principal, senão única, estratégia de cuidado ao paciente de transtorno mental e influenciando a ABP e outras entidades, fortemente nesse quesito.

Cabe aqui algumas considerações sobre o intervalo de anos entre a realização das conferências. A I Conferência em Saúde Mental ocorreu em 1987, a II CNSM cinco anos depois (1992), a III CNSM nove anos depois (2001) e a IV

Conferência ocorre também nove anos depois (2010). Em 2004, foi realizado um Congresso Nacional de CAPS em lugar de uma convocação da IV Conferência. Nesse evento, houve irrisória participação de usuários e familiares com o predomínio da participação de profissionais de CAPS. Não houve participação de profissionais de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, tais como os profissionais da Atenção Básica, de residências assistidas e de centros de convivência (Amarante, 2021)

Os lapsos temporais consideráveis entre a realização das conferências demonstram a dificuldade de mobilização dos movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica. Apesar do período descrito acima ser de um governo popular, dito democrático, as forças contrárias à efetivação dos direitos sociais corroboravam em dificuldades para articulação dos movimentos sociais. Isso demonstra alinhamento do governo com as perspectivas neoliberais.

Ainda assim, em 2007, surgem entidades importantes para fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no país. Uma delas é a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental) que dentre suas finalidades está o apoio e a organização de associações de familiares, usuários, conselhos profissionais e movimentos sociais e a devida ampliação do diálogo entre a comunidade científica com profissionais do sistema de saúde. Com a organização desta instituição, tem-se a realização, em 2008, do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em Florianópolis-SC. Tanto a fundação da ABRASME como a realização do I CBSM foram indicativos de um I Congresso Sulbrasileiro de Saúde Mental, realizado em Santa Catarina, em 2006. (Oliveira, 2009)

Apesar de não ter sido aliada de nenhum governo em particular, a ABRASME passou a exercer um papel de liderança muito importante em defesa da Reforma Psiquiátrica. Essa defesa, contudo, não foi justificativa para omitir as críticas à condução do processo por parte dos organismos de governo, crítica esta que ocasionou a ausência da associação na comissão organizadora da IV Conferência. A ABRASME foi responsável, conjuntamente com o MINLA e a RENILA, pelo enfrentamento às críticas proveniente de setores contrarreformistas, especialmente a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais e o Conselho Federal de Medicina (CFM), explicitamente defensores do modelo psiquiátrico e de saúde privatizado, medicalizante, intervencionista e hospitalocêntrico (este último compreensível a partir da lógica do mercado que representa) (Amarante, 2021, p.110-111)

A IV Conferência Nacional em Saúde Mental ocorreu em 2010, último ano do mandato do presidente Lula. Foi chamada de conferência intersetorial, pois pretendia reunir vários segmentos do campo da saúde mental, porém só houve presença do executivo e não da sociedade civil. E sua convocação só ocorreu mediante mobilização intensa de movimentos sociais da saúde. Isso por que no ano anterior, 2009, houve a chamada “Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em Brasília” com a participação de mais 3000 pessoas (Amarante, 2021).

Outro grande marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira é a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria de nº 3088 de 23 de dezembro 2011. Essa rede é constituída por vários componentes e serviços de saúde. Configura-se como uma das redes mais complexas do SUS, dados os diferentes pontos de atenção que a compõem. São eles: Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Estratégia de Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Básica tem os seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Consultório de Rua, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), denominada atualmente, equipe E-multi, Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centro de Convivência e Cultura. A Atenção Psicossocial é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD nos tipos I, II, III e CAPSi). É o componente estratégico da RAPS. A Atenção de Urgência e Emergência é composta pelo Serviço Atendimento Móvel Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto-atendimento 24 horas, Hospitais de pronto-socorro e Unidades Básicas de Saúde. A Atenção Residencial de Caráter Transitório é composta por unidades de acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial. A Atenção Hospitalar é composta por enfermarias especializadas em hospitais gerais e Serviço Hospitalar de referência para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Estratégia de Desinstitucionalização é composta por Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC). A Estratégia de Reabilitação Psicossocial é composta de iniciativas de

geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Brasil, 2013)

A estruturação dessa rede requer a materialização do cuidado nos territórios. Um grande desafio é o fortalecimento de diferentes pontos de atenção requerendo um esforço de municípios e regiões de saúde. Alguns pontos de atenção vão requerer portarias específicas com definição de atribuições e de diretrizes para funcionamento. A construção da RAPS inicia em um período de dificuldades para implementação da Política de Saúde Mental nos municípios.

Behring (2021) considera que o período das eleições do governo Lula a partir de 2002 até o governo Dilma pode ser considerado o segundo período do neoliberalismo no Brasil, onde há uma nova correlação de forças, todavia sem rupturas profundas. Existiram méritos na gestão petista, porém não houve reversão de tendências estruturais. Foi um período marcado pelo incremento de lucros empresariais e de aumento de juros de instituições bancárias. Permaneceram em curso processos tipicamente neoliberais na saúde, como a implementação de Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e de organizações sociais.

Na próxima seção, discutiremos os impasses impostos pelo neoliberalismo e sua repercussão para o Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, para construção da Rede de Atenção Psicossocial, considerando os princípios desinstitucionalizantes da Reforma Psiquiátrica.

### **3.2 As inflexões da Reforma Psiquiátrica brasileira no contexto neoliberal e a construção da RAPS**

Nesta seção, destaca-se a Reforma Psiquiátrica brasileira e suas dificuldades de implementar mudanças com a construção de uma rede substitutiva de saúde com a devida extinção de manicômios, enfatizando o contexto econômico e político-ideológico do país com as influências neoliberais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira avançou do ponto de vista jurídico. No plano assistencial, práticas foram reformuladas e o cenário, apesar de não ter extinguido o modelo manicomial, é de muitos avanços. Porém, a Reforma Psiquiátrica encontra um cenário de dificuldades para seguir avançando, o que foi chamado de contrarreforma psiquiátrica.

Dentre os avanços, podemos citar a implantação da Política Nacional de Economia Solidária e Saúde Mental, em 2005, de forma integrada ao Programa de Economia Solidária do Ministério do Trabalho com o estímulo a projetos de trabalho, renda, cultura e educação para o trabalho. Em 2013, houve a criação do Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (Pronacop Social), todavia a crise econômica e política do país e do governo Dilma não permitiu avanço. Em 2007 houve a criação, pelo Ministério da Cultura, na gestão de Gilberto Gil, e com forte integração com a CNSM-MS, do Programa Mais Cultura, com editais para Pontos de Cultura, ações e projetos populares de produção de arte e cultura, em formato flexível, com numerosos projetos no campo da saúde mental (Vasconcelos, 2023)

No segundo mandato da presidente Dilma Rousseff, algumas mudanças são feitas no Ministério da Saúde, na tentativa de amenizar a crise no interior do governo e obter aliados. Conforme detalha Amarante (2021, p.127):

Já no último ano do governo de Dilma Rousseff, em decorrência das medidas no sentido de barrar o impeachment, a presidenta nomeou para a pasta do Ministério da Saúde um ex-deputado da linha conservadora. Por sua vez, o Ministro nomeou um ex-dirigente de um dos maiores manicômios privados nacionais, que havia sido fechado a partir de uma ação conjunta entre o Ministério Público, o Ministério da Saúde e o governo do Estado do Rio de Janeiro. A nomeação desencadeou um processo de denúncias e de resistência, inclusive uma "ocupação" da sede da coordenação em Brasília, por parte de ativistas da Luta Antimanicomial. A "ocupação" durou 4 meses, de 15 dezembro de 2015 a 15 de abril de 2016, quando foi encerrada por determinação da justiça e ação da Polícia Federal. O episódio, que ficou conhecido como "Fora Valencius!", terminou com a exoneração do coordenador por meio da Portaria nº 916, de 6 de maio de 2016, mas ficou como marco do início do processo de contrarreforma, que estava apenas começando. Após o impeachment de Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016, teve início um redirecionamento conservador não apenas das políticas de saúde, mas de todas as políticas públicas, tanto no âmbito social quanto no econômico, revertendo os direitos políticos, sociais e humanos alcançados com a Constituição de 1988.

A partir do golpe parlamentar, midiático e judiciário que retirou Dilma Rousseff da presidência inaugura-se um novo período do neoliberalismo no Brasil, caracterizado pelos desdobramentos da crise do capital com impactos deletérios no Brasil. Há algumas semelhanças com o período referente ao governo FHC, entretanto, configura-se um momento mais profundo e violento com novo regime fiscal ultraneoliberal (Behring, 2021)

Dentre as mudanças na condução da Política de Saúde Mental destaca-se a Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017, no Governo Temer, que reintroduziu o Hospital-Dia na rede de assistência, algo que já havia sido superado com a instauração dos CAPS. Tal dispositivo valoriza práticas biomédicas em detrimento de práticas psicossociais. Conforme descreve ainda Campos (2019, p.3):

A Portaria ainda instituiu o CAPS AD IV, que nada mais seria que a legitimação para que escorresse um gordo financiamento público federal para as comunidades terapêuticas, jeito brasileiro eufêmico de reinstaurar práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais, que caracterizaram ao longo da história ocidental no século XX as práticas asilares e manicomiais. Prosseguindo com a marcha a ré da história, a portaria ainda determina o reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos “segundo seu tamanho”, indo na contramão de todas as recomendações internacionais e do próprio e bem-sucedido processo brasileiro de redução de tamanho dos hospitais monovalentes iniciado no início do século XXI, e nos devolveu de uma canetada ao século XIX.

Cruz et al (2020) enumera pelo menos 15 documentos normativos (resoluções e leis) que apontam para inflexões e retrocessos no que se refere à assistência em Saúde Mental na contramão do que se propõe a CF/1988 e o marco regulatório da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001), no período entre 2016 a 2019. Mudanças que vão desde a Atenção Básica em Saúde com a diminuição de Agentes Comunitários de Saúde fragilizando, assim, o atendimento territorial da RAPS.

A Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS afirmava que não há porque se falar em uma rede substitutiva de serviços e que não há necessidade de fechamento de serviços, referindo-se aos hospitais psiquiátricos. Em seu texto afirma que todos os serviços são importantes e que nenhum deve substituir outro e que a rede deve ser diversificada. Há, portanto, um movimento de contrarreforma psiquiátrica no país, materializada nas ações do Estado. Sobre isso Cruz et al (2020) apontam que o texto dessa nota questiona a política pautada em um cuidado comunitário e aponta a necessidade de aumento de leitos psiquiátricos. Além disso, autoafirma-se uma portaria democrática, todavia não chamou entidades representativas importantes para debater as medidas que propunha.

Em 2017, houve uma intensa mobilização contrária a essas ações do governo com a realização do Encontro de 30 anos de Bauru, que reuniu mais de 3 mil trabalhadores, usuários e familiares de todo o Brasil. Porém, a aprovação das

portarias seguia com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria. (Lobosque, 2022)

A ideologia neoliberal dominava as ações do Estado e a eleição de Bolsonaro à presidência do Brasil, em 2018, coroa ações ultraneoliberais e fascistas como próprias da gestão pública. Do ponto de vista ideológico-cultural, a Reforma Psiquiátrica passou a sofrer grandes perdas. Pois as minorias não dispunham visibilidade e tampouco políticas públicas universais e de qualidade são bandeiras desse novo governo.

Em 2019, foi criada uma Política Nacional Sobre Drogas em separado da Política Nacional de Saúde Mental, com o fortalecimento da participação das comunidades terapêuticas no cuidado aos usuários. Não houve apoio para realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Um cenário preocupante, que se firmou em um aumento considerável de demanda e pouca efetividade de uma rede de saúde bastante enfraquecida. Até o ano de 2022, último ano de mandato presidencial de Jair Bolsonaro, as propostas em torno da Saúde Mental seguiram no percurso de contrarreforma psiquiátrica.

A programática ultraneoliberal iniciada com o golpe de 2016 trouxe as emendas nº 93 e 95, a contrarreforma trabalhista, a contrarreforma da Previdência e outras medidas assumidas pelo Ministério da Economia sobre a administração de Paulo Guedes. O objetivo disso é criar um “ambiente de negócios” para extrair mais-valia, de um lado, e abarcar maior parcela do fundo público de outro. A emenda nº 95 de congelamento de gastos com políticas sociais do Governo Temer foi um elemento central do ajuste fiscal ultraneoliberal sob o discurso de que “não há dinheiro para nada”. Enquanto não há dinheiro para nada, o problema da dívida pública permanece intocado e as instituições financeiras seguem apropriando-se do fundo público. A participação de organizações sociais, seja para terceirização de mão de obra, seja para administração de recursos na saúde, por exemplo, já provou que não melhora a eficiência de serviços e escancara uma realidade de corrupção em que recursos para compra de equipamentos e materiais são apropriados indevidamente (Behring, 2021)

Conforme afirma Abrão e Mendes (2024, p. 01):

[...] a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC95) agravou a situação ao congelar os gastos públicos por 20 anos. O gasto do MS foi congelado em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do governo federal de 2017, com

atualizações anuais pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2023. A EC95 é orientada por uma política macroeconômica que prioriza metas fiscais de superávit primário, retirando recursos de políticas sociais essenciais para garantir direitos e a reprodução material da classe trabalhadora. Paralelamente, direciona bilhões de reais para o pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública. Isso agrava o subfinanciamento da saúde, com uma redução real dos recursos destinados ao setor mesmo durante a pandemia de COVID-19. Entre 2008 e 2018, houve uma diminuição na participação da saúde dentro do OSS, de 12,86% para 11,60%. A trajetória de subfinanciamento, intensificada pela EC95, interrompeu o crescimento vegetativo dos recursos destinados à saúde, resultando em perdas significativas.

Não se pode negar que a lei nº 10.216/2001 foi um marco importante em um contexto de disputas ideológicas, apesar da ascensão de ideias neoliberais no país. Sua existência é o principal galardão da Reforma Psiquiátrica até então. Sua preservação foi fundamental para retomada de qualquer intento reformista. Em 2023, em um cenário de novas correlações de forças, assumiu o governo federal o presidente Lula e, neste mesmo ano, sua equipe de trabalho no Ministério da Saúde ouviu os clamores dos movimentos sociais e de direitos humanos e revogou a Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017, com vistas a interromper habilitação de serviços não alinhados ao modelo da rede de atenção em saúde mental, sem dimensionamento populacional, tais como CAPS AD IV, numa tentativa de reordenar as ações e alinhá-las às perspectivas iniciais da Reforma Psiquiátrica. A revogação ocorreu por meio da Portaria GM/MS 757 de 21 de junho de 2023. Também revoga dispositivos das Portarias de Consolidação nº 3 e 6 de 28 de setembro de 2017 e restaura redações utilizadas anteriormente.

Vasconcelos (2023) define que a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve fases. A *primeira fase* inicia em 1978 com o nascimento do MTSM e vai até 1992, quando ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental; a *segunda fase* inicia nesse ano com a referida conferência e vai até 2001 com a promulgação do marco legal da Reforma Psiquiátrica; a *terceira fase* inicia em 2001 e vai até 2016, ano que demarca a crise política e o golpe que depôs a presidente Dilma; a *quarta fase* inicia em 2016 e vai até 2022, marcada pela tendência mundial de governos de ultradireita com características neofascistas e com o desmonte de estruturas democráticas, além da difusão de desinformação e a intensa polarização política; e a partir de 2023 temos a *quinta fase* da Reforma Psiquiátrica, com a retomada de um governo

democrático e de centro-esquerda. Importa reconhecer, todavia, as dificuldades políticas, fiscais e econômicas dessa gestão.

Após 13 anos da realização da última conferência nacional de saúde, no final do ano de 2023, ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental com a participação de 2.200 pessoas e a aprovação de mais de 600 propostas em um amplo processo participativo e democrático, o que demarca a retomada de espaços de diálogo importantes para fortalecimento dos princípios da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no SUS.

Cita-se ainda a regulamentação dos Centros de Convivência e Cultura, por meio da Portaria GM/MS Nº 5.738 de novembro de 2024, garantindo incentivo financeiro aos municípios para implantação desse dispositivo tão importante para fortalecimento da inclusão social, do protagonismo e autonomia dos sujeitos como prerrogativa do cuidado em saúde. Não há dados sobre a implantação desse serviço no país em anos anteriores a essa regulamentação, o que nos leva a concluir que a sua participação na RAPS dos territórios ocorre de maneira bastante incipiente.

A publicação da Revista Saúde Mental em Dados, de iniciativa da área técnica em Saúde Mental do Ministério da Saúde, foi retomada em 2024, após 10 anos de sua última edição, sendo ela um importante instrumento para acompanhamento e avaliação da implementação da Política de Saúde Mental no território nacional. A edição número 13 traz importantes elementos para compreendermos o quanto a RAPS engatinhou para se consolidar nos diferentes territórios nos dias atuais. Por meio de gráficos, ela registra a série histórica de implantação dos CAPS, como dispositivo estratégico da RAPS, ao longo dos anos.

A taxa anual de crescimento dos CAPS permaneceu estável desde sua criação, intensificando-se significativamente entre 2004 e 2016, com um acréscimo de mais de 100 novos serviços anualmente. A partir de 2017, contudo, foi observada uma desaceleração no ritmo de expansão, destacando-se especialmente em 2018, ano em que foram habilitados apenas 31 CAPS (Brasil, 2024, p. 12).

Em 2023, houve recomposição do orçamento no que se refere ao custeio federal dos CAPS por meio das Portarias GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023 e da Portaria nº 5.500, de 24 de outubro de 2024, alcançando um aumento de 51,9% para a RAPS no período de 2023-2024. Houve também recomposição de custeio financeiro para as Unidades de Acolhimento por meio da Portaria GM/MS nº 2289 de

08 de dezembro de 2023. De 2020 a 2022, houve estagnação na implantação destes dispositivos. Em 2024, houve reajuste do valor do auxílio reabilitação psicossocial, chamado Programa de Volta Para Casa, por meio de Portaria GM/MS nº4139 de 17 de junho de 2024, que estava congelado e passou de R\$ 412,00 para R\$ 755,00 (Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

Importante destacar que os ganhos adquiridos pelos movimentos de luta antimanicomial não foram concedidos por livre vontade de qualquer governo, mas por pressão para sua inclusão de seus interesses na agenda pública. Nenhum direito foi conquistado sem a militância e resistência de movimentos sociais. Como bem assinala Behring (2021, p. 247):

[...] existe gente de carne e osso, individual e coletivamente, disputando todos os dias por um outro curso dos acontecimentos, por um outro projeto de sociedade e das relações sociais. Temos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, temos as resistências nas favelas, como nos exemplos da Maré, no Rio de Janeiro, e de Paraisópolis, em São Paulo. Temos movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto (MTST) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) realizando trabalhos importantes nas periferias e no meio rural. [...].

O período compreendido entre 2001 até 2022 revela que a Reforma Psiquiátrica teve dificuldades de implementar seus ideais, devido ao fato de haver uma dimensão política e ideológica contrária nas ações governamentais, fortalecida pelos princípios neoliberais. Ao assumir o governo em 2023, o presidente Lula assume uma postura menos conservadora, mais democrática no que se refere à Reforma Psiquiátrica.

A presença dos movimentos sociais em variados momentos garantiu visibilidade aos direitos das pessoas com transtornos mentais e a constituição da agenda pública com os seus interesses. Por isso, é de suma importância, portanto, que os movimentos sociais e suas entidades representativas (Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA, conselhos profissionais, entre outros) estejam organizados em torno da defesa desses direitos e estejam fortalecidos para pressionarem o governo atual para garantia da construção e consolidação da RAPS com seus dispositivos, a fim de torná-la eficiente, eficaz e efetiva para um cuidado direcionado para afirmação do direito à saúde na sua integralidade e impedir a agenda contrareformista neoliberal.

Além disso, a realização do monitoramento e da avaliação das políticas públicas é um importante instrumento para sua defesa. A instituição de indicadores de saúde mental, ainda inexistentes para a Política de Saúde Mental, é uma medida importante nessa perspectiva.

Reconhecendo a importância de discutir e avaliar o processo de implementação da Política de Saúde Mental ns territórios, propõe-se avaliar o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, destacando em que medida os objetivos propostos foram ou não alcançados, assunto que trataremos na próxima seção.

#### **4 PAÇO DO LUMIAR E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma avaliação do processo de implementação**

Nesta seção, trataremos dos elementos que respondem à pergunta que impulsiona este trabalho: os objetivos da RAPS têm sido alcançados no município de Paço do Lumiar? Temos uma política pública implementada com sucesso ou fracasso? Apresentaremos, abaixo, os resultados da pesquisa de campo realizada abordando a configuração e funcionamento da RAPS de Paço do Lumiar, tomando como ponto de partida para avaliação a legislação que define os objetivos para funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, a portaria nº 3.088/2011.

Para melhor compreensão e contextualização da realidade estudada, iniciamos com uma breve caracterização do município de Paço do Lumiar na subseção a seguir.

##### **4.1 O município de Paço do Lumiar: apresentação do campo de pesquisa**

O município de Paço do Lumiar compõe a Região Metropolitana da Grande São Luís, sendo um dos 217 municípios do Estado do Maranhão. Segundo o último censo do IBGE do ano de 2022, o município de Paço do Lumiar possui uma população de 145.643, com estimativa de 153.158 pessoas para o ano de 2025, ano em que a coleta de dados dessa pesquisa foi realizada (IBGE, 2022). Está localizado, portanto, na ilha de Upaon-açu, assim denominada no art. 8º da Constituição do Maranhão ao se referir à capital do Estado, São Luís: “Art. 8º - A cidade de São Luís, na ilha de Upaon-Açu, é a capital do Estado”(Maranhão, 1989). Compõem a ilha de Upaon-açu, os municípios de São Luís, Raposa, São José de Ribamar e Paço do Lumiar. Em relação ao seu crescimento populacional, é necessário destacar um aumento expressivo conforme dados dos últimos censos.

