

Direitos humanos, saúde mental e assistência social: tessituras e desafios¹

*Human rights, mental health and social assistance:
complexities and challenges*

*Derechos humanos, salud mental y asistencia social:
complejidades y desafíos*

**Marco José de Oliveira Duarte¹
Carolina Morais Simões de Melo²
Isadora de Souza Alves³**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) | E-mail: marco.duarte@ufjf.br¹
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) | E-mail: carolinamoraisdemelo@gmail.com²
Prefeitura de São João Del Rei-MG | E-mail: isa92alves@gmail.com³

RESUMO

O presente artigo problematiza o campo da saúde mental, enquanto política pública, seus atores, redes e tessituras, tratando de temas desafiadores na perspectiva da interseccionalidade e a intersetorialidade, em contexto que se faz o trabalho profissional, o cuidado em saúde, a garantia de direitos humanos e a defesa das políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Direitos Humanos. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This article discusses the field of mental health as a public policy, its actors, networks and structures, addressing challenging issues from the perspective of intersectionality and intersectorality, in the context of professional work, health care, the guarantee of human rights and the defense of public policies.

Keywords: Mental Health, Human Rights, Psychosocial Rehabilitation.

¹ Inconsistências nas citações e referências são responsabilidade da autoria.

RESUMEN

Este artículo problematiza el ámbito de la salud mental como política pública, sus actores, redes y estructuras, abordando temas complejos desde la perspectiva de la interseccionalidad y la intersectorialidad, en el contexto del trabajo profesional, la atención sanitaria, la garantía de los derechos humanos y la defensa de las políticas públicas.

Palabras clave: Salud Mental, Derechos Humanos, Rehabilitación Psicosocial

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é fruto das reflexões expostas por ocasião de um evento de formação voltado para assistentes sociais e psicólogas/os, ocorrido em outubro de 2024, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSSaúde) do Departamento de Serviço Social (SER/UnB), em parceria com os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia (CRESS/DF e CRP/DF) e a Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES). A conferência teve como foco os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental, no cotidiano profissional, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 487, de 15 de fevereiro de 2023¹.

Cabe registrar que tal Resolução tem como conteúdo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que consolida um conjunto de medidas executadas e incorporadas pelo CNJ em decorrência das respostas anunciadas no âmbito do monitoramento do cumprimento de sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA) do caso *Damião Ximenes Lopes vs. Brasil*².

²A Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) é um órgão judiciário autônomo do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, que é parte da Organização dos Estados Americanos (OEA). A Corte interpreta e aplica a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Ela tem como função principal dirimir controvérsias sobre violações de direitos humanos, emitindo decisões e medidas provisórias. Em 1º de outubro de 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu à Corte (CIDH) uma demanda contra a República Federativa do Brasil, a qual se originou na denúncia nº 12.237, recebida na Secretaria da Comissão, em 22 de novembro de 1999, em decorrência da petição apresentada por Irene Ximenes Lopes, denunciando violações de direitos, maus tratos e morte do seu irmão Damião Ximenes Lopes, 30 anos, com deficiência mental, internado na Casa de Repouso Guararapes, clínica ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Sobral, Ceará. O motivo do óbito foi primeiro registrado como “morte natural” e depois como “causa indeterminada”. O referido órgão, a CIDH, admitiu a petição em outubro de 2002, após silêncio do Estado brasileiro às solicitações de informação. Houve sentença e julgamento e o Brasil foi condenado, em 04 de julho de 2006, pelas violações de direitos, previstos na Convenção Americana. Além dos pagamentos de indenizações, custas e gastos, a responsabilização do Brasil implicaria em fiscalização dos serviços como

Portanto, após o referido encontro, em Brasília, tratamos dessa devolutiva, como estudo, no âmbito do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS), no Rio de Janeiro, com a equipe de estudantes de pós-graduação e egressos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ), que tem ultimamente tratado da saúde mental em seus diversos recortes e intersecções, com a infância e juventude, com o gênero, com o racismo em seus múltiplos objetos. Assim, problematizamos a questão, a partir do tratamento dado pelo primeiro autor, para elaboração e sistematização desse capítulo que compõem essa potente coletânea que se volta as/aos trabalhadores/as dos Sistemas Únicos de Assistência Social (SUAS) e da Saúde (SUS), na perspectiva da educação permanente e para a crítica do trabalho no cotidiano dos serviços sociais, com foco no cuidado em liberdade.

Assim, no sentido dessa produção escrita, didaticamente, o referido capítulo está separado em dois momentos, o primeiro tenta trazer uma abordagem da saúde mental e dos direitos humanos na perspectiva da interseccionalidade, assim como tratado por autoras como Patricia Hill Collins^{2,3} e com Sirma Bilge⁴ e outras autoras, como Kimberlé Crenshaw⁵, que a tomam como uma ferramenta de análise, para entender, como as diferentes formas de opressão e privilégio se sobrepõem e se entrelaçam, moldando as experiências individuais e de grupos sociais pelos marcadores de diferença, como raça, gênero, sexualidade, território e classe social. É uma perspectiva crítica que busca identificar as causas estruturais das relações de poder e de desigualdades, que se produzem, se mantêm e se manifestam nas relações sociais capitalistas.

Na segunda parte do capítulo, portanto, tratamos da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas e o debate da intersetorialidade, particularmente, com o campo da assistência social e da justiça, problematizando os avanços, retrocessos e desafios que se colocam na atualidade, principalmente, tomando a política

de promover medidas de não repetição, com o estabelecimento de programas de capacitação relacionados à saúde mental envolvendo a pasta governamental de Direitos Humanos e outros órgãos públicos, como o CNJ. Essa Resolução do CNJ, conhecida como Resolução Damiano Ximenes Lopes, estabelece procedimentos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais no âmbito do sistema de justiça, buscando garantir os direitos humanos dessas pessoas e evitar a internação em instituições com características manicomiais.

antimanicomial do Poder Judiciário em curso no país e as resistências de setores conservadores presentes nas esferas públicas governamentais.

1.1 Saúde mental, direitos humanos e interseccionalidades

A saúde mental, historicamente relacionada à exclusão, ao isolamento e à desumanização dos sujeitos em sofrimento psíquico, vem sendo ressignificada por meio da luta antimanicomial e da consolidação de uma política pública pautada nos direitos humanos. A institucionalização da loucura foi marcada por um modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, onde a lógica do aprisionamento predominava sobre a do cuidado. Em contrapartida, a Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária, propôs uma ruptura com essa lógica, ao afirmar a centralidade da liberdade, da cidadania e da participação popular no tratamento em saúde mental.

Essa mudança paradigmática implicou uma crítica radical às instituições como os manicômios e comunidades terapêuticas, onde os indivíduos são submetidos a um regime de controle total. A superação desse modelo institucional vai além da extinção física; requer a transformação das práticas de cuidado, com foco na inclusão social, na autonomia e no respeito às singularidades dos sujeitos.

A promulgação de leis e a efetiva participação popular permitiu que o modelo assistencial fosse redirecionado, instituindo a política de atenção psicossocial e criando os serviços substitutivos. Essa transformação, no entanto, não se deu de maneira linear ou pacífica. O processo foi - e continua sendo - marcado por disputas, resistências institucionais e tentativas de retrocesso, especialmente nos períodos de instabilidade democrática e de ascensão de projetos autoritários.

Dessa forma, a história da saúde mental no Brasil é atravessada por práticas de exclusão, repressão e silenciamento. Desde o início do século XX, a loucura foi tratada como ameaça à ordem e à moralidade, consolidando-se, com a promulgação da Lei dos Alienados, de 1903, o hospital psiquiátrico como espaço institucional exclusivo para tratamento, sob o monopólio da autoridade médica. A medicalização da diferença transformou a diversidade humana em doença, estabelecendo o hospício como território do confinamento e da invisibilidade social.

Durante a ditadura civil-militar-empresarial (1964–1985), os hospitais psiquiátricos se expandiram mediante convênios com instituições privadas, transformando a lógica da internação em mercadoria. Como apontado por Amarante⁶, a loucura passou a ser lucrativa. Nesse contexto, pessoas foram internadas em massa sem critérios clínicos, como no caso emblemático do Hospital Colônia de Barbacena, onde mais de 60 mil pessoas morreram em condições desumanas — a maioria sem diagnóstico psiquiátrico, sendo pobres, negras, mulheres, analfabetas e homossexuais.