A ocupação de seu território data de 22 de maio 1625, quando chegou à capital da província do Maranhão o governador Francisco Coelho de Carvalho. Nas terras, já vivia o jesuíta Luís Figueira, em um sítio chamado Anindiba que lhe fora doado por Pedro Dias e sua esposa Apolônia Bustamante, na região que é a atual sede do município. Ao se deslocar a essa região, o governador Joaquim de Melo e Povoas elevou-a a categoria de vila, chamado-a de Paço do Lumiar, fazendo

menção a uma certa localidade em Lisboa chamada Lume que, segundo ele, possuía semelhanças. O ano era 1761 (Paço do Lumiar, 2025).

O município de Paço do Lumiar integra a Região Metropolitana da Grande São Luís. Sua formação histórica está relacionada ao processo migratório ocorrido na Ilha do Maranhão, e a consequente expansão urbana da capital maranhense. A Ilha do Maranhão, entre 1950 e 1991, teve um crescimento populacional elevado impulsionado pelos projetos industriais da CVRD e ALUMAR. Nos anos seguintes a evolução populacional [...] expressou um significativo aumento, não somente na capital São Luís, quanto também nos demais municípios da Ilha, principalmente em São José de Ribamar e Paço do Lumiar (Cruz apud Cruz; Marques, 2022).

Paço do Lumiar, portanto, foi criado como município através da Lei Estadual nº 1.890 de 07 de dezembro de 1959. Seu distrito sede foi instalado em 14 de janeiro de 1961 (Paço do Lumiar, 2025). O município possui uma área territorial de 127. 193 km<sup>2</sup>, segundo dados de 2024, colocando numa posição de 216º dos 217 municípios do estado do Maranhão (IBGE, 2024).

No âmbito de sua administração municipal, desde sua emancipação, Paço do Lumiar teve 21 gestores à frente do Poder Executivo municipal, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Lista de Prefeitos do município de Paço do Lumiar

<b>PREFEITO</b>	<b>PERÍODO</b>
<b>Pedro Ferreira da Cruz</b>	1961-1962 (nomeado)
<b>Vicente Ferreira Maia Neto</b>	1963-1968
<b>Olavo da Silva Melo</b>	1969-1972
<b>José Raimundo Gomes (ARENA)</b>	1973-1976
<b>Benjamin Constant Peixoto (ARENA)</b>	1977-1978
<b>João Brito (ARENA/PDS)</b>	1978-1983
<b>Joaquim da Cunha Santos Aroso (PDS 2/PFL)</b>	1983-1988
<b>Alfredo Pereira Sousa (PFL)</b>	1989-1992
<b>Vanderlê Antônio Ribeiro (PTB)</b>	1993-1996
<b>Amadeu da Cunha Santos Aroso Neto (PMDB)</b>	1997-2000
<b>Manoel Mábenes Cruz da Fonseca (PDT) – afastado do cargo</b>	2001-2003

<b>Gilberto Silva Cunha dos Santos Aroso (PDT)</b>	2003-2004
<b>Gilberto Silva Cunha dos Santos Aroso (PFL)</b>	2005-2008
<b>Glorismar Rosa Venâncio (PDT) afastada</b>	2009-2012
<b>Raimundo Nonato da Silva Filho (PHS)</b>	2012
<b>Josemar Sobreiro (PR)</b>	2013-2016
<b>Domingos Dutra (PcdoB) afastado</b>	2017-2019
<b>Maria Paula Azevedo Desterro (PSD)</b>	2019-2020
<b>Maria Paula Azevedo Desterro (PCdoB) - afastada</b>	2021-2024
<b>Inaldo Alves Pereira (PSDB)</b>	2024
<b>Frederico Abreu Silva Campos</b>	2025 - até os dias atuais

Fonte: Adaptado de Silva apud Nunes (2022)

Destaca-se que o município teve quatro prefeitos afastados do cargo por improbidade administrativa, ao longo dos anos, conforme assinala a tabela acima. Esse dado repercute na implementação e funcionamento das políticas públicas no município, já que a condução das políticas públicas dependerá de seu empenho para atendimento das demandas dos munícipes.

O ano de 2001, do primeiro prefeito afastado, conforme a tabela acima, coincide com o período em que é promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica no país e o ano de 2011, período da segunda prefeita afastada, tem-se a promulgação da portaria nº 3088/2011 que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial no país. Ambos os períodos foram oportunos para início da implementação de um cuidado comunitário e desinstitucionalizante, demandando articulações políticas e empenho das gestões para devido funcionamento do Sistema Único de Saúde e as suas Redes de Atenção à Saúde, entre as quais se encontra a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

Do ponto de vista econômico, o município de Paço do Lumiar tem um PIB per capita de R\$ 11.264,89 que o coloca na posição 178º dos 217 município do Maranhão (IBGE, 2023).

Em relação à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,04%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 177 de 217 (IBGE, 2022) No que se refere à saúde, destaca-se a taxa de mortalidade

infantil como um importante índice para mensurar as condições de vida da população. A taxa de mortalidade infantil média é de 14,17 para 1.000 nascidos vivos. Em comparação com todos os municípios do estado, fica nas posições 105 de 217 (IBGE, 2023).

Após esta breve caracterização do espaço empírico desta pesquisa, na próxima subseção trataremos da configuração e avaliação do processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, considerando o alcance dos objetivos estabelecidos para RAPS na Portaria nº 3088/2011.

#### **4.2 A Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar: configuração, funcionamento e processos de trabalho**

No que se refere ao campo da política de saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, cumprindo os princípios de hierarquização e regionalização do atendimento e das demandas de saúde, o município de Paço do Lumiar integra uma Região de Saúde, a Região São Luís, juntamente com os municípios de São José de Ribamar, Raposa, Alcântara e a capital do Estado, São Luís.

Conforme Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011, são definidos os critérios para estabelecimento das Regiões de Saúde, ou seja, tais regiões são compostas por municípios limítrofes que partilham identidades culturais, econômicas, sociais e uma rede de comunicação, infraestrutura e transportes. De acordo com o decreto, cada Região de Saúde deverá organizar, planejar e executar ações e serviços de saúde

O Estado do Maranhão possui atualmente 19 (dezenove) Regiões de Saúde. E cada uma dessas Regiões de Saúde é composta por Redes de Saúde para atendimento das demandas. São elas: Rede Alyne, antiga Rede Cegonha, Rede de Atenção a Urgências e Emergências, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil. Ministério da Saúde, 2026)

A Rede de Atenção Psicossocial é uma das mais complexas redes do Sistema Único de Saúde. Abrange diferentes dispositivos em diferentes níveis de atenção, da Atenção Primária até a Média e Alta complexidade. Seu objetivo é a promoção, a prevenção e o tratamento de transtornos mentais, por isso necessita de diversos

equipamentos de saúde que atuem com o princípio do compartilhamento do cuidado às pessoas para atendimento integral de suas demandas.

Paço do Lumiar juntamente com os municípios da Região São Luís são responsáveis por realizar um Planejamento Regional Integrado (PRI) a fim de pactuar serviços que atendam às demandas de saúde dessa região, expressando a responsabilidade de cada gestor, por meio das pactuações que ocorrem na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Segundo dados coletados nas entrevistas, o último PRI foi formulado em 2025, após longo período sem realizá-lo.

Esse é um dado importante porque pode indicar dificuldades na consolidação e funcionamento das diferentes Redes de Saúde, já que ao longo dos anos as demandas vão se alterando, devido sobretudo ao crescimento populacional e isso requer posicionamento adequado de gestores para construção de estratégias no cuidado com a saúde da população.

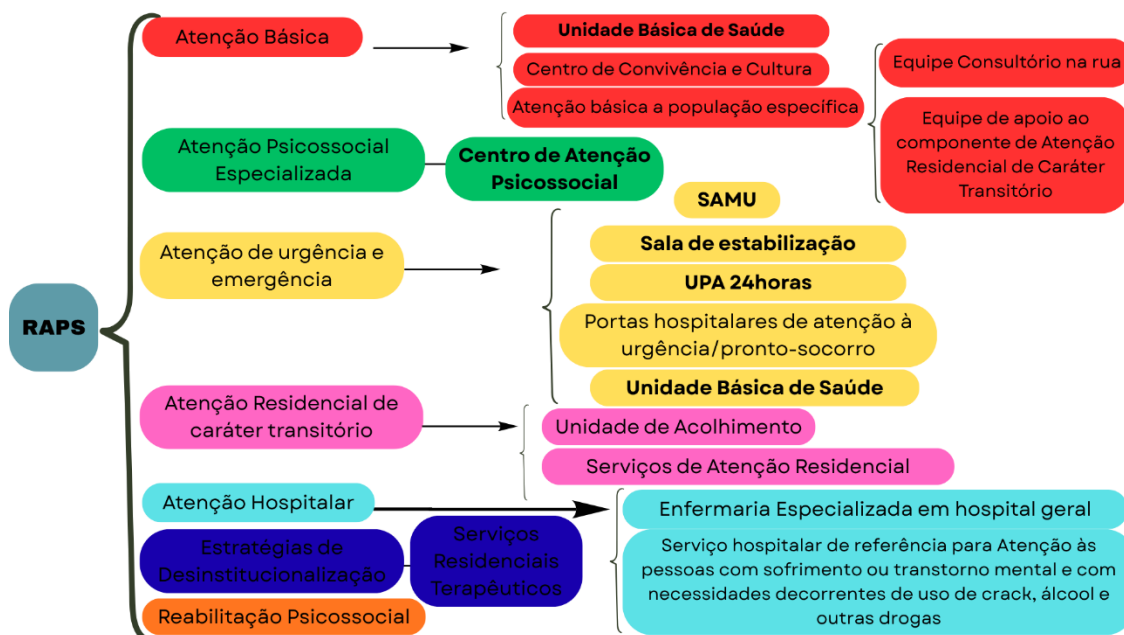
Como parâmetro desta avaliação, destacamos os objetivos gerais e específicos estabelecidos nos artigos 3º e 4º da Portaria nº 3.088/2011, são eles:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Essa portaria estabelece os equipamentos que compõem a RAPS. Abaixo, segue a figura 1 que explicita cada um dos dispositivos que a compõem.

Figura 1- Dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial segundo a Portaria nº 3.088/2011



Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados do Ministério da Saúde, 2011.

Na figura 1, destacou-se em negrito todos os dispositivos que a RAPS de Paço do Lumiar possui até o marco temporal desta pesquisa, novembro de 2025. De modo mais específico, a RAPS de Paço do Lumiar possui 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial, modalidade II, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com Sala de Estabilização e uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA 24 horas). Apesar de não aparecer no desenho da RAPS, mas compondo as equipes da Estratégia Saúde da Família, encontram-se duas equipes E-multi, antigos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que também compõem a RAPS e funcionam no espaço das UBS. Vale destacar que essas equipes estão definidas no §2º do artigo 6º da Portaria nº3088/2011, que descreve as equipes e pontos de atenção da RAPS.

Para compreensão do processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, esta pesquisa realizou visita a cada um desses pontos de atenção localizados no município de Paço do Lumiar a fim de realizar uma entrevista semi-estruturada com um profissional de nível superior de cada um dos serviços.

As entrevistas nas UBS's, no SAMU, CAPS, equipe e-multi e a Coordenação de Álcool e outras Drogas da SES/MA foram agendadas com os gestores dos setores/unidades e foram eles quem direcionaram ao profissional que tinha disponibilidade para a entrevista no momento da chegada à unidade. Em alguns casos, o próprio gestor foi entrevistado pela indisponibilidade dos técnicos no momento da pesquisa.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Paço do Lumiar, as duas gestoras entrevistadas respondem pela pasta da Atenção Primária, devido à indisponibilidade da gestora das Redes em nos atender no dia da entrevista. Vale ressaltar que não há uma coordenação da Rede de Atenção Psicossocial na SEMUS, tendo uma coordenadora de Saúde Mental na Atenção Primária que incorpora atribuições de forma compartilhada com as gestões de Rede, da Atenção Primária e pela coordenação do CAPS, como pudemos observar nas falas dos profissionais. Em relação ao conselheiro do Conselho Municipal de Saúde, foram realizados contatos telefônicos a 4 (quatro) conselheiros diferentes na tentativa de agendar a entrevista e após várias tentativas, conseguimos entrevistar um deles, que ocupa o lugar de representante da sociedade civil no Conselho.

Ressalto ainda que não foi possível a realização de entrevista na Unidade de Pronto-atendimento do município devido à impossibilidade de realizar o agendamento em tempo hábil para finalização desta dissertação. Não compuseram a amostra da pesquisa os seguintes equipamentos: Hospital Nina Rodrigues, Clínica São Francisco e Clínica La Ravardiere. Nenhum destes dispositivos está localizado no município de Paço do Lumiar, porém atendem as demandas dos moradores de Paço do Lumiar. Algumas informações sobre esses serviços aparecerão ao longo deste trabalho, sobretudo na fala dos usuários da política.

Dessa forma, as entrevistas realizadas buscaram identificar elementos concernentes ao cumprimento dos objetivos gerais e específicos da RAPS, conforme a portaria nº 3088/2011, ressaltando aspectos do processo de desinstitucionalização, como princípio da Reforma Psiquiátrica, além de aspectos referentes à política de Educação Permanente dos profissionais de saúde, aspectos relacionados ao funcionamento integrado da RAPS por meio de estratégias como a corresponsabilização do cuidado (matriciamento), monitoramento e avaliação da RAPS.

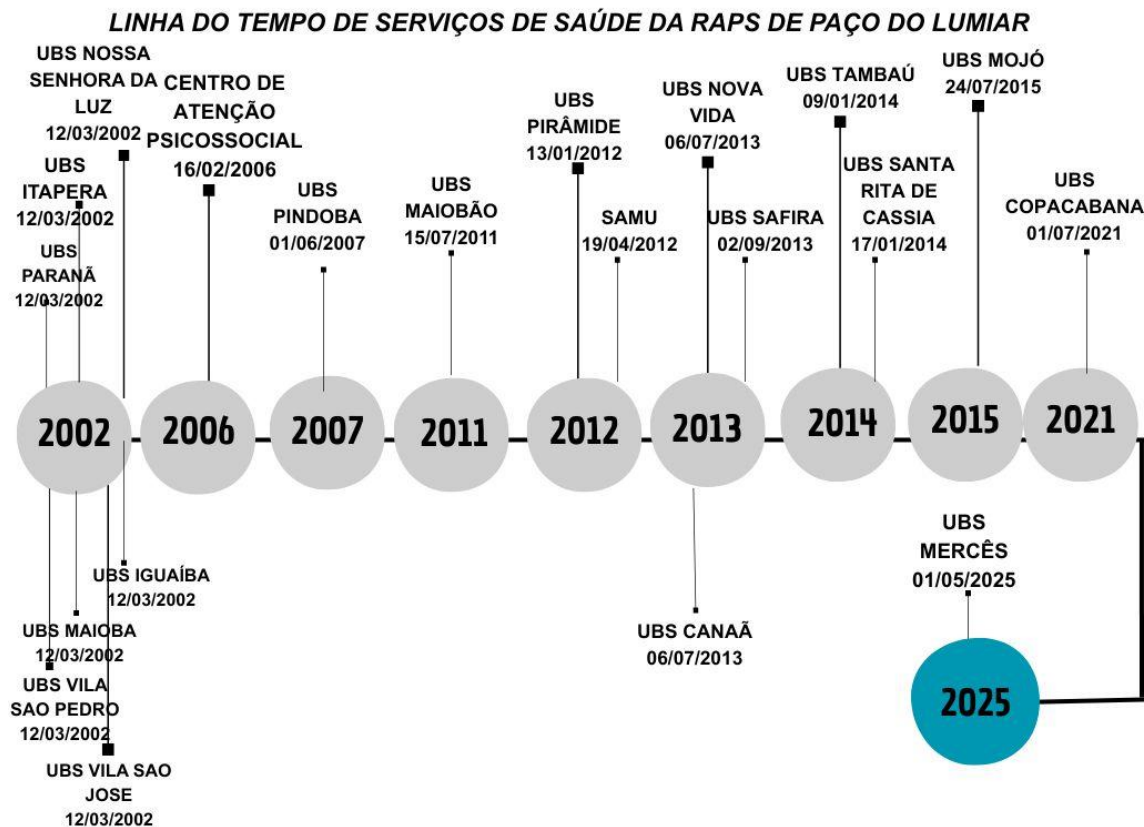
Conforme indicado na Figura 1, o município não possui hospital municipal para atendimento das demandas de urgência e emergência com a possibilidade de estabelecimento de leitos em enfermaria especializada de saúde mental, apresentando apenas uma UPA como referência para atendimento de urgência e emergência. Todavia, destacamos que as entrevistas com usuários e profissionais demonstraram que as demandas de saúde mental não são atendidas devidamente nesta unidade de saúde, sendo assim encaminhadas para o Serviço de Pronto-Atendimento do Hospital Nina Rodrigues, hospital psiquiátrico de gestão estadual, localizado na cidade de São Luís, que possui leitos de observação por até 72 (setenta e duas) horas; e nos casos de necessidade de internação, por período superior. Os pacientes são encaminhados às duas clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS: a Clínica São Francisco e a Clínica La Ravardiere, por período não superior a 90 (noventa) dias.

Ressaltamos ainda que só há um CAPS no município atendendo todas as demandas de Saúde mental do território, correspondendo ao dispositivo estratégico da rede. Além disso, não há dispositivos de caráter residencial para atendimento de usuários com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos que são abandonados nas clínicas, como as Residências Terapêuticas. Elas são importantes estratégias de desinstitucionalização, princípio da Reforma Psiquiátrica. Não há também Unidades de Acolhimento transitório, importante dispositivo para as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, nem na modalidade infanto-juvenil e nem na modalidade adulto.

Outro dispositivo importante para promoção e prevenção em saúde mental que não se encontra em funcionamento no território é o Centro de Convivência e Cultura, chamado CECO. Porém, destaca-se que tal dispositivo só teve legislação própria estabelecida recentemente por meio da Portaria GM/MS 5.783 de 14 de novembro de 2024. Nela são estabelecidos incentivos financeiros federais para implantação pelos municípios.

Para melhor compreensão da implementação dessa rede ao longo dos anos, segue abaixo uma figura que destaca o ano de cadastramento de cada equipamento de saúde no município, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, base de dados do SUS.

Figura 2 - Linha do tempo de cadastro no CNES de serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar



Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados do CNES, 2026.

Conforme percebemos na Figura 2 acima, há intervalos consideráveis no cadastro de serviços de saúde para configuração dessa rede no município. Destacamos que todos os serviços acima são de administração municipal. A UPA de Paço do Lumiar foi cadastrada em 03 de julho de 2020 e é de responsabilidade da administração estadual.

Entre 2002 e 2010, houve o cadastramento de 9 (nove) serviços de saúde, dentre eles o dispositivo estratégico da RAPS, o Centro de Atenção Psicossocial.

Com reflexão importante sobre a temporalidade no cadastramento e implantação dos dispositivos de saúde que passam pela anuência e disponibilidade do Governo Federal, podemos destacar o contexto do Golpe de 2016. Os lapsos temporais apontados acima reiteram o seu impacto na configuração e implementação dessa rede de saúde, expressando as dificuldades que as políticas públicas e especialmente as da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência

Social) enfrentaram nesse período, devido às restrições no financiamento. Dentre os anos que sucedem o golpe, conforme indicado na imagem, houve o cadastramento de apenas uma UBS, em 2021. Ou seja, enquanto isso, de 2011 (ano da portaria da RAPS) até 2015, houve o cadastramento de 8 (oito) serviços, variando entre um e dois serviços por ano. Após o golpe, houve o intervalo de 6 (seis) anos para implantação de um novo serviço. Podemos afirmar que houve uma desaceleração no cadastro e consequente implantação de serviços de saúde da RAPS, expressando dificuldades para configuração da RAPS segundo os moldes da portaria em questão.

De modo geral, não se pode deixar de refletir que a desaceleração na implantação de serviços, como as Unidades Básicas de Saúde, fragiliza para além da RAPS e impacta no funcionamento de todas as redes de saúde do território.

Destaca-se ainda que o município de Paço do Lumiar conta ainda com um ambulatório de psiquiatria em funcionamento no Centro de Especialidades Médicas do município. Na portaria GM/MS nº 3088/2011, esse equipamento não está elencado como um dispositivo que compõe a RAPS, devido às críticas ao seu modelo de cuidado centrado no médico, esvaziado do cuidado psicossocial, comunitário e multidisciplinar proposto pela Reforma Psiquiátrica. Não foram encontrados dados sobre o ano de início de seu funcionamento na pesquisa realizada. Nas entrevistas com os gestores, percebemos, além dessa ausência de dados, dificuldades no estabelecimento de diálogo entre esse dispositivo e os demais equipamentos da RAPS.

No que se refere a dados das clínicas psiquiátricas, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a Clínica La Ravardiere está cadastrada desde 03 de setembro de 2003 e a Clínica São Francisco desde 26 de dezembro de 2003 (CNES, 2026). Ou seja, tais clínicas ocupam o espaço antes preenchido pelo próprio Hospital Nina Rodrigues (HNR) nas internações psiquiátricas, com a diferença de que, atualmente, há limitação de tempo nas internações com o intuito de prevenir a institucionalização dos doentes. Fato que já se provou ineficiente, pois o HNR atende vários municípios do Estado do Maranhão que não dispõem de espaços adequados para manejo das crises em saúde mental e trazem seus doentes para atendimento no Serviço de Pronto-atendimento (SPA) de lá encaminhados às referidas clínicas. Muitos já tiveram seus vínculos familiares rompidos e foram abandonados em tais clínicas, demandando a implantação das

chamadas Residências Terapêuticas como estratégias para garantir o direito à moradia e ao cuidado em saúde mental fora do ambiente hospitalar.