Com o processo de redemocratização e a emergência dos movimentos sociais, entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o paradigma da assistência e do saber psiquiátrico hegemônico foi colocado em xeque. O movimento antimanicomial brasileiro articulou o fechamento progressivo dos manicômios à construção de uma rede territorializada, comunitária e intersetorial de atenção psicossocial. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) foram marcos nesse processo, ao estabelecerem a saúde mental como direito de todos e dever do Estado.

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária (p. 55)⁶

Além disso, no pós-ditadura, a Constituição Federal de 1988⁷ institucionalizou o direito universal à saúde, organizando o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A saúde mental, inserida nesse contexto, passou a ser compreendida como construção coletiva, relacional e territorializada, e não apenas como ausência de transtornos mentais.

A Lei nº 10.216/2001⁸ garantiu os direitos das pessoas com transtornos mentais à liberdade, ao convívio comunitário e ao tratamento digno e humanizado. Embora a lei não tenha extinguido imediatamente os manicômios, sua aprovação representou o resultado de intensa mobilização social, com protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores/as, gestores/as e parlamentares comprometidos com a saúde pública.

Sendo assim, a reforma psiquiátrica brasileira, representou a consagração de uma luta histórica pela superação do modelo manicomial e pela criação de uma rede de serviços substitutivos centrados na atenção comunitária e na promoção da autonomia

dos usuários, ou seja, o modelo de atenção psicossocial. Inspirada, em boa parte, na psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, frente aos processos de renovação desse campo em nível internacional. Mas também pelas críticas formuladas por diversos autores engajados e expoentes do movimento social da luta antimanicomial, essa reforma propôs a substituição do hospital psiquiátrico por uma lógica de cuidado em liberdade, em consonância com os princípios dos direitos humanos.

Passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (p. 7)⁹

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) concretizou os princípios da reforma. Esses serviços, organizados por nível de complexidade e população atendida, operam com equipes multiprofissionais, na elaboração dos projetos terapêuticos singulares (PTS) e em estratégias comunitárias. No entanto, sua implementação esbarra em desafios como o subfinanciamento do SUS, a descontinuidade de políticas públicas e a resistência de setores biomédicos e conservadores à lógica da atenção e do modelo psicossocial.

A saúde mental como direito humano é uma conquista fundamental da sociedade democrática. Contudo, sua efetivação ainda é tensionada por práticas autoritárias, medicalizantes e excludentes que historicamente relegaram a loucura à margem da sociedade. A institucionalização da diferença, por meio de manicômios, foi expressão de controle social sobre os corpos considerados “anormais”, sobretudo pobres, negros e indesejados¹⁰.

O paradigma da reforma psiquiátrica rompe com essa lógica ao afirmar o cuidado em liberdade e o protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico. A política pública de saúde mental deve reconhecer o sofrimento como fenômeno inseparável das condições sociais, políticas e econômicas vivenciadas pelos sujeitos.

Nesse sentido, os direitos humanos articulam-se à justiça social e à cidadania, exigindo do Estado a oferta de serviços públicos, universais e equânimes. A Declaração Universal dos Direitos Humanos¹¹ e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹² sustentam que todas as pessoas, independentemente de sua condição psíquica, têm direito à dignidade, ao cuidado e à não discriminação.

As expressões da questão social — como o desemprego, a fome, a violência e a insegurança habitacional — configuram determinantes estruturais do sofrimento mental, diretamente vinculados aos direitos fundamentais que asseguram a dignidade humana. Ao ignorar essas determinações, a política pública corre o risco de reforçar a medicalização da vida e a responsabilização individual pelo adoecimento. A medicalização excessiva, alimentada por interesses da indústria farmacêutica, despolitiza o sofrimento e transforma questões sociais em diagnósticos psiquiátricos.

Nesse sentido, a interseccionalidade permite compreender como raça, classe, gênero, sexualidade, deficiência e território moldam tanto as experiências de adoecimento quanto o acesso (ou a negação) aos direitos sociais. Mulheres negras, por exemplo, estão mais expostas à violência obstétrica, ao racismo institucional e à invisibilidade nos serviços de saúde mental. Já jovens negros, moradores de favelas, são frequentemente criminalizados e patologizados, tendo seus sofrimentos tratados como desvios de conduta¹³.