Nas entrevistas realizadas, os profissionais entrevistados informaram que há um processo judicial em andamento que obriga o município de Paço do Lumiar a implantar uma Residência Terapêutica, indicando que há pessoas internadas nas clínicas psiquiátricas com referência de endereço nesse território abandonadas por seus familiares.

Percebemos, diante desses dados, que não houve crescimento significativo da RAPS no que se refere à implantação de equipamentos de saúde até o marco temporal da pesquisa (novembro de 2025), havendo vazios assistenciais consideráveis, tais como atenção à saúde da criança e do adolescente, atenção à crise e atenção a pessoas em uso nocivo de substâncias psicoativas. Além de dispositivos de cuidado na Atenção Básica importantes, como o Consultório de Rua e CECO.

Apenas o município de São Luís dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e ele não se encontra atendendo a demanda de outros municípios. A demanda em Paço do Lumiar tem sido atendida, conforme dados obtidos nas entrevistas, no CAPS do município, quando adolescente, com o acolhimento e consulta com o psiquiatra, todavia não são incluídos em grupos terapêuticos e não realizam acompanhamento psicológico, pois o CAPS não possui espaço físico para fazer grupos em separado dos adultos e não possui capacidade para os atendimentos psicológicos, pois só há uma psicóloga no CAPS; quando se trata de criança, é avaliado no Centro de Especialidades Médicas do município por médico neuropediatra. Antes da chegada desse profissional, as crianças eram encaminhadas para agendamento com neuropediatra na rede estadual de atendimento.

No que se refere à Atenção à Crise, os atendimentos são realizados em sua maioria no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Nina Rodrigues, um hospital psiquiátrico que não compõe a RAPS e este encaminha para as duas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. Esses dispositivos não estão dispostos na portaria nº 3.088/2011. Segundo pesquisa realizada com a gestão estadual, o HNR não funcionará por muito tempo devido ao fato de se configurar como um hospital psiquiátrico para o Ministério da Saúde e assim não deve continuar a existir. Isso demandará urgência na construção de estratégias das gestões das RAPS dos

diferentes municípios, sobretudo da Região São Luís, para atendimento das demandas de atenção à crise.

Conforme percebido nos relatos das entrevistas que detalharemos mais adiante, sobretudo, dos usuários, a atenção às crises configura-se como um grande gargalo na construção do cuidado comunitário e psicossocial. Há relatos de precariedade nos atendimentos e de violações de direitos no atendimento das demandas, ferindo princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e consequentemente os objetivos previstos para o funcionamento da RAPS.

O Centro de Atenção Psicossocial do município de Paço do Lumiar não possui meios para realizar o manejo de crises pelo que foi relatado nas entrevistas tanto do profissional do SAMU quanto profissional do CAPS. Verificou-se que o CAPS não dispõe de médico diariamente para intervenção medicamentosa. O médico está presente no CAPS em um dia na semana, o dia todo, atendendo uma quantidade de 20 pacientes aproximadamente com agendamento prévio. Além disso, o CAPS não possui mecanismos para contenção mecânica nos casos de agitação psicomotora grave (tanto recursos humanos quanto materiais para isso, a saber: maca adequada e faixas de contenção) e seu funcionamento não é estendido e nem 24 (vinte e quatro) horas.

O atendimento do médico uma vez na semana nos leva a refletir sobre a configuração desse trabalho e formato de atendimento proposto pelos CAPS. A configuração que ele se apresenta no período da pesquisa ilustra um ambulatório de psiquiatria funcionando dentro no CAPS esvaziando a proposta de cuidado interdisciplinar, comunitário e psicossocial nesse local. Ao questionarmos na entrevista sobre isso, foi apontado que, para superar essa dificuldade, a estratégia adotada pela equipe técnica do CAPS para garantir a atenção aos usuários de forma interdisciplinar foi de atender de forma conjunta com o médico, ou seja, nas consultas médicas há um profissional da equipe de nível superior garantindo diálogo sobre os planos terapêuticos.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU foi implantado no município desde 2012, sendo responsável pelo manejo inicial da crise psiquiátrica, realizando a remoção para um hospital de referência. É importante destacar que houve uma interrupção no funcionamento do SAMU no município. O Ministério da Saúde suspendeu a habilitação em meados de 2019 por falta de cumprimento de exigências feitas ao município, tais como o devido registro de ações nos sistemas do

SUS. Houve retorno das atividades apenas no ano de 2025 com nova habilitação junto ao Ministério da Saúde. Diante disso, houve um lapso temporal importante em que as demandas do SAMU eram atendidas por ambulâncias do município de São Luís. Essa descontinuidade contribuiu para sobrecarga de demandas neste serviço, havendo momentos em que não foi possível atender as demandas de Paço do Lumiar, sobretudo as demandas de saúde mental. Os usuários e seus familiares ficaram desassistidos, tomando a iniciativa de levar ao SPA do Nina por conta própria, conforme relatos de profissionais e usuários da rede.

Ressalta-se que as demandas de urgência e emergência em saúde mental são complexas, em sua maioria, e requerem bastante tempo para manejo adequado pelas equipes do SAMU, conforme destacado em entrevista com profissional. E em detrimento de outras demandas de risco mais iminente, elas ficam em segundo plano na triagem.

O cenário apontado, portanto, nos leva a afirmar que o incipiente crescimento da RAPS devido à implantação de poucos dispositivos ao longo dos anos afeta o primeiro objetivo geral da RAPS, segundo sua portaria, que é *ampliação do acesso à atenção psicossocial*. Não houve crescimento sustentável da rede para consolidação de um cuidado em diferentes níveis de atenção, segundo os dados desta pesquisa. Sendo assim, outro objetivo geral também teve dificuldades em se concretizar ao longo dos anos, que é *a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas*. Seu acesso ocorre em um cenário de poucos dispositivos participando do cuidado.

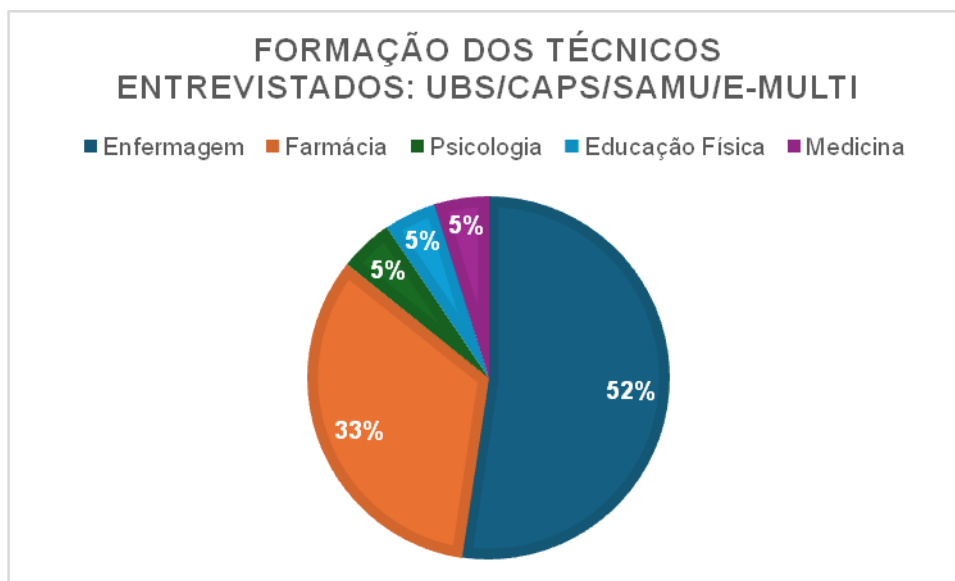
Além desses objetivos gerais, dois primeiros objetivos específicos da portaria da RAPS também não se concretizam como deveriam. São eles:

I-promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011)

Não há CAPS específico para crianças e adolescentes e nem Consultório de Rua demarcando um vazio assistencial para grupos vulneráveis na RAPS. Além disso, a prevenção ao consumo de álcool, crack e outras drogas ocorre de maneira pontual com ações restritas a alguns equipamentos, como o CAPS e as UBS em meses alusivos a campanhas de saúde mental, conforme descrito nas entrevistas.

No que se refere à formação profissional dos técnicos entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, E-multi e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a maioria foram enfermeiros conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1- Formação dos profissionais entrevistados (UBS, SAMU, CAPS, E-MULTI)

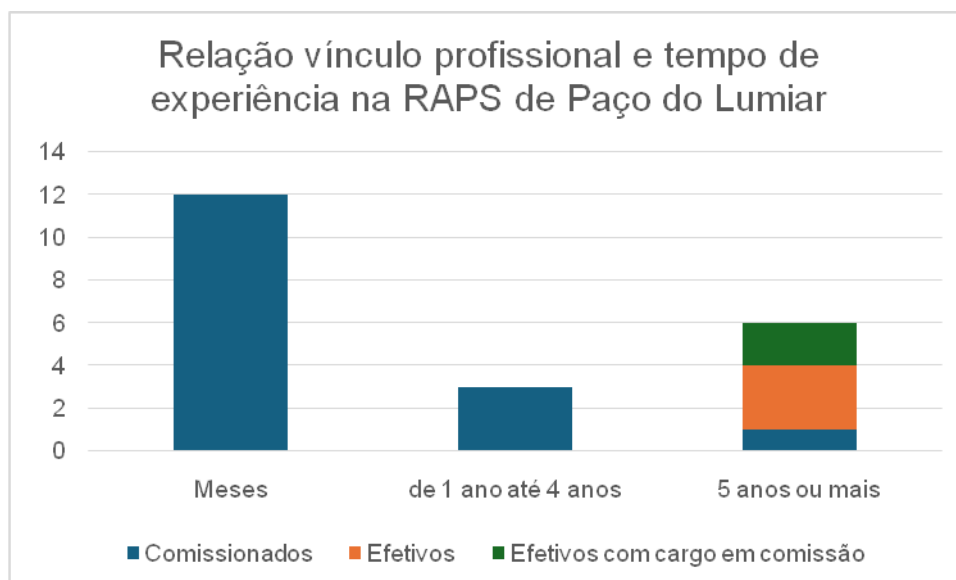


Fonte: Elaborada pela autora

Nas UBS, foram entrevistados profissionais das categorias da enfermagem, farmácia e medicina, predominantemente do sexo feminino, sendo apenas dois farmacêuticos do sexo masculino. No CAPS, uma profissional da psicologia; na equipe e-multi, um profissional de educação física e no SAMU, uma enfermagem. Nas UBS, duas enfermeiras entrevistadas eram as gestoras da unidade. No CAPS e SAMU, as profissionais também eram gestoras do serviço. Ou seja, do total de entrevistados nas unidades de saúde 88%, aproximadamente, foram do sexo feminino.

Em relação ao vínculo profissional, a maioria dos entrevistados possuem cargo comissionado e em sua maioria possuem pouco tempo atuando na RAPS.

Gráfico 2 – Relação vínculo profissional e tempo de experiência na RAPS dos profissionais entrevistados



Fonte: Elaborada pela autora

Observou-se que a maioria dos entrevistados iniciou suas atividades na gestão do atual prefeito, tendo poucos meses de experiência na RAPS do município. Ou seja, 12 (doze) comissionados estão há poucos meses, 3 (três) comissionados estão entre 1 ano e 4 anos atuando no município e 1 (comissionado) está há 5 anos ou mais atuando no município. Todos os efetivos entrevistados estão há 5 anos ou mais nas unidades de saúde e, dentre os efetivos entrevistados, 2 ocupam cargo em comissão. Isso demonstra que nas Unidades Básicas de Saúde, as equipes de profissionais de nível superior são compostas por profissionais em sua maioria com vínculo comissionado. Ou seja, a cada mudança de gestão, as equipes são suscetíveis a mudanças, o que pode comprometer o cuidado na RAPS. Afinal, o conhecimento do território das UBS e o estabelecimento de um bom vínculo com a comunidade são pressupostos indispensáveis para garantia do cuidado nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2026-2029, foi informado que há 1.057 trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde, destes 528 são servidores efetivos e 522 comissionados e 7 pensionistas. Neste plano, há o reconhecimento da necessidade de recomposição do quadro de efetivos, tendo em vista que os comissionados estão, em sua maioria, em cargos de coordenação e gestão e os

efetivos estão em atividades operacionais e assistenciais. Em cenários de transição política, há grande risco de descontinuidade de atividades essenciais do SUS em caso de não haver recomposição de profissionais do quadro efetivo. (Paço do Lumiar, 2026)

No que se refere à especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, dentre os 18 (dezoito) profissionais entrevistados nas UBS apenas 2 (dois) possuem especialização nessa área, configurando aproximadamente 11% dos entrevistados nas UBS. Entre os demais profissionais entrevistados (CAPS, SAMU, E-multi), somente um não possui especialização. A conselheira do Conselho Municipal de Saúde é representante da sociedade civil e possui nível superior com especialização na área de Saúde Mental.

Conforme dados coletados nas entrevistas, as equipes que compõem as UBS são compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, algumas delas possuem dentistas e técnicos de saúde bucal, médicos, farmacêuticos e em uma delas apenas, possui uma assistente social. Além deles, possuem também agentes de portaria, recepcionistas e/ou administrativos e vigilantes. Todas as UBS são geridas por profissional da área da Enfermagem. Vale destacar que em algumas delas, identificamos na fala dos profissionais que o gestor também trabalha desenvolvendo funções na área da assistência em enfermagem, conforme as seguintes falas “[...] *Atualmente, aqui na unidade temos: uma enfermeira e a gestora que também é enfermeira e atende [...]*” (Entrevistado 1, 2025); “*Sou enfermeira mas estou somente na gestão atualmente. Já atendi no começo [...]*” (Entrevistado 2, 2025)

“Temos um médico, uma enfermeira, um farmacêutico, uma vacinadora que é técnica em enfermagem, uma técnica de enfermagem na triagem, e uma do curativo, uma administrativa, uma AOSG, quatro ACS e um gestora que é ACS e é enfermeira e também atende as demandas todas. E tem 4 vigilantes e agente de portaria. Só tem os ACS como efetivos [...]” (Entrevistado 8, 2025)

As falas acima expressam número insuficiente de profissionais para as demandas que se apresentam, culminando no acúmulo de funções pelos gestores. Essa realidade corrobora em prejuízos à saúde do trabalhador, bem como compromete a qualidade do serviço prestado à população.

Além disso, a última fala do entrevistado acima refere que dentre todos os profissionais da unidade, somente os Agentes Comunitários de Saúde são efetivos.

Essa realidade também foi encontrada em outras UBS na pesquisa de campo. As equipes são majoritariamente compostas por profissionais contratados e comissionados. Tendo, além dos ACS, mais um ou dois profissionais, no máximo, como efetivos, sendo de nível superior ou não.

Tanto o acúmulo de função quanto o baixo número de profissionais efetivos nas UBS são expressão da precarização nas relações trabalhistas sob a orientação das ideias neoliberais. O incentivo a contratações mais flexíveis em detrimento daquelas com mais estabilidade e direitos reiteram a lógica do Estado gerencial, a lógica empresarial nas ações públicas, e isso irá interferir na execução das ações de saúde. Conforme refere Grillo e Reis (2025, p.93)

O trabalho exercido pelos servidores públicos no fornecimento de serviços à comunidade fica comprometido a ponto de ocasionar uma forte desagregação, propensa a ocorrer quando o Estado importa estratégias de governança do setor privado em sua Administração, mediante justificativas como a necessidade de modernização e de implementação de novos métodos de gestão, imposição de metas e acúmulo de tarefas. Como resultado, o servidor é atingido por uma dupla crise, que coaduna dimensões pessoal e institucional. No âmbito pessoal, observa-se que a falta de recursos para o exercício da função acaba exigindo do servidor um esforço laboral exacerbado. Concomitantemente, em relação à dimensão institucional, é possível observar um esgarçamento, ao passo que as limitações que se impõem no exercício da função pública acabam se transformando em uma fonte de conflito com a população destinatária do serviço, que não possui outra maneira de sobreviver sem o acesso a estes bens primários. O Estado deixa, portanto, de atuar como assegurador de direitos sociais de todos e para todos.

Logo, as diferentes categorias da saúde ficam submetidas a vender sua força de trabalho em um cenário de desproteção e de exploração. Mais à frente, retomamos essa reflexão com outras falas dos profissionais.

No Centro de Atenção Psicossocial, até a data da pesquisa, havia os seguintes profissionais: dois assistentes sociais, um psicólogo, dois terapeutas ocupacionais, um fonoaudiólogo, dois enfermeiros, um pedagogo, dois farmacêuticos, um artesão, dois profissionais para serviços gerais, três profissionais de apoio administrativo, dois agentes de portaria, dois vigilantes noturnos e um cozinheiro. Além destes, há um profissional de Educação Física da equipe e-multi que é cedido para trabalhar no CAPS dois dias na semana, um gestor administrativo de cargo comissionado e um gestor clínico efetivo ocupando cargo em comissão. Destes profissionais, considerando a equipe técnica de nível superior, somente o pedagogo e o psicólogo possuem cargos comissionados, os demais são efetivos,

incluindo o profissional de Educação Física da equipe e-multi. Dentre os demais cargos de apoio administrativo e operacional, só há um efetivo, o cozinheiro, todos os outros são comissionados.

Diante disso, podemos afirmar que, como dispositivo estratégico da rede, há um bom número de profissionais efetivos no CAPS, o que garante melhor continuidade das ações, apesar de que nas entrevistas, foram destacadas dificuldades com a quantidade de profissionais para as demandas atendidas.

As equipes e-multi instituídas pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, são denominadas Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária e estão vinculadas às equipes da Atenção Primária, a saber: equipe de Saúde da Família – ESF; equipe de saúde ribeirinha – ESFR; Consultório de Rua – Ecr; equipe de Atenção Primária – Eap ou equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF. Há modalidades de equipes e-multi, são elas: a Ampliada, a Complementar e a Estratégica. O município de Paço do Lumiar possui duas equipes e-multi na modalidade Ampliada que, segundo a legislação, atende de 10 a 12 equipes da ESF no máximo. Atualmente, essas equipes e-multi são compostas por 10 (dez) profissionais no total, sendo uma assistente social, duas psicólogas, dois profissionais de Educação Física, quatro nutricionistas e uma fisioterapeuta, desses pelo menos 6 são efetivos.

Verifica-se que a equipe e-multi só pode estar vinculada a 12 (doze) das equipes da Estratégia Saúde da Família e o município não possui cobertura acima de 80% dessas equipes, demonstrando dificuldades no atendimento das demandas. Ou seja, as demandas de saúde mental da Atenção Primária que poderiam ser atendidas por essas equipes para evitar agravos não têm sido atendidas em sua integralidade, expondo um vazio assistencial da rede do município, já que as equipes e-multi só possuem dois profissionais da área da Psicologia.

Em relação ao quantitativo de profissionais em cada unidade de saúde independente de vínculo, efetivo ou comissionado, todos os profissionais entrevistados nas unidades de atendimento no território (UBS, CAPS e equipe e-multi) relataram a insuficiência de profissionais para atendimento das demandas de Saúde Mental no território. Nas entrevistas, observou-se que o município possui 4 (quatro) profissionais da área da Psicologia atendendo usuários da RAPS no território de Paço do Lumiar, sendo eles lotados: um no Centro de Atenção Psicossocial, outros dois nas duas equipes e-multis do município e que prestam

atendimento aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde e um no ambulatório de psiquiatria do município, que funciona descolado da rede.

Nas entrevistas, os profissionais foram questionados sobre quais profissionais sentiam mais falta em suas unidades. O gráfico 3 abaixo ilustra as respostas.

Gráfico 3 - Indicação de profissionais que estão em falta nas unidades de saúde de Paço do Lumiar, segundo os entrevistados



Fonte: Elaborada pela autora

Cerca de 70% dos entrevistados nos referidos equipamentos de saúde apontam que o profissional da Psicologia é o de maior necessidade para atender a demanda que se apresenta na RAPS, seguido do profissional psiquiatra (40%), médicos de outras especialidades (30%), assistente social (25%), nutricionista (15%), enfermeiro (10%), fisioterapeuta (5%) e Agente Comunitário de Saúde (5%).

No CAPS, foi apontado que há insuficiência dos seguintes profissionais: psicólogo, profissional de educação física, cozinheiro e monitores para apoio nas atividades de grupo, conforme fala abaixo:

A equipe é pequena para demanda. Só temos uma cozinheira 30 horas, no outro turno os outros profissionais precisam servir o lanche que é deixado feito... o que não é adequado. O educador físico que tínhamos foi transferido nessa gestão para equipe e-multi e está nos atendendo só dois

dias na semana, mas oficialmente não é mais nosso, nem produção do SUS ele lança por aqui. Nós precisamos muito de monitores porque os pacientes podem entrar em crise e precisamos de pessoas para realizar o manejo que é muitas vezes físico com a contenção mecânica e a equipe é maioria mulheres... já tivemos situações que nos trancamos na sala porque só havia o coordenador homem e mesmo ele foi agredido por paciente em crise (Entrevistada 20, 2025).