A segunda edição do Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM), divulgada em junho de 2024, evidenciou que pessoas transgênero, indígenas e de baixa renda apresentam os menores índices de bem-estar psicológico no Brasil. O estudo aponta que as pessoas trans são o grupo com pior resultado, com média de bem-estar de apenas 37,7 em uma escala de 0 a 100. Indígenas e pessoas negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica também figuram entre os mais afetados. Em contraste, homens brancos de alta renda relataram os melhores índices. Os dados reforçam que a saúde mental é atravessada por marcadores sociais como raça, classe, identidade de gênero e território, revelando desigualdades estruturais que impactam tanto o sofrimento psíquico quanto o acesso ao cuidado¹⁴.

Além disso, durante o governo Bolsonaro, aprofundaram-se os impactos negativos da desigualdade racial nas políticas públicas de saúde mental, como veremos no item a seguir. A negligência com as demandas da população negra, somada ao desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), agravou a precariedade do trabalho e do cuidado, sobretudo em territórios periféricos e vulnerabilizados. A lógica manicomial foi fortalecida com o financiamento a comunidades terapêuticas até hoje — muitas delas ligadas a grupos religiosos e sem respaldo técnico — em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essa conjuntura contribuiu para o aumento do sofrimento psíquico de pessoas negras, que já vivenciam cotidianamente o racismo, o encarceramento em massa, o genocídio da juventude negra e a negligência do Estado¹⁵. Principalmente, se essas tem intersecção com as dissidências em sexualidade e gênero, em territórios periféricos e favelados dentre outros marcadores sociais da diferença e da desigualdade¹⁶.

1.2 Política de saúde mental, álcool e outras drogas e intersectorialidade: avanços, retrocessos e desafios

Compreender a reforma psiquiátrica como processo social pressupõe compreender, primeiramente, que se trata de um processo em construção até os dias atuais e, em segundo lugar, que este é um movimento que não se constrói de forma linear, pelo contrário. A reforma psiquiátrica no Brasil conta com o vigor dos movimentos sociais, dos trabalhadores, familiares e usuários, mas também enfrenta diversas forças refratárias aos avanços propostos, constituindo-se, essencialmente, a partir da correlação de forças antagônicas que compõem a conjuntura brasileira nos últimos anos.

Ainda que os anos 2000, no Brasil, tenham sido marcados por diversos avanços no campo legislativo e pela expansão dos serviços substitutivos, principal estratégia de desinstitucionalização no país, presenciaram-se episódios de retrocesso na política de saúde mental particularmente a partir de 2010. Inicia-se um novo processo de manicomialização, que traz o debate do *crack* em detrimento das demais drogas e da aliança com setores conservadores, dando centralidade às comunidades terapêuticas. Conforme aponta Duarte¹⁷.

Numa conjuntura política de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras, reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra as drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista (p. 233)¹⁷

Duarte¹⁷, analisando o período de 2010 a 2018, sinaliza três tendências políticas que se desenrolam no campo da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. A

primeira propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, retomando os hospitais psiquiátricos como pontos da rede e reforçando o modelo hospitalar-manicomial e o corporativismo da ordem psiquiátrica. Há também uma inversão do modelo assistencial no campo do financiamento, que se desloca dos dispositivos psicossociais para ser reinvestido nos manicômios e nas comunidades terapêuticas.

Outra tendência diz respeito às parcerias público-privadas que vem crescendo, com contratos de trabalho celebrados com Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais de Saúde (OSS) para execução dos serviços da atenção psicossocial, representando na verdade uma mera reorganização dos serviços no âmbito de privatização da saúde.

Por fim, persiste a tendência histórica, que se vincula à gênese do movimento antimanicomial, que faz a crítica do modelo manicomial-hospitalocêntrico e do modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho, que persiste em muitas esferas governamentais.

Em 2017 emerge uma “nova” política de saúde mental a partir da Portaria GM/MS n. 3.588¹⁸ que reformula Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela não só reposiciona os hospitais como centrais na lógica assistencial, aumentando número de leitos e centralizando as internações como resposta, como também reorienta a direção territorial da saúde mental, reconfigurando o posicionamento dos CAPS, inserindo-os em uma hierarquia e uma especialização no âmbito do SUS, alterações realizadas sem a devida pactuação no Conselho Nacional de Saúde.