Logo, todas as falas foram unânimes em afirmar que tanto o número de profissionais que se encontram nas unidades, quanto o número de equipamentos de saúde que compõem a RAPS até o momento das entrevistas não são suficientes para garantir o atendimento das demandas com qualidade. Foram apontados como necessários: um CAPS AD, um CAPS infantojuvenil, UBS, Consultório de Rua e leitos em hospital geral.

Falta um CAPij, falta um CAPS Alcool e Drogas, né? Falta uma rede de apoio como se fosse uma retaguarda, né, pro paciente que tem alta melhorada e que pode continuar a fazer uma terapia numa comunidade, num centro de convivência e falta isso aí. Falta profissionais, recursos humanos é pouquíssimo, pouquíssimo [...]. Duas equipes emulti por uma população que está com 140 mil habitantes, não tem um CAPS AD, e aí a gente muitas vezes deixa o nosso paciente de transtorno mental limitado no atendimento nas oficinas, no plano terapêutico, por conta de que tem que dividir os dias da semana com público Álcool e Drogas também, para não deixar desassistido [...]. Por conta dessa... a gente sempre vai falar dessa falta de profissionais (Entrevistado 20, 2025)

É relevante destacar ainda que o enfermeiro foi apontado em apenas 10% das falas nas UBS, porém conforme vimos muitos gestores nas unidades fazem o papel assistencial revelando a insuficiência dessa categoria nas unidades. Além disso, foram apontados como necessários em apenas 5% das falas, os ACS. Apesar de que, segundo informações da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a cobertura da Estratégia Saúde da Família no território de Paço do Lumiar é de apenas 52%:

Hoje a gente está no processo de territorialização, a gente tem 23 equipes que abrangem em média 52% do nosso território, só que se for levar para a prática ela é bem menos, em torno de 30%, visto que o território tem 145 mil habitantes segundo o IBGE. A gente está no processo de credenciamento de mais 16 equipes para a gente chegar a gente chegar no potencial de 75% de cobertura. (Entrevistada 23 ,2025).

É inegável que, para implementar uma rede de cuidados comunitário como a RAPS exige, é necessário um número adequado de profissionais. Sem essa

prerrogativa, não há garantia de qualidade no atendimento das demandas que se apresentam.

Destaca-se, ainda, a fala de um entrevistado que trouxe reflexões sobre a correlação alta demanda e adoecimento dentre os profissionais de saúde.

A gente está falando aqui da rede para atender o nosso usuário. Mas e a gente? Quem atende? Quem cuida da gente? Principalmente no meio do trabalho. Quem cuida, que somos nós, enquanto profissionais da saúde, a gente cuida de pessoas, a gente está muito suscetível ao adoecimento. Ainda mais lidando com tanta gente adoecida, todo o tempo. Então, de fato, é uma coisa que a gestão, agora que está organizando as coisas e tudo, esse novo ano aí, promete muita coisa. Que a valorização do servidor passe por isso também, sobre um olhar mais amoroso também para quem trabalha. Porque muitas pessoas estão adoecendo por conta da alta demanda. (Entrevistado 16, 2025)

Os profissionais da saúde são trabalhadores submetidos à lógica do capital de venda da sua força de trabalho para garantia de sua sobrevivência. Nessa perspectiva, estão submetidos à exploração com exigência de alta produtividade e salários não compatíveis, além da flexibilização de seus direitos trabalhistas. O adoecimento, nesse contexto, é uma das consequências desse processo e que revela um paradoxo no campo da saúde. Como garantir cuidados aos doentes, quando o cuidado consigo próprio não é garantido? A precarização das relações trabalhistas e a alta demanda por resposta do SUS são realidades que tensionam o funcionamento da Política de Saúde na perspectiva da garantia de direitos. Como já dito anteriormente, o Estado vai deixando de cumprir o seu papel de assegurado de um direito social imprescindível, o direito universal à saúde.

No que se refere às qualificações em Saúde Mental promovidas pelos entes Estado e município das equipes da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde), observou-se que aproximadamente 52% (cinquenta e dois por cento) dos entrevistados responderam já ter participado de pelo menos uma qualificação na área. Levando em consideração que a maioria dos entrevistados estão há pouco tempo atuando nas UBS, essa porcentagem demonstra que as qualificações seguem sendo realizadas, demarcando um esforço para promoção do atendimento qualificado das demandas. Apesar de terem sido apontados lapsos temporais importantes na realização dessas capacitações, conforme fala:

[...] Olha, no mandato do Bolsonaro, teve pouquíssima capacitação. Não teve. Não teve muita...Inclusive vetaram algumas coisas, né? Da reforma psiquiátrica... E agora aí, nesse governo ... e nos outros governos do Lula, tinha muita coisa voltada pra saúde mental (Entrevistada 20, 2025)

A fala acima reflete o processo de contrarreforma psiquiátrica refletido na execução das ações no território em questão. É sabido que a não qualificação dos profissionais dos dispositivos da RAPS reflete o enfraquecimento do atendimento comunitário das demandas e afeta princípios importantes da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a desinstitucionalização. Além de deixar de cumprir com o objetivo da RAPS de educação permanente dos profissionais.

Ao questionar nas entrevistas sobre o conhecimento da legislação da RAPS, sua composição e fluxos, 50% dos entrevistados nas UBS afirmaram não possuir nenhum conhecimento; dos outros 50% que conheciam a RAPS, a maioria afirmou não conhecer profundamente, somente um profissional demonstrou conhecimento aprofundado devido ao fato de possuir especialização da área de Saúde Mental. Esse aspecto merece atenção, pois impacta na construção e materialização dos fluxos de trabalho da RAPS no território. Ou seja, apesar de a maioria apontar participação em capacitações, não há ainda consolidação de conhecimento entre os profissionais sobre a área de saúde mental. Esse dado é preocupante, pois o conhecimento sobre o aparato jurídico da RAPS é pressuposto para construção de práticas alinhadas ao princípio da reforma.

Amarante (1995) reforça a importância do caminho da Reforma Psiquiátrica na sua dimensão sociocultural para daí garantir mudanças na dimensão técnico-assistencial. A realidade encontrada no município de Paço do Lumiar reflete essa necessidade de conhecimento sobre a Política de Saúde Mental para garantia da construção de processo de trabalho que garantam o cuidado comunitário na rede.

No que se refere a ações de promoção, prevenção e tratamento na área de Saúde Mental nas UBS, todos os entrevistados mencionaram que as ações de promoção e prevenção são realizadas por meio de palestras e rodas de conversa em meses alusivos como janeiro branco e setembro amarelo. Ou seja, as ações coletivas são pontuais nas unidades e não atravessam as demais ações das equipes. Além disso, não se verificou um movimento concreto de rede entre diferentes dispositivos para realização dessas ações.

Em relação ao cuidado e tratamento dos usuários com queixas de adoecimento mental nas UBS, os entrevistados relataram que os atendimentos são realizados pela psicologia da equipe e-multi e tratando-se de casos leves, em sua maioria, são encaminhados ao ambulatório e os casos considerados moderados e graves na classificação de risco são encaminhados ao CAPS do município. Conforme fala abaixo:

Assim, o que a gente tem é psicólogo na emulti, Tem também a auriculoterapia todas as sextas a tarde. Tem palestra de saúde mental geralmente no mês de setembro. Mas assim voltado para saúde mental o tempo todo, ainda não tem. Mas estamos vendo que vai começar. Por exemplo, esses casos de ansiedade leve que a gente vê que pode ser tratado aqui... mas eu por exemplo ainda tenho essa dificuldade quando chega um paciente que diz: "tô muito ansioso, tô com problema familiar", eu ainda tenho essa dificuldade de manejar. Então, atualmente, estou preferindo encaminhar para o psicólogo [...] Casos leve encaminhamos para equipe emulti. Atualmente, a gente vê aqueles pacientes que estão precisando. Priorizando os pacientes de programa, por exemplo, do Hipertensão e a gestante que não está aceitando bem a gestação. Aqueles outros pacientes a gente encaminha para o ambulatório. Geralmente, tem ansiedade e pessoas com problemas familiares e pessoas com estresse no trabalho (Entrevistado 5, 2025).

Em algumas Unidades Básicas de Saúde, os médicos manejam os casos leves de adoecimento mental, iniciando medicação e acompanhando a evolução do quadro, porém essa realidade não foi observada em todas as UBS do município. Algumas realizam o acolhimento, porém encaminham para o ambulatório de psiquiatria e para o CAPS, conforme falas abaixo:

O médico daqui atende e consegue fazer essa primeira avaliação e aí ele faz o encaminhamento. Quando eu faço algum atendimento em relação a buscar algum medicamento, quando eu vejo que o paciente quer conversar, quer se abrir... tem essa cadeirinha aqui... eu coloco ele aqui dentro... sinalizo para gestora, o médico, o enfermeiro... que o paciente precisa de um acolhimento melhor. O médico da unidade prescreve psicotrópico. Aqui a gente só não libera. As demandas que mais aparecem é ansiedade e depressão (Entrevistado 8, 2025)

A gente atende bastante paciente. Eles passam pela médica e a maioria vem para atualização de receita. A médica transcreve as receitas, não costuma prescrever de primeira vez. Ela não inicia manejo de nenhum atendimento de saúde mental. Que eu saiba até agora não. E a gente não trabalha com esse tipo de medicamento também. Os que precisam encaminhamos ao CAPS (Entrevistado 13, 2025)

Um ponto que merece destaque e que foi apontado por profissionais como fator que dificulta o atendimento dos usuários com essa demanda no território das

UBS é a centralização da dispensação de psicotrópicos na farmácia do CAPS. A crítica do profissional refere-se ao fato de que mesmo os usuários atendidos nas UBS com a prescrição ou a transcrição das receitas, na realidade atual, devem se dirigir ao CAPS para receber os medicamentos, conforme entrevista abaixo:

O médico daqui da unidade prescreve, mas aí tem alguns que já saem sabendo que não entregam medicação aqui. Mas muitos chegam e não sabem onde é, porque antigamente era no CSU, né? E agora ficou só no CAPS. Só no CAPS, está centralizado na farmácia, que é uma crítica que a gente faz. Porque se toda UBS tem um farmacêutico, por que não descentralizar? [...]essa centralização ela dificulta muito. Mesmo porque fica muito sobrecarregado só o CAPS, por que já tem os pacientes do CAPS. Eu acho que eles querem ter um controle maior sobre as medicações, que são mais caras. Mas acaba que você expõe a população. Por que imagina sair daqui, lá para o Maiobão receber. É um gasto de passagem, né? Que as vezes a pessoa já não tem o que comer, ainda vai gastar para poder receber um remédio. A gente sabe que é uma população muito pobre. Então, a gente faz essa reflexão e que o certo é eles estarem aqui dentro da unidade... que já é uma oportunidade de acompanhar esse paciente. Saber se ele está usando direito essa medicação. Porque muitos nem usam medicação... De ajudar a consulta com o médico.... De estar acompanhado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. É uma forma de trazer para dentro da unidade também esse paciente. Mas a gente espera que isso se resolva também. Que não fique por muito tempo. Por que foi uma mudança que veio com essa gestão. (Entrevistado 16, 2025)

O profissional, portanto, relaciona a centralização de tais medicamentos no CAPS com um prejuízo terapêutico e também material para os usuários. Visto que ao receber a medicação em outra unidade, o farmacêutico da UBS não consegue fazer a orientação sobre o uso racional do medicamento podendo resultar na pouca efetividade do tratamento. Além disso, os usuários que já são vulnerabilizados pela pobreza são levados a arcar com transporte para uma unidade mais distante de sua residência, o CAPS, trazendo assim prejuízo financeiro. Segundo observou-se na fala dos entrevistados, em anos anteriores à gestão atual, as UBS contavam com esse medicamento em suas farmácias a fim de atender os usuários que faziam uso no seu território.

Diante disso, podemos considerar que em relação a outras demandas: o acompanhamento de pré-natal, de hipertensos e diabéticos, por exemplo, é realizado pela UBS de maneira costumaz, enquanto o atendimento das demandas leves de saúde mental nas UBS é em sua maioria encaminhadas aos equipamentos especializados da RAPS no município de Paço do Lumiar. Essa centralização do atendimento das demandas seguida da centralização da dispensação da medicação

no equipamento especializado da RAPS, portanto, foram processos criticados pelos técnicos.

Em nossa avaliação, são condutas que fortalecem a segregação da Saúde Mental, fortalecendo a cultura de especialização em detrimento da lógica da Estratégia Saúde da Família nos territórios bem como do que é preconizado na estrutura de atendimento da RAPS. Sabe-se que o tratamento histórico de segregação das demandas de Saúde Mental na Política de Saúde resultou no tratamento manicomial. Romper com essa cultura impescinde de estratégias práticas que propiciam a inclusão social dos doentes mentais incluindo a construção de processos de trabalho que garantam o atendimento de suas demandas nos diferentes equipamentos da RAPS, conforme suas necessidades.

No que se refere à realização do processo de matriciamento das demandas, verificou-se nas entrevistas nas UBS que aproximadamente 36% dos entrevistados relataram desconhecimento sobre a matéria, 52% já tiveram algum conhecimento sobre o processo, porém relatam que não o viram acontecer, e 12% referem que o processo já está sendo realizado em Paço do Lumiar, porém iniciado recentemente.

O matriciamento configura-se como um cuidado compartilhado entre equipes de diferentes equipamentos da RAPS. Só sendo possível realizá-lo com a corresponsabilização de todos envolvidos no Plano Terapêutico Singular do usuário. A pesquisa apontou que as UBS têm dificuldade no manejo e acompanhamento de pacientes com demandas de saúde mental, tanto por uma cultura de especialização em que as demandas são encaminhadas em toda circunstância ao especialista, quanto por dificuldades na materialização do processo de matriciamento.

O processo do matriciamento propicia segurança na construção do cuidado porque as responsabilidades são partilhadas. Conforme relatado na entrevista no CAPS:

[...] o matriciamento foi um projeto que há muito tempo a gente vinha pensando, mas não tinha uma parceria, um apoio da gestão [...] A gente foi em todas as 18 UBS falar um pouco do papel da RAPS, um pouco do papel da saúde mental, sobretudo do CAPS... do funcionamento... de quem que pode vir no CAPS, como o CAPS funciona. Então, a gente foi bem recebido nas 18 UBS. Muitas pessoas não tinham conhecimento. Pessoas da área da saúde mesmo que não tinha conhecimento de como que o CAPS funcionava e com isso, com as 18 UBS, eu fiz a proposta para os técnicos do CAPS ficarem de responsáveis técnicos, matriciadores das 18 UBS para as demandas que vierem de lá a gente tentar resolver dividindo por técnico de referência. Esse tem sido um esforço nosso enquanto dispositivo

especializado da rede de garantir o manejo dos casos na ponta (Entrevistada 20, 2025).

Verificou-se, portanto, que estão sendo engendrados esforços para realização do matriciamento pelos técnicos e coordenadores para garantia do funcionamento da RAPS, o que demonstra a intenção e compromisso da gestão nesse sentido, mesmo que ainda se apresente de forma incipiente, conforme constatamos nas entrevistas.

[...] a gente sabe que a política muitas vezes atrapalha e muito os serviços pra população, né? Porque muitas vezes os interesses são outros que não é o bem-estar do município, da população. E nas outras gestões teve muitas coisas boas também, como por exemplo o ambulatório ter saído do CAPS, foi uma gestão bem anterior que a gente conseguiu desvincular. E assim, as outras gestões não davam muita importância ao CAPS... ao doente mental... a pessoa com transtorno mental... E a gente sempre fazia documento pedindo as coisas, sempre buscando fazer um trabalho... para eles terem... tanto a gente como eles termos e fornecemos o trabalho com dignidade. humanizado, com recursos não só humanos, mas também com recurso material para proporcionar aos nossos usuários e a gente ter condição de trabalho. E muitas vezes não tinha. O CAPS ficou muito tempo sem funcionar. Apenas sem funcionar as oficinas terapêuticas. Apenas com as demandas. E a equipe aqui, fazendo as demandas internas, conversando com os familiares quando precisava. Mas oficinas terapêuticas, teve um tempo que o CAPS não funcionou. Teve um tempo que a gente teve que sair do prédio por conta de mudança. reforma, que essa reforma sabe como que é, né? Como eu tava falando da gestão passada. Demorou dois anos pra gente voltar pro nosso prédio e aí a gente nunca parou, mas também se esforçando pra dar um melhor atendimento dentro das nossas condições (Entrevistada 20, 2025).

A fala acima ilustra que as decisões políticas são de suma importância para definir os rumos de implementação de uma política pública. São respostas às demandas sociais, porém se configuram como tal a partir de esforços com a correlação de forças de grupos de pressão que garantem sua entrada ou não na agenda pública. Como aponta Silva (2014, p.90):

Trata-se de um processo que articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas. Representa um conjunto de ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não-decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada. Isso significa que uma política pública se estrutura, se organiza e se concretiza a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos que também são produzidos socialmente. Seu desenvolvimento se expressa por movimentos articulados e, muitas vezes, concomitantes e interdependentes, constituídos de ações em forma de respostas, mais ou menos institucionalizadas, a situações consideradas problemáticas, materializadas mediante programas, projetos e serviços.

A fala do entrevistado também sinaliza descontinuidades no atendimento do CAPS ao longo dos seus quase 20 anos de funcionamento com a suspensão dos grupos terapêuticos, demonstrando que são vivenciadas fragilidades na RAPS ao longo dos anos.

Não conseguimos afirmar se o investimento da atual gestão no funcionamento da RAPS de Paço do Lumiar é fruto da pressão de grupos ou é resultante da sensibilidade da gestão com os altos índices de adoecimento mental que têm pressionado gestores para construção de estratégias. Decerto, o cuidado em rede é um processo que se encontra em construção no território de Paço do Lumiar, algo que se demonstra nas entrevistas. A gestão municipal atual tem estimulado esse processo garantindo meios para sua efetivação. Gestões anteriores tentaram iniciar o processo de matriciamento, mas não seguiram adiante. As falas de outros entrevistados da UBS reiteram esse aspecto:

Teve esse esforço de fazer em 2023. Mas foi só uma reunião. A gente sentou, conversou. Nessa época, eu entendia muito pouco sobre o que era matriciamento, assim...Eu não tinha o conhecimento que eu tenho hoje. A gente sentou, eles explicaram como era, o que pretendiam fazer. Ficou pra ter um segundo momento e nunca teve (Entrevistada 15, 2025)

Outras falas referem o início do processo atualmente: “A gestão anterior não tinha esse engajamento nesse sentido. Hoje já percebo diferente (Entrevistada 8, 2025) e “Na verdade, nós fizemos um curso que dizia que ia acontecer. E agora tá acontecendo. Parecia uma coisa muito distante (Entrevistada 6, 2025)”

Diante do exposto, o terceiro e último objetivo geral da RAPS de *garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências*, expresso em sua portaria, encontra dificuldades para sua implementação em Paço do Lumiar, tanto pela recente construção do processo de matriciamento, quanto pela configuração dos atendimentos com a centralização de demandas, em sua maioria no CAPS, conforme dito nas entrevistas, como por exemplo a centralização da dispensação de medicações no CAPS e as dificuldades no manejo das urgências.

No que se refere ao Plano Terapêutico Singular, verificou-se que ele tem sido utilizado apenas no CAPS do território. O processo de matriciamento que é ferramenta importante para construção do PTS na RAPS foi iniciado, todavia ele

ainda não avançou suficientemente na perspectiva de sua construção pactuada entre os dispositivos da RAPS.

A fala de uma entrevistada elenca dificuldades para materialização do PTS mesmo no dispositivo especializado da rede, o CAPS.

**Por conta dessa falta de profissionais a gente faz o PTS, mas a gente não faz como deveria, com todos logo marcando e fazendo. Não, a gente faz aos poucos, mas tem feito sim.** E esse plano se dá com um ou duas pessoas da equipe ou mais, multiprofissional, com o familiar e com o paciente, traçando estratégias, traçando metas, vendo as vulnerabilidades dele, os pontos positivos, os pontos que servem para proteger, quantos pontos ficam em risco. E a gente faz isso, mas não faz como deveria fazer mesmo, por conta mesmo de falta de pessoal (Entrevistada 20, 2025, grifo nosso)

Ressalta-se que o Plano Terapêutico Singular (PTS) é pactuado nas unidades de saúde, especialmente no CAPS, e implica na corresponsabilização dos usuários, familiares e profissionais em relação a metas e objetivos como parte estratégica do tratamento. Nele é definida a participação de diferentes equipamentos da RAPS garantindo a integralidade do cuidado ao usuário. Sem a realização do PTS, há dificuldades na consolidação de um cuidado articulado em rede como se propõe a RAPS.

Na fala citada acima, temos um elemento fundamental que limita o atendimento das demandas em qualidade e quantidade, que é a insuficiência do número de profissionais nas equipes da RAPS, conforme já mencionado anteriormente. Um problema que atravessará a construção dos processos de cuidado nas unidades de saúde.

Não é possível estabelecer uma relação direta entre a escassez de profissionais e a não realização do processo de matriciamento na RAPS, entretanto, podemos afirmar que a qualidade na construção de processo de cuidado impescinde de quantitativo adequado de recursos humanos.

O município de Paço do Lumiar, conforme demonstrado, não possui um quantitativo de profissionais suficiente para cobertura das demandas de seu território. Isso pode ter relação com a dificuldade na realização das ações em Saúde Mental, seja de promoção e prevenção e seja de cuidado através do matriciamento das demandas e construção conjunta do PTS dos usuários e sua pactuação compartilhada de responsabilidades entre os dispositivos.