Em 2018 é aprovada a “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que se orienta para abstinência em detrimento da redução de danos. Em 2019, já no governo Bolsonaro, segue-se a mesma tendência, sendo emitida a Nota Técnica 11¹⁹ que tinha o objetivo de “esclarecer aspectos da nova política de saúde mental”.

Essa Nota, entre outras medidas, dá centralidade aos hospitais psiquiátricos na RAPS, cria ambulatórios especializados nos hospitais, retorna com os hospitais-dia, sem definir exatamente seu funcionamento, incentiva internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e o uso de eletrochoque. Houve duras críticas, nacionalmente,

por parte de ativistas, intelectuais e trabalhadores/as^{20,21,22,23} e foi suspensa posteriormente.

No primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), também foi sancionada a Lei 13.840²⁴, que autoriza a internação involuntária de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas sem autorização judiciária por profissionais da saúde e assistência social.

Em 2020, no contexto da pandemia de Covid-19 que se instala no Brasil e no mundo, instituindo o isolamento social como mecanismo de prevenção do contágio pela doença, destaca-se o fortalecimento e centralidade das comunidades terapêuticas, seja com o direcionamento de grandes volumes de financiamento público para essas instituições, com orientações e regulamentações de internações nestes locais, tendo a pandemia como justificativa, tanto de pessoas em situação de rua como de adolescentes, divergindo e se contrapondo às legislações e políticas públicas já existentes.

As alterações foram realizadas sem consulta às devidas instâncias de pactuação, como os conselhos de direito, gerando uma sobreposição de orientações e regulamentações contraditórias, num claro favorecimento das internações, do isolamento como terapêutica, impactando não apenas os dispositivos da RAPS, mas também das demais políticas setoriais.

É possível compreender a emergência de uma nova indústria da loucura no contexto ultraneoliberal e conservador, que tem como marcos o retorno do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado, da quebra do pacto do comando único na atenção em saúde, do avanço da lógica privatista e da medicalização e da ambulatorização dos serviços de saúde mental na direção de uma ordem médica psiquiátrica baseada no paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizado e manicomial²⁵.

Em 2023, com a reeleição do ex-presidente Luiz Inacio Lula da Silva (PT), é possível observar alguns avanços iniciais no campo da saúde mental. Além da nomeação da enfermeira, Dra. Sônia Barros, como diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Especializada de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, uma mulher negra e nordestina, que tem sua indicação respaldada pelos movimentos e entidades da luta antimanicomial e antiproibicionista, é possível apontar algumas recomposições importantes no campo legislativo em saúde mental.

As Portarias GM/MS nº 660²⁶ e nº 681²⁷, de 2023, instituem a recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados pelo Ministério da Saúde. Também em 2023, é aprovada a Portaria GM/MS nº 757²⁸, de 21 de junho de 2023 que revoga a Portaria 3.588 de 2017¹⁸, retomando os princípios e diretrizes da RAPS previstos pela legislação anterior, na Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011²⁹.

Outro acontecimento recente, de importante impacto no campo da saúde mental, diz respeito ao debate referente aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), antigos Manicômios Judiciários, ainda em funcionamento no Brasil. Apesar de várias legislações já indicarem a irregularidade destas instituições, elas ainda se mantêm em funcionamento em todo país. Em 2023, como já sinalizado, acima, é aprovada a Resolução CNJ nº 487¹, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência¹² e a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁸, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Tal política normativa visa assegurar os direitos de pessoas com transtornos mentais ou com deficiência psicossocial que estejam privadas de liberdade, cumprindo pena ou medida de segurança, em prisão domiciliar, medidas em meio aberto, entre outras condições que envolvam infrações penais. Busca orientar sobre os princípios e diretrizes que devem pautar a ação judicial tomando como referência os serviços territoriais e comunitários existentes em cada região, referenciando-se nas legislações vigentes concernentes à política de saúde mental.

Cabe destacar que, a despeito de tratar-se de um processo complexo e multifacetado, as orientações judiciais a respeito da desinstitucionalização dos internos/as dos hospitais de custódia têm gerado movimentos curiosos no campo das políticas públicas, em particular, da assistência social. Exemplos disso são a Resolução da CIT do MDASFCF nº 15, de 21 de agosto de 2024³⁰ e a Resolução do CNAS nº 166 de 18 de setembro de 2024³¹.

Esses dois instrumentos acima têm como função apresentar os parâmetros nacionais de atuação da Política de Assistência Social no atendimento às pessoas em sofrimento mental no processo de desinstitucionalização dos hospitais de custódia. As Resoluções apresentam, essencialmente, os princípios e diretrizes do Sistema Único de

Assistência Social (SUAS) e indicam que estes devem se aplicar a este público. Considera-se, então, que não trazem novas pactuações ou novas estratégias de assistência que não estejam contempladas nas legislações e políticas correlatas, em vigência desde as décadas de 1990 e 2000, respectivamente, período de promulgação da Lei do SUAS, do SUS e da regulamentação da Política Nacional de Assistência Social.

É interessante refletir que tanto a instituição da Política Antimanicomial do Judiciário quando as Resoluções citadas tenham sido aprovadas com mais de 40 anos após os primeiros questionamentos do modelo manicomial no Brasil e mais de 20 anos depois da implementação da reforma psiquiátrica. Estes fatores podem expressar os retrocessos no campo da reforma psiquiátrica e do desmonte das políticas públicas, mas também indicam que as políticas setoriais precisam se apropriar dos princípios da reforma psiquiátrica e das diretrizes da política de saúde mental, bem como dos princípios e diretrizes de suas legislações próprias, que nascem no mesmo chão histórico das reformas sanitária e psiquiátrica.

A assistência social é parte do tripé da Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988, lei esta que institui o Estado Democrático de Direito no Brasil. A Seguridade Social compreende um *conjunto integrado* de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, instituindo a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social como direitos universais e dever do Estado.

A Lei nº 8.742, aprovada em 1993, conhecida como Lei do SUAS³², indica que a assistência social deve prover os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, determinando princípios e diretrizes de atendimento e apontando a estruturação e organização desta política através de serviços, programas e projetos. Junto com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004³³, tem como público as famílias em sua inserção territorial e comunitária, direcionando ações e serviços de proteção a pessoas com rompimento de vínculos familiares e comunitários. Também prevê serviços e benefícios para pessoas com deficiência em situação de pobreza, apontando que as pessoas egressas das longas internações psiquiátricas, seja no início da Reforma Psiquiátrica, seja atualmente, nos manicômios judiciários, são público prioritário desta política em sua gênese.

Se não há novidades nos parâmetros legislativos e de organização das políticas públicas, percebe-se que se mantém ao longo destes anos o enorme desafio da

intersetorialidade, não apenas na articulação de serviços e programas e construção de fluxos, como propõem as Resoluções citadas anteriormente, mas também na retomada dos princípios que integram todas as políticas sociais na garantia dos direitos sociais e sua filiação democrática não só à Constituição Federal de 1988, mas também aos movimentos sociais e populares que sustentaram as Reformas e romperam os paradigmas anteriores.

Os princípios antimanicomiais, indicadores de uma transformação social radicalmente democrática, se expressam nas legislações e nas políticas sociais brasileiras desde sua implementação, não sem embates, disputas e acirramentos. Parece, porém, que o distanciamento dos princípios que regem as próprias políticas setoriais também tem avançado junto aos serviços e aos trabalhadores, fragilizando ainda mais a garantia de direitos e o cuidado em liberdade.

2 Considerações finais

Nesse contexto, pensar a saúde mental como direito humano exige romper com discursos que naturalizam as desigualdades e patologizam a diferença. É fundamental construir práticas de cuidado que reconheçam a singularidade dos sujeitos e os marcos estruturais de sua existência.

A defesa da saúde mental como direito humano, sustentada pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, enfrenta desafios conjunturais e estruturais que exigem um posicionamento ético, político e técnico das instituições e da sociedade. Em tempos de retrocessos democráticos, desmonte de políticas públicas e avanço de discursos higienistas, torna-se urgente reafirmar o cuidado em liberdade como princípio civilizatório.