Cabe destacar ainda, que apesar das dificuldades apontadas, iniciativas inovadoras têm sido realizadas. Merece destaque uma realizada no CAPS e que foi mencionada nas entrevistas porque tem recebido reconhecimento de outras instituições e órgãos. O CAPS de Paço do Lumiar possui uma oficina em que uma de suas profissionais mobiliza os pacientes a participarem de uma atividade que envolve dança e música com a assinatura da manifestação cultural própria do Estado do Maranhão que é o Bumba-meu-boi. A terapeuta ocupacional responsável pela iniciativa enxergou a possibilidade de unir a atividade terapêutica com a identidade cultural regional e dessa iniciativa nasceu um bozinho que foi batizado de Estrela do Paço. Participam da oficina tanto pacientes internos do CAPS quanto aqueles que já tiveram alta da unidade e mantém afinidade e vínculo com o grupo. O bozinho já se apresentou em vários eventos das políticas de saúde e foi reconhecido no Prêmio Remadd (Rede Maranhense de Diálogos sobre Drogas). Essa atividade expressa o cumprimento de princípios importantes da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à inserção social e ao incentivo ao protagonismo de usuários de serviços de saúde mental.

Além disso, é um mecanismo que se destaca no combate ao preconceito e ao estigma que a doença mental enfrenta. Cabe mencionar que segundo as entrevistas, essa iniciativa data de 2017 e os esforços para sua realização, sobretudo com indumentária, foram tão somente da profissional responsável pela oficina com o apoio de amigos, colegas e familiares. Na atual gestão, a atividade passou a receber apoio no que se refere principalmente ao transporte para as apresentações, garantindo a participação dos pacientes em eventos.

Iniciativas como essa necessitam de apoio e valorização das gestões para garantia de sua continuidade. A técnica responsável pela atividade é servidora efetiva do município, o que tem garantido a continuidade da oficina ao longo dos anos e em contextos de gestões diferentes. Além disso, foi mencionado nas entrevistas parceria do CAPS com o SENAC para oferta de cursos profissionalizantes para usuários e familiares da RAPS, há alguns anos. Essas duas iniciativas configuram-se como importantes instrumentos de inserção social e esta última como instrumento de acesso à renda e ao trabalho. Portanto, cumprem um dos objetivos específicos da RAPS que é *“promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de*

*crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária*” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

O CAPS também se mostrou um instrumento para implementação das estratégias de redução de danos para o público com demandas decorrentes de uso abusivo de substâncias psicoativas. De acordo com a entrevista, foi informado que não exige abstinência, por exemplo, para inserção nos grupos terapêuticos e adota estratégias no PTS como a diminuição do uso de uma droga em detrimento do uso de outra, como exemplo a manutenção do uso do cigarro ou da maconha, nos casos em que o crack se configura como droga mais danosa ao usuário. Isso atende a um dos objetivos específicos da RAPS, que é “reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). Porém, não foi identificada a realização de ações intersetoriais nessa perspectiva, não materializando um outro objetivo específico da RAPS, que é “desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

No que se refere ao funcionamento do SAMU no município de Paço do Lumiar, houve um período de desassistência pela suspensão da habilitação desse serviço pelo Ministério da Saúde, conforme relatado em entrevista. Além disso, foram apontadas dificuldades para o manejo das crises em saúde mental e que impactam na qualidade da assistência prestada à população:

[...] a gente vê como é complexo esse atendimento. Então tem uma duração de cerca de duas, três, às vezes quatro horas para a gente conseguir fazer o atendimento com a remoção desse paciente até o Nina Rodrigues, que é o único hospital estadual de referência pra atenção à crise desse paciente de psiquiatra. Chegando lá a gente enfrenta a fila, porque tem os nossos problemas e fora o estado todo que tem como referência. Então a gente fica na fila, as ambulâncias, aguardando ser atendidos esse tipo de paciente. Então acaba sendo, o sistema acaba sendo estrangulado nesse tipo de situação, então a gente realmente precisa urgentemente rever essa questão da urgência e emergência, tanto do intra-hospitalar como do pré-hospitalar, em relação a essa abordagem do paciente (Entrevistado 22, 2025)

Os vazios assistenciais no que se refere ao eixo de atenção à crise na RAPS são expressos mais uma vez na fala acima, demarcando dificuldades no funcionamento da rede e limites para consolidação do direito à saúde mental daqueles que necessitam de cuidados.

Além dessas dificuldades, foram apontadas dificuldades dentre os profissionais do SAMU para intervir, dados os riscos ao atender pacientes psiquiátricos. Pois, em sua maioria, estão colocando sua vida e de outrem em risco.

Então é complexo, dá pra fazer, mas é bem complexo, tem resistência. Alguns profissionais, a gente já melhorou muito. mas tinha muito resistência dos profissionais, principalmente das mulheres. Teve que envolver a instituição... o bombeiro. O bombeiro acolheu essa situação ainda bem. Porque era, eu digo pra eles, é um problema em saúde pública, é nosso. É nossa, é da saúde, então a gente tem que saber lidar com isso. Tem até uma portaria aí que fala sobre o atendimento a pacientes com usuário de crack, que é problema da saúde. Porque, ah, é drogado, não interessa. Não interessa, a gente tá em crise, né? E aí desenvolveu. Eu disse pra eles, aqui não tem juízo, a gente tá aqui pra fazer o atendimento do paciente. E o paciente psiquiátrico, ele é um paciente que requer cuidados como qualquer outro. Aí tem uma situação também que a gente enfrenta muito, que o paciente tá com a emergência clínica, mas se a gente disser que é mental, que eles não querem atender...Nossos colegas... Entendeu? É essa barreira que a gente enfrenta todos os dias (Entrevistada 22, 2025).

As dificuldades com o manejo à crise são de ordem estrutural, todavia envolvem valores, preconceitos e medos dos profissionais. A trajetória para solidificar a Reforma Psiquiátrica passa pela materialidade da RAPS com seus serviços e com seus profissionais conscientes e seguros de seu papel em qualquer ponto de atenção que estejam.

Na próxima seção, abordaremos a percepção da gestão sobre a Política de Saúde Mental no território de Paço do Lumiar, conforme as entrevistas realizadas.

### **4.3 Gestão da RAPS: o olhar do Estado e do município**

Conforme entrevistas citadas anteriormente, verifica-se que a gestão municipal atual tem demonstrado empenho na construção do cuidado na RAPS. Todavia, há limitações tanto em relação aos dispositivos que compõem o território quanto em relação à quantidade de equipes que sustentam o cuidado.

Cabe destacar que o município de Paço do Lumiar, em 2025, juntamente com outros municípios que compõem a mesma região de saúde, construíram um planejamento provocado pelo Ministério, da Saúde bem como pelo Estado com prospecção de uma RAPS mais resolutiva que garanta a integralidade do cuidado. Neste planejamento, foram identificados os pontos críticos da RAPS para construção de estratégias conjuntas entre os municípios da regional de saúde.

Na entrevista com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município, verificamos que desde o início da gestão em janeiro de 2025 estão sendo realizados esforços para mapear o território e suas necessidades para além daquelas de Saúde Mental, conforme fala:

Hoje, a nossa rede, na Atenção Primária, nós temos 18 UBS. E em fase de inauguração de duas. A gente tá em processo de Construção, de fato, de duas, Pindaí e Cohabiano, mas já tem aí do Novo Paço, que contempla quatro equipes, que é duas do Novo Paço. Essas aí estão em processo de construção também. Então, ao total, hoje, a gente tem cinco UBS sendo construídas. Duas em processo de requalificação, que é Paranã, que está iniciando agora, e pirâmide que a gente também vai entregar esse mês de dezembro ou janeiro, né? Equipes E- múlti, tem duas [...] A gente já tem contemplado agora um consultório na rua. Bom, hoje em relação à questão do nosso território, a gente está com a planificação que é justamente para iniciar toda essa reestruturação da nossa rede de atenção. A planificação de atenção à saúde, ela é uma metodologia que vem do Estado para ser implantada aqui. Então, a partir dela, eu vou conhecer o meu território e ver as necessidade dele [...] Então, nesse processo de territorialização, levando em consideração a rede de atenção psicossocial, ainda se torna fragilizado quando não conhece 100% do meu território [...] Então hoje, quando a gente chegou, iniciou a gestão, a gente viu uma gestão mais fragilizada, onde eu não conhecia quem eram os meus usuários, que de fato tinha algum problema, que necessitava de acompanhamento, né? (Entrevistada 23, 2025).

A nova gestão reconhece que encontrou uma RAPS frágil com baixa cobertura do território. Informam que o Consultório de Rua iria iniciar suas atividades no mês seguinte à entrevista, o que sem dúvidas reforça o cuidado com um público vulnerabilizado, que são as pessoas em situação de rua que dificilmente adentram as UBS e/ou CAPS para procurar atendimento. Além disso, é uma equipe capaz de realizar cuidado em Saúde Mental reforçando o funcionamento da RAPS juntamente com o CAPS e demais equipamentos.

As duas pessoas entrevistadas na SEMUS assinalam o início do processo de matriciamento como um marco importante para construção do cuidado na RAPS. Ambas reconhecem que é um trabalho em fase de estruturação, pois o esforço inicial tem sido de integrar os diferentes dispositivos da RAPS e fazê-los compreender suas atribuições na garantia do cuidado.

Eu acho que mesmo mais fortemente trabalhado nessa rede foi há pouco tempo, acho que menos de seis meses. e começou nesse processo de fortalecimento da RAPS. Mas esse contato de, por exemplo, não conhecerem os outros serviços, como o funcionamento do CAPS, os próprios ACS que já estão há um período maior de tempo dentro do município, com 12, 20 anos, e não conhecerem como funciona um serviço

que já está há um tempo dentro do município... Havia muitas dúvidas, que no caso é um dos principais que a gente tem dentro do da especializada, que é o CAPS. Todo mundo pensa que é um lugar de doido. E que ninguém quer passar na ponta do CAPS pra conhecer o serviço, de como é que funciona. E entender esse trabalho de rede, né? Que a UBS também tem uma responsabilidade. Nos outros pontos tem uma responsabilidade. Então, esse trabalho de iniciar o matriciamento das demandas da UBS, compreender que certas crises, elas podem ser manejadas de alguma maneira na UBS. É um trabalho, então, que tem sido de formiguinha. [...] Fizemos o primeiro seminário em saúde mental do município. E aí tem o processo de matriciamento, aí o CAPS designou um técnico para cada unidade básica. Então, essa fala já foi bem menor dentro das unidades com o CAPS como dispositivo da rede, da especializada. E aí, além disso, também a gente reuniu muita gente na caminhada de setembro amarelo, também como forma de sensibilizar o cuidado com a mente, com a saúde mental. E a gente continua nesse trabalho de formiguinha, de fazer as pessoas entenderem, compreenderem a importância de saúde mental. A gente tá engatinhando (Entrevistada 24, 2025).

No que se refere, portanto, ao processo de matriciamento, verificou-se que já tem havido algumas situações em que a equipe do CAPS deu apoio para atendimento da demanda na UBS, estabelecendo um diálogo importante na construção do cuidado. Conforme fala:

Teve um caso que foi muito positivo para nós. O médico de uma UBS solicitou ajuda da Coordenação de Saúde Mental na Atenção Primária para atender uma usuária do território que em visita ele verificou alteração de comportamento. Ela já possuía diagnóstico e estava em uso de medicações que inclusive ele como médico em outras ocasiões já havia transcrito a receita. Porém, nessas situações ele viu indícios de uma crise iminente que necessitava de ajuste imediato na medicação para evitar uma internação. Todavia, a usuária se recusou a ir ao CAPS ou uma consulta no ambulatório de psiquiatria. O médico da UBS não sentiu segurança em alterar a medicação por conta própria. A coordenação entrou em contato com o CAPS e o médico do CAPS entrou em contato com o médico da UBS e ambos definiram um ajuste na medicação. E como esse caso temos outros que são fruto das visitas do CAPS nas UBS (Entrevistada 20, 2025).

Uma observação importante que as duas entrevistas na SEMUS indicaram como uma dificuldade é a ausência de um perfil epidemiológico ou mesmo indicadores já consolidados, conforme falas a seguir:

A gente precisa trazer dados, né? Por isso que eu te falo que tudo começa pelo território. Eu não consigo te dizer quantas pessoas têm hoje vítimas de TDAH dentro do território, porque ele ainda não tá 100% coberto. E as pessoas precisam fazer, de fato, o perfil epidemiológico. A gente, todas as nossas unidades estão com o perfil epidemiológico. Tem lá, saúde mental. Geralmente está zerado (Entrevistada 23, 2025).

Eu achei a maior dificuldade a questão mesmo de um indicador, que não é tido pelo próprio Ministério da Saúde, porque a gente não tem como mensurar... Diferente, por exemplo, da saúde da mulher, que tem um

indicador e que a UBS tem que estar colocando. Então, é algo que fica praticamente à parte. A gente não consegue ter o número de atendimento em saúde mental, por exemplo, não tem nada assim. Até porque a gente sabe que tem uma alta demanda, mas também a gente não recebe um recurso de contrapartida, mas acaba tratando da mesma forma, tendo a obrigação de cuidar, de fazer acontecer, né? Porque eu não entendo muito dessa parte de indicadores e tudo, mas eu sei que quando o Ministério da Saúde quer aquela área, seja das doenças infectocontagiosas, seja da saúde da mulher, saúde da criança e tudo mais, eles têm indicadores a cumprir. Então, o agente de saúde precisa fazer tantas visitas, eles precisam estar lá tudo notificado, porque senão não vem aquele recurso a mais que o governo federal paga, não é isso? Então, na saúde mental não existe nenhum indicador que potencialize esse trabalho dentro da RAPS, na atenção primária e consequentemente nos outros dispositivos (Entrevistada 24, 2025).

A gestão compreende a importância de dados para avaliar as demandas atendidas e construir estratégias para um cuidado integral e também construção de um processo de monitoramento e avaliação. A Política de Saúde Mental não possui indicadores consolidados a nível de Ministério da Saúde. Os recursos são referentes a incentivos para implantação inicial e o incentivo mensal sem variáveis.

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029 sinalizou aumento de repasse federal para investimento no SUS de modo mais expressivo em 2025 ao analisar o orçamento da SEMUS de anos anteriores. Esses repasses têm relação direta com o aumento da implantação de equipamentos e de investimentos que também fortalecerão a RAPS, conforme está destacado a seguir:

Os dados demonstram que o município apresenta elevado grau de dependência das transferências intergovernamentais, característica comum aos entes municipais do Sistema Único de Saúde, com participação superior a 80% da receita total nos exercícios mais recentes. Nesse contexto, observa-se crescimento consistente da participação das transferências destinadas à saúde, que passou de 5,83% em 2022 para 6,99% em 2025, indicando maior direcionamento de recursos federais para o financiamento das ações e serviços de saúde no município. O exercício de 2025 se destaca de forma relevante no conjunto da série histórica analisada. Os dados apontam crescimento expressivo das receitas recebidas da União para a saúde, especialmente no bloco de custeio, cujo montante total saltou para R\$ 69.639.104,28, valor significativamente superior aos exercícios anteriores. (Paço do Lumiar, 2026, p. 141-142)

Cabem aqui algumas reflexões trazidas pelo entrevistado representando a gestão da pasta da Saúde Mental na Secretaria de Estado da Saúde que estão relacionadas a essa problemática do financiamento e de indicadores.

[...] assim a parte de financiamento vem tudo no teto da Atenção Primária. Então, muitas coisas acabam não sendo investidas. Se a gente for pensar no financiamento, ele tem que ser tripartite mas infelizmente , não acontece dessa maneira. Em termo de financiamento de custeio e incentivo, o Ministério incentiva financeiramente... vem o incentivo de uma vez só. Vai variar de acordo com cada ponto de atenção [...]A gente tem alguns questionamentos, por exemplo, financiamento para parte de medicamento vem no teto da atenção primária. Uma vez escutei de um gestor no município que entre comprar um antibiótico e comprar um psicotrópico ele vai optar pelo recurso que vem e comprar um antibiótico (Entrevistado 25, 2025).

O exemplo enunciado na fala acima demonstra que o investimento nas ações de saúde mental nos territórios dependerá do compromisso da gestão municipal com essa pauta. Esse aspecto explica as dificuldades de implementação da política no território, já que fica à mercê de decisões políticas. E sem movimentos sociais, grupos e/ou associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares para pressionar a gestão na garantia de seu direito à saúde não há garantias de investimento adequado na RAPS.

Outro ponto que merece destaque é a ausência de um fundo próprio que financie medicamentos e/ou incentivos variáveis conforme a demanda e o cumprimento de indicadores. Ou seja, a questão do financiamento dos serviços é também um ponto crítico que necessita de debate. Tanto a gestão estadual quanto a gestão municipal colocam isso como um grande entrave para fortalecimento da RAPS. Sendo um ponto que destaca a responsabilidade do Governo Federal em fortalecer a política em questão.

Destaca-se ainda que Paço do Lumiar e os municípios da Região de São Luís não possuem associações de usuários da RAPS e, portanto, não dispõem de visibilidade perante às gestões para debater suas necessidades. Sendo assim, a política pública de Saúde Mental, que é fruto de uma reforma com movimentos sociais envolvidos, hoje encontra dificuldades e desafios para sua implementação que vão além de questões orçamentárias, estando diretamente ligados à ausência de grupos de pressão, ou seja, de movimentos sociais que pressionem as gestões para implementar com coerência os princípios da Reforma que fortalecem o funcionamento da RAPS.

No que se refere à estruturação da RAPS, a gestão municipal afirma que está sendo planejada a implantação dos seguintes dispositivos: CAPS ij, CAPS AD, Residência Terapêutica e a transformação do CAPS II do município em CAPS III podendo ser 24 (vinte e quatro) horas com leitos de observação. Conforme fala:

E fora que essa gestão também está fazendo a estruturação da rede, tem outros dispositivos que também são essenciais para a rede que estão com previsão para inauguração, que é o CAPIJ, residência terapêutica, o CAPES AD, o CAPS II para CAPS III (Entrevistada 24, 2025)

Cabe destacar que o CAPS infanto-juvenil e a Residência Terapêutica estão judicializados, ou seja, o Poder Judiciário precisou intervir e obrigar o município a implantar tais equipamentos devido a prejuízos à população pela sua inexistência. Segundo o Planejamento Regional Estratégico realizado pelos municípios da Região São Luís e pactuação na Comissão Integrestores Bipartite em 2025, a previsão para implantação destes dispositivos é 2026.

Além deles, deverá ser implantado, conforme pactuação, uma Unidade de Acolhimento fortalecendo a atenção à crise e um Centro de Convivência e Cultura, equipamento vinculado à Atenção Primária que trará força para o eixo de promoção e prevenção em saúde no território, com previsão de implantação para dezembro de 2026.

A fala da gestão estadual reforça essas pactuações trazendo até mesmo outros pontos de atenção que já se encontram pactuados e reconhece o esforço da gestão municipal atual fazendo um contraponto com gestões anteriores:

[...] eu posso falar sem sombra de dúvidas, que o movimento mais forte que a gente está tendo em Paço é agora. A gente está tendo um movimento mais forte de organização da rede. Só da gente ver o que tem de pactuação para a rede de Paço e coisas que a gente já sabe que já estão em processo de construção[...] Paço teremos um CECO, CAPS-AD, né? CAPSAd III. CAPS de II para III. Lá vai ter dois serviços 24 horas, né? Caps IJ, Uma Unidade de Acolhimento infantil e Unidade de Acolhimento adulto. Lá em Paço não tem como colocar leito porque não tem hospital municipal. E tem a maternidade que é estadual, se eu não estou enganada. Mas as outras regiões, os outros municípios pactuaram leito. Residência é tipo 2 [...] Mas um leito mesmo de retaguarda tem que ser em hospital geral e aí que o município de Paço não tem um municipal. Mas dentro da pactuação, foi colocado como atendimento para Paço em algum município da região. Isso tá pactuado. Se não estou enganada foi com Raposa essa pactuação. Raposa vai implantar o leito, Ribamar va implantar, São Luís vai. Vai ter leito estadual. São 16 leitos de gestão estadual. Tem Região que pactuou até 2028, tem região que pactuou até 2027 [...] Em Paço, a gente tinha, como em todos os municípios, dependendo da gestão que estava no município, a gente conseguia uma entrada melhor ou não. Porque tudo passa pela gestão. Não tem como. Em alguns momentos, a gente não tinha uma aproximação tão grande. Mas o nosso papel é de apoio técnico, independente de questões que envolvam gestões de diversas esferas. E a gente sempre trabalha com a gestão, porque o serviço não vai funcionar só com a vontade do profissional [...]. Muitas coisas vão envolver a gestão municipal (Entrevistado 25, 2026)

A fala traz elementos referentes às gestões anteriores e sobre as decisões passarem por interesses políticos, incluindo a relação entre o Estado e município no processo de implementação da rede e isso repercute na potencialização do trabalho com a implantação de serviços, conforme fala:

A Rede de Paço... é um município grande. Pensando em outros municípios do Maranhão...ele está na região metropolitana. Então, sempre os municípios que estão na região metropolitana, era uma preocupação para a gente enquanto área técnica. Porque a região, se a gente for contabilizar o contingente populacional, e eu estou falando de quantitativo de serviços, sempre foi uma região aquém da sua capacidade. Em termos de critério populacional. Muito puxado pela própria capital, que tem um contingente populacional muito grande e pouquíssimos serviços. Para esse contingente populacional, se a gente pegar o critério de portaria... E aí teve um período que a gente realmente teve uma lacuna, que a gente não conseguia apoiar tão de perto (Entrevistada 25, 2026).

A gestão estadual reconhece que a RAPS é deficitária, todavia reconhece que a Região São Luís estabeleceu pactos para estruturação de serviços para atendimento dos vazios assistenciais em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com elementos destacados acima, resgatamos mais dois objetivos específicos da RAPS que são: “VIII- regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). Quanto ao primeiro objetivo citado, podemos afirmar que estão sendo engendrados esforços na construção dos fluxos da rede para atendimento das demandas, apesar de haver muitas dificuldades nesse processo, conforme já apontado. No que se refere ao segundo objetivo específico citado, identificamos a ausência de indicadores tanto a nível federal, quanto a nível estadual e municipal, expressando o não cumprimento deste objetivo contido na portaria.

No que se refere à Educação Permanente dos profissionais, a gestão confirma que tem sido um ponto priorizado nas ações, inclusive com a criação de uma coordenação específica a nível municipal, porém reconhece que ainda não começaram os treinamentos na área de Saúde Mental, conforme fala:

[...] a gente já tem agora uma coordenação de educação permanente, que eu estava até conversando com ela. Ela também trabalha com a gente aqui no Planifica Maranhão, ela é coordenadora, para a gente trazer essas

qualificações, tanto de acesso, porque a gente trabalha na planificação. O acesso desse usuário e o acolhimento desse usuário... então tem que ter uma recepção que precisa acolher, mas assim, eu não tenho os treinamentos, mas a gente tem as reuniões onde a gente vai discutindo. Que eu preciso ser humana, preciso ter de fato um acolhimento mais acolhedor. A gente vai tentando trazer pra eles, até porque tem pessoas que nunca trabalharam na área da saúde, um recepcionista... tem os de primeiro emprego e aí precisa de fato saber acolher. E alguns enfermeiros também que estão entrando agora, que ainda nunca trabalharam com esse tipo de público, da atenção primária, às vezes não tinha, era de gestão e voltou, veio pra assistência, então não tem esse manejo [...] (Entrevistada 23, 2025)

Cabe aqui retomar reflexões sobre a qualificação e capacitações de profissionais da RAPS, observamos nas entrevistas que muitos profissionais da Atenção Primária não conheciam as portarias da RAPS e desconheciam suas competências como componentes da rede. Na entrevista com a gestão estadual, observou-se que as iniciativas de capacitação, anteriormente, centravam-se nos profissionais do CAPS como dispositivo estratégico, não comportando os outros serviços de saúde da RAPS. O movimento de capacitação dos profissionais da Atenção Primária tem sido mais recente, conforme a fala abaixo:

Uma coisa que me chama a atenção, que é um movimento que a gente tem feito no estado que é o Saúde Mental na Atenção Primária. E o município de Paço já está trabalhando nessa lógica. Tanto que eu até brinquei no seminário que eu desconheço um município que tenha uma coordenadora de saúde mental na Atenção Primária. [...] Se os profissionais estão participando dessa forma, a gente entende que a gestão tem um olhar para a importância da educação permanente, que também é um papel nosso. Enquanto Estado. A gente apoia tecnicamente, seja indo ao local ou virtualmente. O que a gente brinca muito aqui dentro? A gente gosta de município que demanda a gente. Porque quando demanda, a gente vê que a gente pode contribuir de alguma forma. Não é que o município não está bem, mas é um município que sempre está querendo se aprimorar. Porque antes, o nosso papel era centralizado em CAPS. Nossos apoios, nossas capacitações, tudo era centralizado no CAPS. E hoje a gente tem trabalhado na perspectiva de rede. Porque tem uma 3088. E ainda assim, mesmo com a 3088, por um tempo, mesmo com a instituição dessa portaria, o departamento ficava muito ainda centralizado na especializada. E aí tem uns três anos, mais ou menos, quatro.

A mudança de estratégia da Coordenação de Saúde Mental da SES/MA para capacitar a Atenção Primária ocorre em um cenário em que a pandemia exigiu respostas para o crescimento do adoecimento mental da população, demonstrando a necessidade das UBS bem como outros serviços realizarem seu papel de cuidado em Saúde Mental. Há ainda o reconhecimento da Educação Permanente como

objetivo da RAPS, que tem sido priorizado na gestão de Paço do Lumiar com o devido envolvimento dos profissionais nas oficinas e cursos oferecidos pelo Estado.

Um dos objetivos específicos da portaria da RAPS é “*promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde*” (Ministério da Saúde, 2011). A pesquisa demonstra que capacitações ao longo dos anos sofreram interferência da contra-reforma psiquiátrica ocorrida no país, sobretudo a nível de governo federal. Os Estados e municípios que alimentaram essa iniciativa, o fizeram de maneira autônoma sem apoio do Ministério da Saúde. Em nossa avaliação, o Maranhão seguiu incentivando as capacitações mesmo com dificuldades. Os números e dados não são ainda tão expressivos e satisfatórios, conforme revela a pesquisa. Porém, podemos afirmar que o processo de Educação Permanente dos profissionais seguiu sendo realizado ao longo dos anos, mesmo com limitações.

A SES/MA, portanto, reconhece as dificuldades para implementação da política, porém destaca os avanços e reconhece que o município de Paço do Lumiar tem realizado movimentos importantes no sentido de estruturar os serviços para atender as demandas e também destaca as iniciativas da equipe técnica do CAPS como exitosas, conforme fala:

[...] o município estava em uma mesa de experiência exitosa, que eu até brinquei, que poderia ter em outras mesas também, mas a gente precisa dar oportunidade para outros mostrarem o seu trabalho. Mas cabe a gente mencionar, porque assim, tem a questão do protagonismo do usuário. Eu considero o protagonismo do usuário quando o CAPS envolvem no município os usuários em apresentações culturais [...] Então isso, para mim, é um movimento de rede. E a ampliação da rede do município com a residência terapêutica. Para a gente, enquanto área técnica, o fato de ter sido pactuado a residência terapêutica para o município de Paço, é muito importante, porque o último censo que foi feito nas duas clínicas são 50% usuários morando lá são da região metropolitana. Pelo menos 50%. Os outros municípios tem também bastante gente. Agora eu não consigo te dizer com precisão, mas era uma média de 20 e poucos em cada clínica, só do município de Paço [...] (Entrevistado 25, 2026).

Destaco a fala abaixo, onde há o reconhecimento por parte da Coordenação de Saúde Mental da SES/MA sobre os avanços e retrocessos para a Política de Saúde Mental do Estado do Maranhão.

Saúde mental hoje, se a gente faz esse retrospecto do que era antes do que é hoje... Por isso que eu falo muito dentro dos momentos que a gente tem de compartilhamento que a gente não pode ficar só sob olhando o que tá ruim ainda. Tem que enxergar esses avanços. Mas a gente teve retrocesso. Hoje nós temos uma enfermaria no Nina Rodrigues que é exclusiva pra

pessoas com transtorno mental ou em conflito com a lei. É uma coisa que a gente tem trabalhado com o Ministério. Mudar isso. Porque o Nina, pro Ministério, ainda é um hospital psiquiátrico. Mas a nossa rede, por exemplo, avançou muito em termos de quantitativo... Mas a gente ainda tem nossos nós críticos... leitos de saúde mental. A gente tem leitos em funcionamento. A gente sabe que tem hospitais que estão atendendo. Ontem mesmo a gente descobriu que Lima Campos atende também. Mas São Luis, por exemplo, não tem. (Entrevistado 25, 2026).

Em vários momentos ao longo da entrevista com a Coordenação de Saúde Mental da SES-MA aparecem destaques referentes ao financiamento da RAPS, inclusive ressaltando que não há Unidades de Acolhimento habilitadas pelo Ministério da Saúde. Ou seja, não há repasse de verbas federais para custeio dos serviços dessa natureza que se encontram em funcionamento no Estado. São Luís possui uma UAAt que atende os moradores de Paço do Lumiar. Além disso, foram ressaltados os outros pontos de atenção, como as Equipes de Avaliação e Monitoramento de Medidas Terapêuticas aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP Desinste), que passaram a compor a RAPS e as Comunidades Terapêuticas que integram a RAPS como serviço residencial e são motivo de preocupação para os movimentos antimanicomiais. Sobre isso, destacamos a fala abaixo:

Em termo de financiamento de custeio e incentivo, o Ministério incentiva financeiramente... vem o incentivo de uma vez só. Vai variar de acordo com cada ponto de atenção. Atualmente, as EAP's DESINSTE foram incluídas na RAPS de fato. É ponto de atenção da RAPS. Na revisão de portaria, provavelmente, as comunidades terapêuticas vão sair da RAPS. Na 3088, tem a comunidade terapêutica como ponto de atenção residencial. A gente não tem nenhuma unidade de acolhimento habilitada. Temos duas em funcionamento, sem habilitação. Uma adulto e uma infantil. Então, a estadual é mantida pelo estado e a municipal em Codó, está mantida pelo município, ta no processo. As Residências estaduais também estão no processo de habilitação. O Estado tá mantendo sozinho isso. Aí o que se tinha de reclamações em relação ao financiamento, primeiro que não tem assim um teto específico para RAPS [...] Ficou muito tempo congelado o financiamento do Ministério, o mensal. E não tem... como tinha nas portarias anteriores como tinha um recurso fixo e a proposta de um recurso variável, provavelmente com base nas produções. Mas isso não foi pra frente. Aí nós tivemos um período de limbo que o SAIPS que é o sistema que você inclui as solicitações, propostas de implantação de serviços... Foram quase 6 anos que o SAIPS esteve praticamente fechado[...] No período Bolsonaro e um pouquinho antes, a gente teve muito problema com o SAIPS, eles queriam acabar com algumas equipes, a EAP, por exemplo, era uma equipe que houve todo um movimento inclusive do CNJ para manter porque a ideia era extinguir. As comunidades terapêuticas nesse período ganharam uma força absurda inclusive de incentivo financeiro... muito pela assistência e pelas emendas parlamentares. Muita injeção de dinheiro nessa lógica. E aí os Estados ficaram isolados. A maior parte dos Estados que conseguiram manter esse processo de apoio aos municípios... e a gente acabava

levando algumas pancadas dos municípios por coisas que não dependiam da gente. A gente estimulava a implantação de CAPS mas o SAIPS tava fechado para inclusão de proposta. Então, não tem como avançar na Reforma se lá no âmbito federal que é quem gerencia essa parte de financiamento e aprovação das propostas, tava tudo fechado [...] Era fechado para CAPS, Residência terapêutica... era pouquíssima coisa que ficava aberto [...] E aí quando mudou a área técnica nessa nova gestão, foi em 2023, que mudou o governo federal e entrou a Sonia Barros na DESMAD que promoveu a revolução lá em termos de coordenações (Entrevistado 25, 2026)

A fala acima expressa as vivências concretas de desmonte da proposta desinstitucionalizante da RAPS ocorridas de 2016 a 2022. A participação das comunidades terapêuticas na RAPS é um ponto crítico, pois ela disputa investimentos com outros dispositivos da RAPS como os CAPS. Ao longo dos anos, a proposta de configuração de uma RAPS com variados pontos de atenção está subsumida a uma lógica restrita de investimentos.

O financiamento, parte importante do processo de implementação dessa política, é um ponto deficitário que repercute na materialização de cuidado tornando-o fragmentado e pontual. Os vazios assistenciais já evidenciados por esta pesquisa, portanto, são resultado dessa lógica.

As comunidades terapêuticas, nessa conjuntura, ganharam força, apesar dos questionamentos sobre seu funcionamento. São de iniciativa privada e em sua maioria vinculadas a igrejas. Funcionam como espaços para acolhimento de pessoas com dependência química semelhante a um regime de internação. Não nos foram informados dados sobre as comunidades terapêuticas que funcionam no território de Paço do Lumiar. A Secretaria de Saúde do estado e a do município afirmam não possuir esses dados.

No CAPS, apesar de ter sido mencionado o atendimento de usuários procedentes dessas comunidades terapêuticas, não foi estabelecido um fluxo ou um diálogo diretamente com as CT's. Isso demonstra um funcionamento descolado da RAPS, mesmo que a integre de acordo com a portaria.

[...] o movimento da comunidade terapêutica entrar na RAPS foi um movimento político lá no Ministério. Quem era pró-reforma, lutou muito para comunidade terapêutica não entrar. Mas como houve muita pressão, sobretudo de movimentos religiosos, o que o Ministério da Saúde fez, para não deixar uma coisa muito aberta, ele estabeleceu na RAPS, na portaria, alguns critérios para que o MS financiasse. E no Maranhão, nenhuma cumpre. No Brasil, não tem também. Quem entra mais forte são as emendas e o Ministério de Desenvolvimento Social [...] Se a comunidade terapêutica estabelecesse e obedecesse aqueles critérios que se tem, seria

menos mal. Mas hoje a gente sabe que muitas não permitem profissionais da saúde[...] eu tive que ir fiscalizar uma comunidade terapêutica, vi pessoas dormindo no chão. Vi espaços imundos. Houve um relato de uma crise de abstinência com convulsão [...]O sujeito é multidimensional, e a maior parte da comunidade não tem essa perspectiva da importância da saúde. Muito embora, alguns religiosos façam cursos na área de psicologia. A gente tem visto um movimento de várias crenças... estão se formando na área da saúde. Mas nas comunidades você não vê tanto isso. O Ministério, muito provavelmente vai retirar, já não financia. Se você prestar atenção, naquela estrutura no site do Ministério, os pontos de atenção da RAPS, a comunidade terapêutica não é colocada. A gente não tem nenhum levantamento[...] (Entrevistada 25, 2026)

As questões ideológicas diretamente relacionadas ao princípio desinstitucionalizante da Reforma Psiquiátrica são o ponto forte da crítica às comunidades terapêuticas. Há, portanto, dificuldades para fiscalizar essas instituições, o que sujeita a população com essa demanda a riscos e violações de direitos.

É inegável que as CT's continuam funcionando a despeito de um financiamento próprio na RAPS, sendo, portanto, necessário empreender esforços para fiscalização por parte do Poder Público. São inúmeras as denúncias sobre as irregularidades em CT's em funcionamento.

O direito à saúde perpassa pela garantia de serviços que garantam assistência com qualidade e respeito aos direitos humanos. Podemos também inferir que o crescimento dessas instituições está ligado a insuficiência de CAPS AD e a dificuldade dos CAPS de outras modalidades atenderem a demanda de transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias e a sua especificidade.

O CAPS de Paço do Lumiar, por exemplo, atende esse grupo apenas dois dias na semana, às segundas e sextas-feiras. Pois, segundo a entrevista, houve a necessidade de separar essa demanda para tratar mais especificamente da necessidade desse grupo. Ou seja, o usuário fica desassistido nos outros dias da semana em relação às terapias de grupo e isso o deixa vulnerável, sobretudo no início do tratamento, onde há dificuldades maiores na adesão.

Paço do Lumiar, conforme dito, segue em uma fase de implantação de serviços retratando uma realidade mais promissora para estruturação da RAPS, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. São enumeradas na fala abaixo as mudanças a nível federal que tem configurado a retomada da construção da RAPS, nesse sentido.

O Ministério está revendo critério populacional que vai ajudar muitos municípios, por exemplo, para UA. Eles estão pensando em reduzir o critério populacional e aumentar o financiamento de UA. Todos que estão no Ministério tem longa história com a Saúde Mental com foco pró-reforma. Lá eles estão com coordenação de saúde mental de crianças e adolescentes que antes não tinha. Vai sair resolução do CNJ com o DESMAD relacionada a contribuição com medida socioeducativa. Estou bem otimista que os avanços já retomaram e isso é uma opinião minha. Essa recomposição de rede, a própria pactuação, a parceria do Ministério Público acompanhando o processo porque isso ganha força. E além disso, o Ministério melhorando o financiamento, repensando alguns pontos de atenção. A gente tem mais chances de ter avanço. A gente teve homologação em CIB dos primeiros leitos de saúde mental. Então, a chance de sair os primeiros leitos de saúde mental habilitados no Estado tá bem aí (Entrevistada 25, 2026)

A gestão municipal de Paço do Lumiar reconhece que, ao assumir a gestão da saúde em 2025, tem enfrentado muitos desafios. Reconhece a falta de profissionais na RAPS, ausência de serviços importantes, além das limitações orçamentárias. Conforme fala:

Então, é como se tu tivesse apagando o incêndio o ano de 2025 todo, porque por mais que eu conseguia pagar o incêndio, eu não conseguia apagar 100%, então ia ficar resquícios aí para 2026, de uma população que não era assistida da forma devida, que não tinha uma qualidade de fato da saúde, que não é nem falando das gestões anteriores, eu falo assim, do que a gente pegou enquanto de demanda reprimida. Falta de médicos dentro das unidades básicas de saúde para acompanhamento,...Então para eu ter esse vínculo do usuário com a unidade demorou muito. Eu sei que a gente precisa muito melhorar, até mesmo enquanto atenção primária. Eu não consegui ainda entregar uma atenção primária 100% da forma que a gente estrutura enquanto Estado, quando a gente ia para os municípios para idealizar algo para eles. Porque é muito diferente, às vezes, quando tu tá no Estado e quando tu tá no município. Tu tem uns entraves, não é nem uns entraves enquanto gestão. É entraves de pegar algo que já tá mais desenhado e tentar ler, tentar ao máximo prestar assistência de qualidade para o usuário, ter o teu limite de acesso para que o profissional consiga atender, contratação de profissional, dentre outras coisas, que faz parte mesmo da própria gestão [...] Então, hoje, tem uma demanda muito grande. Por exemplo, eu pegar esse usuário, matriciar ele de fato, eu referenciar e fazer o plano terapêutico com ele... Eu não consigo hoje, mas porque eu estou com muita demanda, Poucos profissionais, talvez, para a demanda do município, mas isso é normal no começo de gestão. A gente não pode contratar 10 psiquiatras, porque tem um orçamento para ser fechado [...] (Entrevistado 23, 2025)

Enfim, o contexto de implementação da RAPS perpassa pelas questões ideológicas, políticas e técnico-assistenciais como base para um seguimento no sentido de construção ou não de um cuidado comunitário. O município de Paço encontra-se em um processo de construção de uma RAPS mais qualificada para

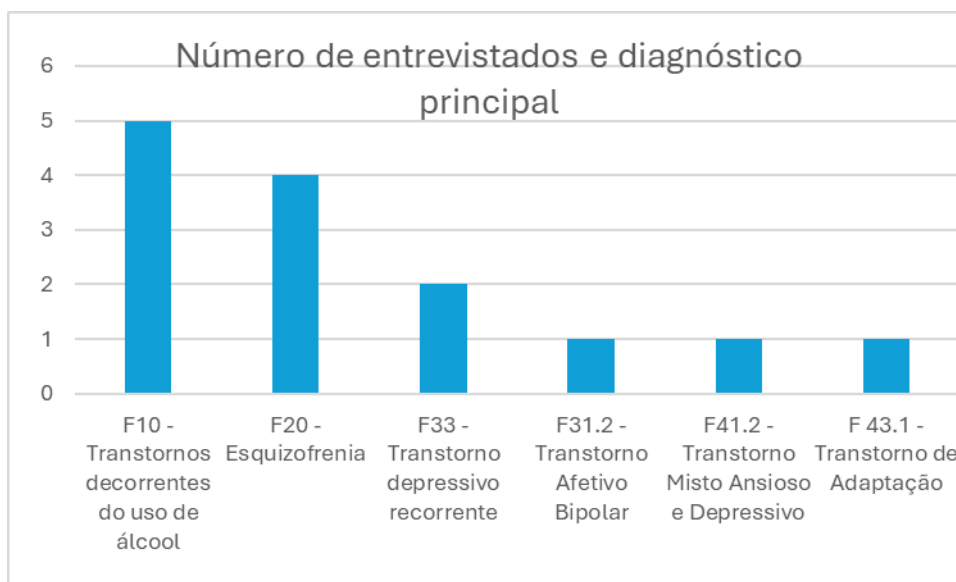
responder às demandas de sua população - um processo que passa pelo controle social efetivo.

Como parte desta pesquisa, ouviu-se 14 (catorze) usuários e também um conselheiro do Conselho Municipal de Saúde a fim de registrar o olhar daqueles que utilizam e fiscalizam o funcionamento da RAPS no território de Paço do Lumiar. No item seguinte, detalharemos essas informações.

#### 4.4 O olhar do usuário da RAPS

Foram entrevistados 14 (catorze) usuários da Política de Saúde Mental, moradores do município de Paço do Lumiar. Todos realizavam tratamento no Centro de Atenção Psicossocial do referido município na ocasião da entrevista. Dentre os entrevistados, 8 (oito) foram homens e 6 (seis) foram mulheres. Seguem abaixo algumas informações sobre os entrevistados, tais como o diagnóstico principal, idade e tempo de tratamento:

Gráfico 4 – Número de usuários entrevistados e diagnóstico principal



Fonte: Elaborada pela autora

Ou seja, 5 (cinco) entrevistados possuem diagnóstico relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas, 4 (quatro) possuem transtorno mental esquizofrenia, 2 (dois) possuem diagnóstico de depressão recorrente, 1 (um) de

transtorno afetivo-bipolar, 1 (um) de transtorno misto ansioso-depressivo e 1 (um) transtorno de adaptação.

Em relação ao tempo de tratamento no CAPS, o entrevistado com mais tempo de tratamento iniciou no ano de 2007, ou seja, está há 18 (dezoito) anos em tratamento, tendo apresentado várias internações em clínica psiquiátrica ao longo desses anos. A maioria dos entrevistados está em acompanhamento há mais de 5 (cinco) anos. Apenas 4 (quatro) deles estão com 3 (três), 2 (dois), 1 (um) ano de tratamento e o último com apenas alguns meses de tratamento.