A articulação entre saúde mental e direitos humanos, na perspectiva analítica da interseccionalidade, como vimos nesse capítulo, amplia a compreensão do sofrimento psíquico como fenômeno social, exigindo abordagens integradas, territorializadas e sensíveis à diversidade. Assim, o olhar da luta antimanicomial não se restringe as lógicas físicas e estruturas organizacionais dos hospícios e instituições fechadas, mas é, também, a incorporação da luta antirracista, anticisheterossexista, antiLGBTfóbica, anticapacitista e anticapitalista.

Desta forma, o Serviço Social, como a Psicologia, profissões constitutivas nos campos da assistência social e da saúde, são vistas, historicamente, a partir de seus processos de renovação e crítica profissionais, como comprometidas com os direitos humanos e com a transformação social, tem papel estratégico na consolidação de uma política de saúde mental pública, democrática, laica e emancipatória.

Portanto, defender a reforma psiquiátrica é defender a vida em sua complexidade, contradições e potências. Isto foi visto, quando da resistência de trabalhadores/as, usuários/as e familiares, frente aos desmontes e retrocessos da referida política pública, nos últimos tempos, sem descontextualizar o momento atual do Estado capitalista e a produção de suas desigualdades sociais, apontadas, portanto, como questões estruturais dos movimentos e lutas sociais antimanicoloniais³⁴.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília, DF: CNJ; 2023 [acesso em 13 mai 2025]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>
2. Collins PH. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo; 2022
3. Collins PH. Intersecções letais: raça, gênero e violência. São Paulo: Boitempo; 2024
4. Collins PH; Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020
5. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estud Fem. 2002;10(1):171-88
6. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005
10. Pereira MO; Passos RG. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Autografia; 2017.
11. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova York: ONU; 1948.
12. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova York: ONU; 2006.
13. Assis JF de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. Serv Soc Soc [Internet]. 2018Sep;(133):547-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>
14. Pereira R. Saúde mental no Brasil: relatório revela que pessoas transgênero, de baixa renda e indígenas têm os piores índices de bem-estar. O Globo. 13 jun 2024. [acesso em 15 maio 2025]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/06/13/saude-mental-no-brasil-relatorio-revela-que-pessoas-transgenero-de-baixa-renda-e-indigenas-tem-os-piores-indices-de-bem-estar.ghtml>
15. Batista RC. Racializando o setembro amarelo: saúde mental em tempos de Bolsonaro. Carta Capital. 27 set 2022 [acesso em 20 maio 2025]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opinia0/racializando-o-setembro-amarelo-saude-mental-em-tempos-de-bolsonaro>
16. Duarte MJO, Paiva SP, Menegat EM, organizadores. Saúde mental, drogas e interseccionalidade: implicações de gênero, raça, sexualidade, territórios e políticas públicas no contemporâneo. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2024
17. Duarte MJO. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Libertas. 2018;18(2):227-43

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 dez. 2017. [acesso em 20 maio 2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 11 fev. 2019b. [acesso em 22 maio 2025]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf
20. Guljor AP, Vasconcelos EM, Silva MBB, Delgado PGG, Cavalcante R, Lima RC. Nota de avaliação crítica da Nota Técnica 11/2019 – esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. [acesso em 09 out 2024]. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19.pdf>
21. Duarte MJO, Caputo LR; Bedim VB, Tomaz M. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. Argum. 2020;12(2):91-106
22. Delgado PGG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trab. educ. saúde. 2019;17(2): e0020241. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
23. Almeida JMC de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad Saúde Pública. 2019;35(11):e00129519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
24. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.250, [...] para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. 6 jun. 2019a. [acesso em 22 mai 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.html
25. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 660, de 3 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 4 jul 2023.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 681, de 3 de julho de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 4 jul 2023.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da União, 22 jul 2023.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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). Diário Oficial da União, 21 mai 2013.
30. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução da CIT nº 15 de 21 de agosto de 2024. Dispõe sobre a pactuação dos parâmetros nacionais para atuação da política pública de assistência social no Sistema Único de Assistência Social – SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou

instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Diário Oficial da União. 21 ago 2024.

31. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução CNAS/MDASFCF nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre os parâmetros nacionais para atuação da Política Pública de Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, e suas famílias. Diário Oficial da União. 18 set 2024.

32. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 dez 1993.

33. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional da Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica: NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2005.

34. David EC. Saúde mental e relações raciais: desnorreamento, aquilombação e antimanicolonialidade. São Paulo: Editora Perspectiva; 2024.