Sobre o primeiro atendimento, 64% dos entrevistados iniciaram tratamento no CAPS a partir de um encaminhamento de outros serviços de saúde. Destes 64% que chegaram ao serviço encaminhados, 66% chegaram ao CAPS encaminhados do Hospital Nina Rodrigues e/ou das Clínicas Psiquiátricas, ou seja, necessitaram de manejo de crise. Nenhum destes pacientes, portanto, foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde do município. Apenas 35% dos entrevistados chegaram ao CAPS por demanda espontânea e 100% destes afirmam ter recebido a informação de amigos e/ou familiares.

Esse índice pode demonstrar que a população tem pouco conhecimento sobre o funcionamento da RAPS, o que também pode expressar fragilidade no atendimento do objetivo específico da RAPS que é “produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Em relação ao atendimento em situações de crise, do total de entrevistados, apenas 4 (quatro) entrevistados afirmaram não ter demandado atendimento imediato na rede de saúde, e portanto, nunca foram atendidos em emergências com demandas de saúde mental e nem foram internados no HNR e/ou nas clínicas psiquiátricas. Dentre os outros 10 (dez) usuários, 5 (cinco) foram internados em clínica psiquiátrica com internações variando de 45 a 90 dias, 2 (dois) foram atendidos apenas no Serviço de Pronto-Atendimento do HNR e ficaram em observação, retornando ao CAPS para continuidade do tratamento e 1 (um) refere nunca ter sido internado em clínica psiquiátrica, porém já esteve internado em hospital geral devido a prejuízos clínicos após tentativa de suicídio.

Sobre as experiências vividas nas clínicas, segue abaixo os relatos de alguns usuários:

[...] no Nina eu sou passava e ficava sedado e depois vai pra clínica. Eu acho que lá na clínica mais é uma forma de você isolar a pessoa da sociedade, tirar ele do convívio. Porque lá não existe um tratamento eficiente, não. É pra tirar da sociedade, só isso que eu vejo assim. O CAPS, apesar de aqui não ser integral, né, 24 horas, mas é mais eficiente. Porque aqui a gente é acolhido, tem os profissionais, não é? Tem isso tudo e coisa que lá não tem. Não tem grupo, não tem não. Lá tem, às vezes, pra jogar futebol, essas coisas, uma vez por semana e tem uma palestrinha muito rápida com psicólogo, é coisa de cinco minutos que ele faz ali. O resto do tempo você fica lá jogado (Usuário 2, 2025).

Essa fala estabelece uma ligação clara entre o isolamento promovido pela internação e o sofrimento decorrente disso no interior da clínica psiquiátrica. Uma observação que retrata os padrões manicomial em funcionamento na RAPS da atualidade. Conforme descrito na fala do usuário, não são realizadas atividades terapêuticas que vislumbrem recuperação do quadro clínico. Permanece uma lógica em que a máxima terapêutica é o isolamento e não o cuidado.

Em 100% dos relatos houve indicações de violências ocorridas dentro dessas unidades de saúde. Violências cujos autores são tanto pacientes quanto funcionários. Foram apontadas ocorrências de estupros, roubo de objetos pessoais (roupas, calçados, itens de higiene pessoal, etc), além de relatos em que os usuários passavam fome na internação, com perda expressiva de peso, porque a comida fornecida pela instituição não era suficiente. Referem ainda que as famílias deixam lanches pagos em uma lanchonete que funciona nas dependências das clínicas para garantir que os usuários se alimentem. Abaixo seguem alguns relatos:

Eu digo isso como prova viva, isso aconteceu comigo, eu fui maltratado. Fui internado na Clínica São Francisco. Eu fui muito maltratado. Coisas que, sinceramente, é bom que a gente fique a parte. Mas há muita coisa, estupros, coisas aí que é terrível. Foi o que eu presenciei. Senhoras, né, pra lá, casadas, sendo abusada...Abuso por funcionário. Quando era paciente, era relevado [...] (Usuário 4, 2025)

Mas lá é mais ruim, porque aqui é pouca gente, tudo é gente boa, lá ninguém é de ninguém. Porque eles... assim, eles são muito maus. Eles... bate. É paciente batendo em paciente. Quando os parentes da gente vai deixar as coisas pra gente na visita. Pacote de biscoito, essas coisas que eles levam pra gente. Eles tomam, eles querem tomar lá. Eu não achei bom não. Lá não é bom não. Eu acho bom aqui. Porque lá a gente dormia, não tinha porta nos quartos. Eles entravam, pegavam o lençol da gente, a chinela, tudo, eles pegavam. Nesse tempo que eu fiquei lá, eu não gostei não. Lá tem mais é, assim, negócio de reunião de crente. Não tem as atividades que tem aqui, não, pra ensinar a gente as coisas, não (Usuário 9, 2025).

As clínicas, as internações... eu acho péssimo. Eles tratam os pacientes extremamente... Como é que eu vou te dizer?... Não é todo profissional, mas a maioria, eles tratam como um bicho. Tu passa fome, te batem, tu volta de lá magro, só os ossos. Tu volta de lá cheio de nó na cabeça, cheio de machucado que te batem... (Usuário 12, 2025)

Às vezes eu ia depois de 15 dias... Dava dó, a gente chegava lá, aí ele sempre magro, sempre com fome, aí a irmã dele, mais velha, que recebia o dinheiro dele, que era pra... manter lá, pagar o lanche na lanchonete, porque o dinheiro dele era justamente pra manter ele lá, para o lanche dele. Aí a gente ia lá, deixava pago, e eles ficavam recebendo. A gente avisava ele, porque eu não sei se eles realmente avisavam que tinha lanche pago. Porque eles sempre estavam com fome, a gente chegava lá, comia que nem um desesperado. E magrinho demais (Familiar do usuário 13, 2025)

Dentre os usuários ouvidos, apenas 6 (seis) possuem Plano Terapêutico Singular construído com os familiares e os profissionais do CAPS. Verificou-se nas falas que apenas 2 (dois) usuários participam de atividades/grupos na comunidade, seja em igreja ou em outros serviços como os da Política de Assistência Social (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo). O restante dos entrevistados relata participar de grupos apenas no CAPS, demarcando preocupação no que se refere à reinserção social e o estabelecimento e fortalecimento de vínculo comunitário como estratégia de cuidado em saúde.

Do total de entrevistados, 11 (onze) já passaram por algum atendimento na Unidade Básica de Saúde. Os outros 3 (três) relatam nunca terem procurado o serviço e nem tampouco terem recebido visita do agente comunitário de saúde. Destes 11 (onze), apenas 2 (dois) relataram ter participado de atividades grupais na UBS, sendo que um relata ter participado de uma roda de conversa durante a espera de uma consulta e o outro participa do grupo que trata sobre o tabagismo.

Essas faltas reiteram as dificuldades de integração entre os pontos de atenção da RAPS já relatadas nas entrevistas com os profissionais da rede. Há, portanto, precariedade nos cuidados com o paciente com transtorno mental com devida pactuação do PTS envolvendo as equipes.

Dentre as críticas dos usuários sobre o atendimento recebido, foram apontados: a espera exarcebada no dia de atendimento com o psiquiatra no CAPS e no ambulatório, falta de profissionais, como psicólogo e cozinheiro no período da tarde, falta de medicações, alimentação com pouca qualidade, espaço pequeno para os atendimentos e houve crítica ao atendimento de profissionais da recepção. Houve

elogios ao atendimento da equipe técnica e reconhecimento de que o CAPS é um espaço de acolhimento importante para todos os entrevistados.

Na próxima seção, trataremos da entrevista com o conselheiro municipal de saúde.

#### **4.5 A RAPS e o Conselho Municipal de Saúde de Paço do Lumiar**

O Conselho Municipal de Saúde de Paço do Lumiar é uma instância colegiada, permanente e deliberativa do SUS. É responsável por exercer o papel de controle social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde, conforme previsto na legislação vigente. Possui composição paritária, sendo formado por representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e do gestor municipal, garantindo a representatividade dos diferentes segmentos da sociedade. Dentre suas atribuições estão a apreciação e deliberação sobre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, os Relatórios de Gestão e a proposta orçamentária da saúde. Desempenha papel importante na promoção da participação social, sendo meio de diálogo entre Poder Público e sociedade.

Por isso, esta pesquisa decidiu procurar o CMS a fim de coletar informações sobre o cenário relacionado à Saúde Mental no município. É necessário destacar que houve dificuldade no contato com os conselheiros. Após 4 (quatro) tentativas com conselheiros diferentes, um deles aceitou o convite para participar desta pesquisa. Devido a essa dificuldade, essa entrevista foi realizada apenas em janeiro de 2026.

Segundo o conselheiro entrevistado, o Conselho Municipal de Saúde estava desativado desde meados de junho de 2025. Isso porque o presidente em exercício não convocou a eleição no período indicado na legislação, o que explica a dificuldade em encontrar um conselheiro com disponibilidade para responder esta entrevista.

No momento da pesquisa, foi relatado que há uma comissão eleitoral que estaria elaborando um edital para aprovação da Secretaria Municipal de Saúde a fim de que até março de 2026 ocorram novas eleições. Segundo relato do entrevistado, se houver demora nesse processo, poderão ocorrer cortes de recursos federais para

o município, pois o CMS aprova o Plano Municipal de Saúde, referente ao período de 2026-2029 e a RAG (Relatório Anual de Gestão).

Ao perguntarmos sobre as pautas da Saúde Mental e da RAPS, o conselheiro entrevistado refere que não havia muitas discussões em torno dessa matéria:

[...] Mas no conselho de saúde não se fala muito nessa questão de saúde mental. Mesmo porque nesse mandato passado não tinha muitas atividades do nosso plano municipal de saúde. E pra gente desenvolver as atividades, é preciso estar inserido no plano. Ele tá lá... Matriciamento no CAPS continua como metas.... Como um objetivo do plano municipal. O último plano terminou esse ano de 2025. Ele é a cada quatro anos. Nós estamos no processo de 2026 a 2029 (Entrevistada 26, 2026)

Ao verificar o Plano Municipal de Saúde de 2022-2025, constatou-se algumas metas e objetivos que merecem destaque envolvendo a RAPS para garantir o acesso da população, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica multidisciplinar, dentre eles: fortalecimento da Política de Saúde Mental Infantil – implantação do CAPS ij; realização do matriciamento de Saúde Mental de responsabilidade do CAPS para qualificação dos profissionais da Atenção Primária; criação de Unidades de Referência em Saúde Mental com especialistas (psicólogos e assistentes sociais) para triagem, encaminhamento, acompanhamento e terapias; capacitação em saúde mental das Comunidades Terapêuticas; potencialização das ações do CAPS, com qualificação e ampliação da equipe bem como conclusão da reforma da estrutura física e também a garantia de materiais e insumos para as atividades desenvolvidas; estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas objetivando a reinserção dos usuários dos serviços de saúde mental, inclusive com a geração de emprego e renda; implementação de ações (campanhas, seminários, capacitações) através da articulação Atenção Primária e CAPS; garantia de medicamentos para os diferentes transtornos mentais.

O Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 não possui muitas referências quanto à pauta da Saúde Mental, estabelecendo apenas como meta a implantação do CAPS ij e uma Unidade de Acolhimento ij no ano de 2019, porém esta meta, como vimos, não foi cumprida. Também para o ano de 2019, estava a ampliação da ESF para 100% de cobertura do território como meta, o que também não foi cumprido. Esse período foi atravessado pela pandemia, o que foi um fator dificultador para a construção das redes de modo geral.

Não houve acesso aos planos municipais anteriores porque a entrevista não foi realizada na sede do conselho, já que ele não se encontrava em funcionamento. Os planos municipais citados estão disponíveis na plataforma DigiSUS e lá não há dados anteriores a 2018.

Aspectos que merecem destaque no Plano Municipal de 2025-2029 é a implantação e o monitoramento de indicadores de saúde mental nas UBS, já que essas unidades não possuem registro dessas demandas. Além disso, estabeleceu-se o aumento no número de equipes multidisciplinares, extensão no horário de funcionamento das UBS, criação de um hospital municipal para o ano de 2027 (que pode ser um importante dispositivo para atendimento da urgência e emergência em saúde mental), além de metas de outros planos: implantação do CAPS ij e matriciamento. Nesse mesmo plano, ficou estabelecido que o CAPS II será transformado em CAPS III e haverá a implantação de uma Residência Terapêutica, conforme foi sinalizado nas entrevistas realizadas.

Outro destaque importante é a previsão de concurso público para o ano de 2028. Em um cenário de recomposição urgente de equipes efetivas é uma medida importante, porém ainda demorará a acontecer. O Programa de Educação Permanente também foi instituído como meta para o ano de 2026.

Vemos que as metas da Saúde Mental não foram alcançadas ao longo dos anos de acordo com os Planos Municipais mencionados acima e o conselho demonstra fragilidade no seu funcionamento e na devida fiscalização e acompanhamento das ações de saúde do município. Essa realidade fragiliza a rede de saúde, além de ferir o pressuposto do controle social na Política de Saúde.

Sem o acompanhamento da execução dos Planos com a devida fiscalização das atividades e metas, o CMS se configurará mais como dispositivo fictício na política. Esse dado é preocupante porque a Política de Saúde Mental fica à mercê exclusivamente da vontade do gestor em executá-la, dada a ineficiência no conselho em representar a vontade do povo no acompanhamento e fiscalização das ações.

Conforme vimos nas entrevistas realizadas, o processo de matriciamento iniciou e está engatinhando, o CAPSij encontra-se judicializado e ainda não foi implantado. No ano de 2025, foi realizado um primeiro Seminário de Saúde Mental, cumprindo uma das metas do referido plano; as medicações ainda são alvo de reclamações de usuários e não suprem todas as demandas; não há informações sobre as comunidades terapêuticas em funcionamento no município, não sendo

possível afirmar que houve capacitações. Posto isso, é uma política que depara com muitos desafios na sua implementação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa debruçou-se sobre o cuidado em saúde mental ao longo da história da humanidade, destacando a particularidade brasileira na construção de uma política pública que garanta respeito aos direitos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para, por fim, estabelecer um olhar avaliativo do percurso de implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Paço do Lumiar.

O cuidado em Saúde Mental no Brasil e no mundo é marcado por uma história de violações, estigmas e preconceitos. O internamento e a exclusão marcaram a história de cuidados com a loucura no mundo. Foi no interior dos manicômios que nasceu a ciência para cuidar das pessoas com transtorno mental: o alienismo que depois foi chamado pela ciência médica de psiquiatria. Porém, não foi suficiente para encerrar as práticas de violações de direitos, sobretudo para os doentes pobres.

Somente após a Segunda Guerra Mundial, ocorrem mudanças nas práticas psiquiátricas com nascimento de várias reformas em diferentes países. O movimento da Reforma Psiquiátrica foi a alavanca para mudança no modelo de cuidado com as pessoas com transtorno mental. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi inspirada em experiências internacionais, tendo como maior referência a experiência italiana, que teve como precursor Franco Basaglia.

A Reforma Psiquiátrica brasileira nasceu atrelada à Reforma Sanitária que demandou mudanças na política pública de saúde no país da qual resultou o direito à saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988, e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde como ferramenta para sua garantia. Ambos não foram movimentos homogêneos, tendo galgado caminhos de disputas e embates. O período histórico em que se constituíram é marcado pela efervescência de movimentos sociais no país. Em alguns momentos, o debate da reforma psiquiátrica era fortalecido no que se refere à luta antimanicomial e por vezes era o contrário.

Espaços de debate foram importantes na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial a partir de 1977, tais como as Conferências Nacionais de Saúde, os Encontros Internacionais da Rede de Alternativas à Psiquiatria, os Congressos Brasileiros de Psiquiatria, os Encontros Nacionais dos

Trabalhadores de Saúde Mental, entre outros eventos e espaços de diálogo e construção.

O grande marco da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a promulgação da Lei nº 10.216/2001, estabelecendo um arcabouço jurídico importante para o redirecionamento assistencial do cuidado com a saúde mental no país. Todavia, essa regulamentação ocorreu com bastante atraso, posto que seu projeto de lei tramitou por aproximadamente 12 (doze) anos e ainda assim foram suprimidos elementos importantes, como a extinção dos hospitais psiquiátricos, para que fosse aprovada.

Os anos seguintes continuaram a ser desafiadores para estabelecimento da Política de Saúde Mental no país. Pairavam no âmbito internacional as ideias neoliberais de redução de investimentos em políticas públicas como as da saúde. Ou seja, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica avançaram no país na contramão do avanço neoliberal no mundo. Havia um cenário desfavorável para constituição do remodelamento de cuidado proposto de um cunho comunitário e psicossocial, não mais centrado no médico e no hospital.

A partir de meados de 2016, quando as Redes de Atenção Psicossocial no país ainda estavam sendo implantadas, houve o golpe que retirou Dilma Rousseff da presidência do país. A partir de então, houve mudanças significativas na condução da pasta da Saúde Mental no governo federal, que culminou em portarias que não estavam alinhadas à proposta da luta antimanicomial. Os CAPS não foram priorizados na constituição das redes de assistência nos territórios.

Até o ano de 2022, houve o que foi chamado de contrarreforma psiquiátrica no país, com medidas que fortaleceram hospitais e clínicas e desestimularam a implantação de serviços comunitários como os CAPS nos municípios. Isso impactou no estabelecimento do cuidado em rede, pois a RAPS envolve diversos equipamentos para atendimento integral das demandas.

Em 2023, a eleição do presidente Lula modificou o olhar para a saúde mental, com a retomada da Reforma Psiquiátrica a partir da revogação de portarias, recomposição orçamentária para os CAPS e outros dispositivos da RAPS, regulamentação de dispositivos importantes como os Centros de Convivência e Cultura. Houve a retomada da Revista Saúde Mental em Dados, em 2024, de iniciativa da área técnica do Ministério da Saúde e importante instrumento de

monitoramento da implementação da Política de Saúde Mental no país. Há, portanto, um cenário mais favorável para a Reforma Psiquiátrica no país.

Nesse contexto, esta pesquisa avaliou o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Paço do Lumiar e percebeu a enorme fragilidade desta rede, tendo em vista os vazios assistenciais decorrentes da ausência de equipamentos importantes para o cuidado comunitário e psicossocial.

Não há dispositivos de cuidado psicossocial exclusivamente voltados para a infância e a juventude e para usuários de substâncias psicoativas no território de Paço do Lumiar no período estabelecido nesta pesquisa. Não há leitos em hospitais gerais para internação e manejo de crise tanto em Paço do Lumiar quanto na Região São Luís. Os usuários são encaminhados a clínicas psiquiátricas pelo Serviço de Pronto-atendimento do Hospital Nina Rodrigues, hospital psiquiátrico. Isso fere princípios da Reforma Psiquiátrica e não atende objetivos específicos da RAPS, demonstrando fragilidade e fracasso na implementação da política.

Verificamos um modelo de cuidado manicomial concorrendo com o cuidado psicossocial ofertado pelo CAPS do município. Há relatos preocupantes de violações reiteradas de direitos no interior das clínicas psiquiátricas. Ou seja, a garantia jurídico-política da Reforma Psiquiátrica com seu ordenamento legal não garantiu ainda todas as mudanças necessárias no âmbito técnico-assistencial.

As equipes da Estratégia Saúde da Família não cobrem todo o território de Paço do Lumiar, assim como as equipes e-multi. Há insuficiência de profissionais nos diferentes equipamentos de saúde, incluindo os CAPS, conforme relatos da gestão e também dos próprios profissionais.

O trabalho em rede no território de Paço do Lumiar ainda é incipiente. A pesquisa demonstrou fragilidade na participação do cuidado por outros dispositivos, como as Unidades Básicas de Saúde. Isso ficou demonstrado pelos índices de conhecimento sobre a RAPS (50% não conhece a legislação), as ações de promoção e prevenção não são realizadas de maneira transversal, sendo pontuais e independentes sem participação de outros equipamentos da RAPS. Além disso, a maioria das UBS não maneja e nem acompanha casos leves de saúde mental, mesmo sendo de sua competência. As demandas são encaminhadas ao ambulatório de psiquiatria e ao CAPS.

A existência de um ambulatório de psiquiatria não está em consonância com as portarias da RAPS e verificou-se um funcionamento descolado de outros

dispositivos da RAPS de Paço do Lumiar, como as UBS e CAPS. Não há diálogo com referência e contrarreferência entre os dispositivos. Há, portanto, centralização de demandas nos equipamentos especializados em funcionamento da RAPS. Isso pode ser explicado pela não consolidação do processo de matriciamento do cuidado na RAPS.

A pesquisa demonstrou que esse processo encontra-se em fase embrionária, tendo iniciado com a equipe de um novo prefeito em 2025.

Identificou-se que há profissionais nas UBS que desconhecem o conceito do termo e outros que nunca viram o processo acontecer. Importante destacar que a pesquisa demonstrou que há muitos profissionais comissionados, o que repercute na continuidade do cuidado no município, pois a cada gestão diferente ocorre mudança de profissionais.

Verificou-se ainda que a elaboração do Plano Terapêutico Singular está restrita à rotina do CAPS até mesmo pela não consolidação do matriciamento, não há compartilhamento do cuidado com as UBS e equipes e-multi. E mesmo no âmbito dos CAPS, há fragilidades na construção dos PTS, pois nem todos os pacientes entrevistados possuíam esse plano construído. Na entrevista no CAPS, houve relatos de dificuldades devido ao número insuficiente de profissionais para as demandas, repercutindo nos processos de trabalho no interior da unidade.

As informações sobre a RAPS, sobre matriciamento, sobre PTS e demais assuntos referentes ao funcionamento são de responsabilidade das políticas de educação permanente desenvolvidas pelos entes municipais, estaduais e federais para os profissionais da rede. Apesar de termos encontrado vários profissionais com vínculos comissionados e pouco tempo de atuação na rede, muitos relataram já terem feito capacitações sobre saúde mental no território. Isso demonstra que a Educação Permanente tem sido realizada pelos entes, mesmo que tenha encontrado dificuldades.

No que se refere ao processo de monitoramento e avaliação, não há indicadores de saúde mental consolidados a nível de Ministério da Saúde, sendo esse um fator dificultador para acompanhamento das demandas e fortalecimento da RAPS. Essa ausência também repercute no financiamento, já que não há delimitação exclusiva de recursos para a RAPS, ficando à mercê das decisões dos gestores a parte do bolo que compete aos investimentos nessa pasta.

O controle social mostrou-se inexistente no momento da realização desta pesquisa. O Conselho Municipal de Saúde não estava funcionando por não ter cumprido suas competências legais de realização de eleições. Isso demonstra uma enorme fragilidade de uma ferramenta de acompanhamento da sociedade civil das ações de saúde. Os Planos Municipais de Saúde não tem cumprido suas metas para a pauta da saúde mental. O CMS não tem cumprido seu papel de monitorar e cobrar a materialização dos planos. Ou seja, o monitoramento das ações é mais uma fragilidade da política.

Logo, no que se refere ao processo de implementação da RAPS de Paço do Lumiar, podemos afirmar que não houve ampliação considerável do acesso à atenção psicossocial pela população de Paço do Lumiar até 2025. A promoção do cuidado está centralizada no CAPSII do município e ele não possui leitos para manejo de crise, não atende em grupos terapêuticos crianças e adolescentes, demarcando vazios assistenciais consideráveis. Além disso, não há a devida articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território, conforme verificado na pesquisa.

Cada um desses pontos se refere a um objetivo geral estabelecido na portaria nº3088/2011. No que se refere aos objetivos específicos da RAPS, destacamos a vivência do CAPS II, onde foi verificado o estabelecimento de parcerias para geração de trabalho e renda e conseqüente reabilitação e reinserção social como a realizada com o SENAC, além de estratégias de redução de danos adotadas nos atendimentos no referido serviço. Destaca-se ainda a oficina artística de Bumba-meu-boi realizada por uma profissional efetiva que materializa essas ações referentes à prevenção e promoção de saúde, bem como reabilitação e reinserção social.

É importante destacar que as mudanças na correlação de forças a partir de 2016 no âmbito federal repercutiram na base material do cuidado em saúde mental nos territórios, nos quais se incluem o município de Paço do Lumiar. A contrarreforma psiquiátrica resultou em inflexões no processo de implementação da política de saúde mental com a irrisória implantação de equipamentos de saúde, somada ao cenário de aumento de adoecimento mental. Ou seja, temos um alcance ínfimo de objetivos da RAPS no município de Paço do Lumiar.

É importante destacar que, a partir de 2023, o cenário se modifica no âmbito federal. Porém, em 2024, o município de Paço do Lumiar tem uma prefeita afastada

por improbidade administrativa. Mesmo com essa mudança de gestão, não houve mudanças no seguimento da saúde mental no município. Somente em 2025, com a eleição de outro prefeito, foram demonstradas pelas falas dos profissionais, mudanças na gestão da saúde mental no território na perspectiva de consolidação de uma RAPS mais resolutiva. Isso ficou demonstrado, conforme falas dos profissionais, com a pactuação para implantação pelo município de equipamentos de saúde como consultório de rua, CAPS IJ, CAPS AD, unidade de acolhimento e residência terapêutica. Alguns com implantação prevista para o ano de 2026.

Diante da fragilidade da RAPS no território de Paço do Lumiar, o fortalecimento do SUS e da Política de Saúde Mental são imprescindíveis com o devido envolvimento de movimentos sociais. Há necessidade de pressão constante pela manutenção da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no país. A disputa do fundo público requer organização da sociedade civil em torno da inclusão de seus interesses na agenda pública. Isso porque a política pública de saúde tem sofrido com o baixo financiamento no país. Somado a isso, temos as questões ideológicas e culturais da contrarreforma psiquiátrica que tornaram ainda mais difícil a constituição de uma RAPS mais resolutiva, com a devida extinção dos modelos ambulatoriais e manicomiais de cuidado. Defender o modelo psicossocial de cuidado em Saúde Mental é ir contra o ideário neoliberal e suas contrarreformas. É estabelecer o direito social à saúde no SUS com respeito aos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

- ABRÃO, José Guilherme Shiraishi; MENDES, Áquilas Nogueira. Os efeitos do Novo Arcabouço Fiscal na saúde pública brasileira em tempos de crise do capital. In: **Journal Management Primary Health Care**. 2024;16(Esp):e031. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1436>. Acesso em: 02 de abr. de 2026.
- ALEXANDER, Franz G; SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos. São Paulo: IBRASA, 2019.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 10 de set. de 2025.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Autobiografia de um movimento**: quatro décadas da reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016). CAPES: Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica. Edital Memórias Brasileiras, março de 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42940>. Acesso em: 10 de jul. de 2024.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucura e transformação social**: autobiografia da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma psiquiátrica**. Org: Paulo Amarante. Tradução: Joana Angélica d'ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Rio de Janeiro: Centro Cultural de Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura1.pdf). Acesso em: 31 de jul. de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial** (folheto). Brasília - DF: 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf). Acesso em 04 de nov. de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD). **Revista Saúde Mental em Dados**. 13. ed. Brasília-DF: 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view\\_nº\\_13\\_|\\_Fevereiro\\_de\\_2025\\_—\\_Ministério\\_da\\_Saúde](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view_nº_13_|_Fevereiro_de_2025_—_Ministério_da_Saúde). Acesso em: 29 de out. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)  
Acesso em: 06 de jan. de 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre as modalidades de CAPS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)  
Acesso em: 06 de jan. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 5738 de 14 de novembro de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5738\\_09\\_12\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5738_09_12_2024.html). Acesso em: 20 de fev. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria nº 4.139 de 17 de junho de 2024**. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa” instituído pela Lei nº10.708 de 31 de julho de 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4139\\_18\\_06\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4139_18_06_2024.html)  
Acesso em: 05 de janeiro de 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 05 de jan. de 2026.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING. Elaine Rosseti. **Fundo Público, valor e política social**. São Paulo: Cortez Editora, 2021.

CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. In: **Caderno de Saúde Pública**, n. 35, volume 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: 21 de jun. de 2024.

CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

COSTA, Jurandi Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/772>. Acesso em: 21 jun. 2024.

CRUZ, Gleyciane de Jesus Pereira; MARQUES, Ana Rosa. A transformação do espaço rural em novos empreendimentos em Paço do Lumiar (MA). In: **Revista Casa da Geografia de Sobral**, v. 04. p.1-24, junho, 2022. Disponível em: <https://rcgs.uvanet.br/index.php/RCGS/article/view/816> Acesso em: 20 de jan. de 2026.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DRAIBE, Sonia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brandt de. (Orgs) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE, PUC, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura da Idade Clássica**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

GRILLO, Sayonara; REIS, Stella Mendes de Castro. Precarização do trabalho no setor público, austeridade e neoliberalismo: ampliação das contratações temporárias na administração pública federal. In: **Revista Direito das Relações Sociais e Trabalhistas**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 89–111, 2025. Disponível em: <https://publicacoes.udf.edu.br/index.php/relacoes-sociais-trabalhista/article/view/567>. Acesso em: 6 fev. 2026.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. IBGE: 2022. Disponível em: [Paço do Lumiar \(MA\) | Cidades e Estados | https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/paco-do-lumiar.html](https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/paco-do-lumiar.html) IBGE. Acesso em 20 de janeiro de 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área Territorial brasileira**. IBGE: 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/ranking-resumido/download.html?cod=2107506DF> - Cidades. Acesso em: 20 de jan. de 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PIB Percapita**. IBGE: 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/ranking-resumido/download.html?cod=2107506DF> - Cidades. Acesso em: 20 de jan. de 2026.

LABOSSIERE, Paula. Saúde Mental: afastamentos dobram em dez anos e chegam a 440 mil. **Agência Brasil**. Brasília, 11/03/2025. Disponível: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-03/afastamentos-por-transtornos-mentais-dobram-em-dez-anos-chegam-440-mil>. Acesso em: 11 de abr. de 2026

LOBOSQUE, Ana Marta. Luta Antimanicomial, democracia e resistência. In: ZAMBENEDETTI, Gustavo; SANTOS, Katia Alexandra (org). **Saúde Mental, Políticas Sociais e Democracia**. São Paulo: Hucitec, 2022, p.44-61.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MINAYO, Maria Cecilia Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, Gisele de Fátima Cardoso. **Produção da vida urbana e segregação socioespacial**: dinâmicas e desafios pertinentes ao município de Paço do Lumiar-Maranhão. 2022. 233 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – UFMA – São Luís, 2022.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, número 1, março, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017778012.pdf>. Acesso em: 18 de jul. de 2025.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A Abrasme e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental como elementos de participação política e social em Saúde Mental. In: **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 01, jan-abril, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68423/41202>. Acesso em: 20 de out. de 2025.

PAÇO DO LUMIAR. **Dados de Paço do Lumiar- História**. 2025. Disponível em: <https://pacodolumiar.ma.gov.br/o-municipio/historia>. Acesso em: 20 de dez. de 2025

PAÇO DO LUMIAR. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029**. 2026. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>. Acesso em: 20 de abr. de 2026

PEREIRA, Potyara Amazoneida (org.). **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política: transfigurações da política social**. São Paulo: Cortez, 2020.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 16 de out. de 2025

ROSA, Elisa Zaneratto. Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.13, n.37, p.1-22, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80855>. Acesso em: 08 de jul. de 2024.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: **Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos e metodológicos**. 2 ed. São Paulo: Veras editora, 2013.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia, racismo científico e antiracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930). **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 42, n. 89, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/TLsppHZdSyVtfKjZbRx9qXK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 de ago. de 2025.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol.**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago.2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de ago. de 2025.

VASCONCELOS, Eduardo. **Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 2023.

VIEIRA, William. Quando ainda éramos loucos: como os transtornos mentais foram vistos ao longo da humanidade. In: **Revista Superinteressante**, 2012. Disponível em: <https://super.abril.com.br/historia/quando-ainda-eramos-loucos/>. Acesso em: 03 de jun. de 2025

YASBEK, Maria Carmelita. Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 2, n.3, p.33-40, jan-jul, 2001.

YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. In: **História, Ciências, Saúde**, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016>. Acesso em: 10 de jun. de 2025.

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO - UFMA

Continuação do Parecer: 7.945.701

consolidação de uma nova proposta de cuidado, destacando as inflexões sofridas por esse movimento ao longo dos anos devido aos ideais neoliberais que influenciam a constituição da agenda pública no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

TCLE atende aos requisitos da Resolução 466/2012 da CNS/MS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo pretende responder questões relevantes para a compreensão de um problema de alta prevalência na população, cumpre os requisitos para sua realização, dentro das leis existentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto cumpriu com as exigências, apresentando todos os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto preencheu todos os requisitos obrigatórios indicados pelas legislações éticas vigentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2572899.pdf	21/07/2025 09:24:48		Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISATALITACABRAL.pdf	21/07/2025 09:24:24	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISATALITACABRAL.docx	21/07/2025 09:24:09	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETALITACABRAL.docx	21/07/2025 09:23:55	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceto
Folha de Rosto	Folha de Rosto Talita Cabral Silva de Albuquerque.pdf	08/07/2025 09:00:26	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceto

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1066 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado  
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)3272-8708 E-mail: cep@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO - UFMA



Continuação de Parecer: 1445/201

Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL_ assinada.pdf	03/07/2025 11:18:21	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	AUTORIZACAODE PESQUISA PARAMETRA DO TALITA Prefeitura.pptx	03/07/2025 10:56:53	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA PROJETO DE PESQUISA ATALITA CABRAL.docx	03/07/2025 10:40:52	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA PROJETO DE PESQUISA ATALITA CABRAL.pdf	03/07/2025 10:40:20	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	termo de outorga bolsadepesquisataalitabral.pdf	02/06/2025 12:17:14	TALITA CABRAL SILVA DE ALBUQUERQUE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SÃO LUÍS, 03 de Novembro de 2025

Assinado por:  
Flávio de Oliveira Pires  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1900 CEP: 65080-905 - Cidade Universitária Dom Deigo

Bairro: Bacanga

CEP: 65080-905

UF: MA

Município: SÃO LUÍS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cnpufma@ufma.br

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 1 de 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O DIREITO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PAÇO DO LUMIAR**, que tem como pesquisador responsável *Talita Cabral Silva de Albuquerque*. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar-MA, destacando os princípios de desinstitucionalização dos usuários como matriz da Reforma Psiquiátrica brasileira e os modos de articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Paço do Lumiar.

A motivação para realização desse estudo é a escassez de avaliações que permitam identificar as fragilidades de implementação das RAPS nos territórios e a necessidade de pesquisas que ofereçam subsídios para (re)construção de propostas de cuidado eficazes em saúde mental garantindo à população o direito à saúde no Sistema Único de Saúde.

Caso você decida participar, você será submetido a uma entrevista com perguntas relacionadas ao funcionamento e atendimento nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Durante a entrevista utilizaremos a gravação de voz, mediante sua autorização e devida assinatura. Os dados obtidos poderão ser utilizados em outras pesquisas.

Durante a realização da entrevista a previsão de riscos é mínima e refere-se, basicamente, a possibilidade de constrangimento decorrente de algum dos questionamentos, caso surja algum desconforto com as perguntas, haverá respeito ao seu silêncio ou à sua vontade de não mais participar da pesquisa.

Participando desta pesquisa você terá como benefício a possibilidade de debater e compreender melhor os modos de articulação da Rede de Atenção Psicossocial de Paço do Lumiar, além de poder contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde mental neste município.

Em caso de algum problema que você possa ter, comprovadamente relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela pesquisadora responsável. Informamos que a pesquisa ocorrerá em ambiente confortável e com respeito a privacidade do participante. Em caso de alguma dúvida que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência que será prestada pela pesquisadora responsável, você poderá tirar suas dúvidas ligando para **Talita Cabral** através do telefone (98)99169-4308 ou pelo e-mail [talita.cabral@hotmail.com](mailto:talita.cabral@hotmail.com). Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Caso você tenha algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você terá o direito de buscar indenização nas instâncias legais. (Item IV - 4.c da Resolução N° 466 de 12/12/2012).

\_\_\_\_\_rúbrica do participante e \_\_\_\_\_rúbrica do pesquisador

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, no telefone (98)3272-8708 ou entrar em contato através do e-mail cepufma@ufma.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, às terças e sextas-feiras, das 09:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h na Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, CEB Velho, Cidade Universitária Dom Delgado, Bacanga, São Luis-MA. CEP:65080-805. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento foi impresso em duas vias e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinadas, na última página por você ou por seu representante legal. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. O Consentimento Livre e Esclarecido após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Este documento foi impresso em duas vias e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinado na última página.

Assinatura por participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Paço do Lumiar-MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ rubrica do participante e \_\_\_\_\_ rubrica  
do pesquisador

**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista a profissionais UBS/Equipe E-Multi**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
1- Qual sua formação/profissão e quais atividades você desenvolve? 2- Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Qual seu vínculo profissional (efetivo, comissionado)? 3- Você possui especialização em Saúde Mental?
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
4- Você já recebeu capacitação/qualificação do Estado ou município sobre a Política de Saúde Mental? Há quanto tempo? Qual foi o tema? 5- Como tem sido realizadas as ações de promoção e prevenção em Saúde Mental? Se não são realizadas, por que não tem sido? Se são, qual a frequência? 6- Como ocorre o atendimento das demandas de Saúde Mental? 7- Você conhece a legislação da Rede de Atenção Psicossocial? 8- Tem sido realizadas ações de matriciamento na RAPS? 9- Atualmente, você considera a quantidade de serviços da RAPS adequada? E a quantidade de profissionais na UBS e na RAPS?

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista a profissional CAPS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Qual sua formação/profissão e quais atividades você desenvolve?</li><li>2- Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Qual seu vínculo profissional (efetivo, comissionado)?</li><li>3- Você possui especialização em Saúde Mental?</li></ol>
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>4. Comente sobre o funcionamento do CAPS ( rotina, atendimento a crises, quantidade de profissionais, horário de funcionamento, interlocução com a rede, matriciamento, PTS).</li><li>5. Comente sobre a RAPS e os dispositivos que a compõem em Paço do Lumiare aponte as dificuldades e os aspectos facilitadores (equipamentos que existem e os que faltam, , ações de prevenção e promoção de saúde, dificuldades e potencialidades da rede).</li><li>6. Comente sobre a ocorrência de qualificações, capacitações e formações ao longo dos anos, considerando as mudanças de gestão em nível federal, estadual e municipal. (intervalos em que ocorreram, profissionais que participaram).</li><li>7. Comente sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental destacando o papel das gestões federal, estadual e municipal.</li><li>8. Comente sobre as Comunidades Terapêuticas (dados das existentes no território e diálogo com a rede)</li><li>9. Comente sua opinião sobre o funcionamento da RAPS, sobre a Reforma Psiquiátrica, destacando avanços e dificuldades.</li></ol>

**APÊNDICE D – Roteiro de entrevista a profissional SAMU**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Qual sua formação/profissão e quais atividades você desenvolve?</li><li>2- Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Qual seu vínculo profissional (efetivo, comissionado)?</li><li>3- Você possui especialização em Saúde Mental?</li></ol>
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>4- Comente sobre o atendimento realizado às pessoas com transtorno mental (fluxo de atendimento, registro de atendimento)</li><li>5- Comente sobre as dificuldades no atendimento às pessoas com transtorno mental.</li><li>6- Comente sobre o diálogo com os dispositivos da rede de Paço do Lumiar.</li><li>7- Comente sua opinião sobre o funcionamento da RAPS, sobre a Reforma Psiquiátrica, destacando avanços e dificuldades.</li></ol>

## APÊNDICE E – Roteiro de entrevista a profissional gestão SEMUS

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Qual sua formação/profissão e quais atividades você desenvolve?</li> <li>2- Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Qual seu vínculo profissional (efetivo, comissionado)?</li> <li>3- Você possui especialização em Saúde Mental?</li> </ol>
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4- Comente sobre o funcionamento da RAPS (rotina, atendimento a crises, quantidade de profissionais, interlocução entre os dispositivos, matriciamento e PTS)</li> <li>5- Comente sobre a RAPS e os dispositivos que a compõem em Paço do Lumiar e aponte as dificuldades e os aspectos facilitadores (equipamentos que existem e os que faltam, ações de prevenção e promoção de saúde, dificuldades e potencialidades da rede, quantidade de equipamentos e de profissionais).</li> <li>6- Comente sobre o apoio do Estado em qualificações e formações bem como a Educação Permanente dos profissionais</li> <li>7- Comente sobre o ambulatório especializado de psiquiatria no município (dados sobre o número de pacientes e sobre a interlocução com a RAPS mesmo não sendo parte).</li> <li>8- Comente sobre o financiamento, monitoramento e avaliação dessa política (indicadores, cofinanciamento)</li> <li>9- Comente sobre as Comunidades Terapêuticas (dados das existentes no território)</li> <li>10- Comente sobre as prioridades da gestão para a política de saúde mental no município.</li> <li>11- Comente sua opinião sobre o funcionamento da RAPS, sobre a Reforma Psiquiátrica, destacando avanços e dificuldades.</li> </ol>

**APÊNDICE F – roteiro de entrevista a profissional gestão SES**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Qual sua formação/profissão e quais atividades você desenvolve?</li><li>2- Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Qual seu vínculo profissional (efetivo, comissionado)?</li><li>3- Você possui especialização em Saúde Mental?</li></ol>
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>4- Comente sobre o caminho percorrido pelo Maranhão na Reforma Psiquiátrica.</li><li>5- Comente sobre o apoio técnico estadual aos municípios, especificamente em Paço do Lumiar.</li><li>6- Comente sobre as Comunidades Terapêuticas na RAPS.</li><li>7- Comente sobre os desafios para cumprimento dos objetivos da Política de Saúde Mental e consolidação da RAPS.</li></ol>

**APÊNDICE G – Roteiro de entrevista a usuários da RAPS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
1- Idade: 2- Diagnóstico: 3- Tempo de tratamento no CAPS e fora dele:
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
4- Comente sobre os atendimentos que realiza no CAPS. (Veio encaminhado de outro serviço, frequência de atendimento, possui PTS) 5- Comente sobre as clínicas psiquiátricas, CSF e CLR e a internação em casos de crise. (opinião sobre as clínicas, como foi a experiência em casos em que já esteve internado..) 6- Comente sobre sua participação em outros grupos na comunidade. 7- Comente sobre as Unidades Básicas de Saúde (Já utilizou serviços, o CAPS já encaminhou? Já participou de alguma atividade de grupo lá como palestras ou rodas de conversa). 8- Dê sugestões sobre melhoria do atendimento em Saúde Mental em Paço do Lumiar.

**APÊNDICE H – Roteiro de entrevista a Conselho Municipal de Saúde**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
1- Formação 2- Representatividade (Poder Público, sociedade civil, servidores) 3- Tempo de atuação no conselho:
<b>QUESTÕES DA PESQUISA</b>
4- Comente sobre a RAPS de Paço do Lumiar. (como foi debatida ao longo dos anos, reclamações, demandas) 5- Comente as atribuições do CMS no acompanhamento da Política de Saúde Mental (implementação da RAPS). 6- Comente sobre a rotina e funcionamento do CMS. 7- Dê sua opinião sobre as dificuldades e potencialidades da RAPS de Paço do Lumiar.