

# **Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: contradições e desafios para a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade**

*Psychiatric Reform in the Federal District: contradictions and challenges for deinstitutionalization and care in freedom*

*Reforma Psiquiátrica en el Distrito Federal: contradicciones y desafíos para la desinstitucionalización y el cuidado en libertad*

**Andreia Oliveira<sup>1</sup>**  
**Maria da Glória Lima<sup>2</sup>**  
**Maria Aparecida Gussi<sup>3</sup>**  
**Karina Aparecida Figueiredo<sup>4</sup>**

## **RESUMO**

No Distrito Federal, a trajetória de adesão às diretrizes da Reforma Psiquiátrica revela fragilidades no compromisso político e assistencial, gerando obstáculos persistentes à efetivação do cuidado em liberdade. Este estudo analisa as contradições dessa Reforma, à luz das disputas entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil e asilar. O

---

<sup>1</sup> Assistente Social, Mestre em Saúde Pública (UFSC), Doutora em Serviço Social (PUC/SP), Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X> E-mail: [andreaoliveirasus@gmail.com](mailto:andreaoliveirasus@gmail.com) ou [andreaio@unb.br](mailto:andreaio@unb.br)

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. <https://orcid.org/0000-0001-6450-9154> E-mail: [limamg@unb.br](mailto:limamg@unb.br)

<sup>3</sup> Enfermeira, doutora em ciências da saúde, docente do curso de enfermagem da Universidade de Brasília. <http://orcid.org/0000-0002-3069-5312> E-mail: [mariagussi@gmail.com](mailto:mariagussi@gmail.com)

<sup>4</sup> Assistente Social, Mestre em Política Social, Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Tutora de Programas de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do DF e da Fiocruz/Brasília. <https://orcid.org/0000-0002-8311-8025> E-mail: [karinasnzf@gmail.com](mailto:karinasnzf@gmail.com)

objetivo é discutir a ampliação de direitos e subsidiar estratégias de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), abrangendo inclusive pessoas em conflito com a lei. A metodologia fundamenta-se na análise de documentos governamentais e materiais produzidos por instâncias de controle social, pesquisadores, movimentos sociais e conselhos profissionais, sob uma perspectiva de narrativa historiográfica testemunhal. Os resultados indicam baixa cobertura da Raps, insuficiência de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), persistência do modelo hospitalocêntrico e fragilidade do cuidado territorial - expressa no aumento dos atendimentos de emergência. Evidenciam, ainda, a remanicomialização via financiamento público a comunidades terapêuticas, a escassez histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os limites das medidas para populações judicializadas e o avanço da mercantilização mediante terceirização e precarização do trabalho. Conclui-se que o descompasso entre o avanço normativo e a precariedade assistencial configura uma *reforma psiquiátrica real*, marcada pela permanência do modelo asilar e pela subordinação da política pública à racionalidade de mercado no contexto distrital contemporâneo.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica, Desinstitucionalização, Saúde mental.

## ABSTRACT

In the Federal District (Brazil), the trajectory of adherence to Psychiatric Reform guidelines reveals weaknesses in political and assistance commitments, creating persistent obstacles to the implementation of care in liberty. This study analyzes the contradictions of this Reform in light of the disputes between the anti-asylum project and the market-oriented asylum logic. It aims to discuss the expansion of rights and provide insights for deinstitutionalization strategies within the Psychosocial Care Network (Raps), including individuals in conflict with the law. The methodology is based on the analysis of government documents and materials produced by social control bodies, researchers, social movements, and professional councils, through a testimonial historiographical narrative perspective. The results indicate low Raps coverage, insufficient Psychosocial Care Centers (Caps), the persistence of a hospital-centric model, and the fragility of territorial care — evidenced by the increase in emergency consultations. Furthermore, they highlight a *re-asylum* process via public funding for therapeutic communities, a historical shortage of Therapeutic Residential Services (SRT), the limitations of measures for judicialized populations, and the advancement of marketization through outsourcing and precarious labor conditions. It is concluded that the gap between normative progress and assistance precariousness characterizes a *real psychiatric reform*, marked by the permanence of the asylum model and the subordination of public policy to market rationality in the contemporary district context.

**Keywords:** Health care reform, Deinstitutionalization, Mental health.

## RESUMEN

En el Distrito Federal (Brasil), la trayectoria de adhesión a las directrices de la Reforma Psiquiátrica revela fragilidades en el compromiso político y asistencial, lo que genera

obstáculos persistentes para la efectividad del cuidado en libertad. Este estudio analiza las contradicciones de dicha Reforma a la luz de las disputas entre el proyecto antimanicomial y la lógica mercantil-asilar. El objetivo es discutir la ampliación de derechos y aportar subsidios para estrategias de desinstitucionalización en la Red de Atención Psicosocial (Raps), incluyendo a personas en conflicto con la ley. La metodología se fundamenta en el análisis de documentos gubernamentales y materiales producidos por instancias de control social, investigadores, movimientos sociales y consejos profesionales, bajo una perspectiva de narrativa historiográfica testimonial. Los resultados indican una baja cobertura de la Raps, insuficiencia de Centros de Atención Psicosocial (Caps), persistencia del modelo hospitalocéntrico y fragilidad del cuidado territorial, expresada en el aumento de las atenciones de emergencia. Evidencian, además, una remanicomialización vía financiamiento público a comunidades terapéuticas, la escasez histórica de Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), los límites de las medidas para poblaciones judicializadas y el avance de la mercantilización mediante la tercerización y la precarización del trabajo. Se concluye que el desajuste entre el avance normativo y la precariedad asistencial configura una *reforma psiquiátrica real*, marcada por la permanencia del modelo asilar y por la subordinación de la política pública a la racionalidad de mercado en el contexto distrital contemporáneo.

**Palabras clave:** Reforma de la Atención de Salud; Desinstitucionalización; Salud Mental.

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a representação social da loucura foi associada a estigmas como periculosidade, incapacidade e anormalidade. Esse imaginário, chancelado pelo saber biomédico, consolidou o paradigma asilar manicomial, caracterizado pelo isolamento coercitivo, pela internação prolongada e pela primazia da medicalização excessiva, sob o domínio da psiquiatria clássica<sup>1</sup>. Para indivíduos em sofrimento mental em conflito com a lei, somaram-se a esse modelo as estruturas dos manicômios judiciários e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)<sup>2</sup>.

O enfrentamento dessa perspectiva e a busca por um processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil acompanham a trajetória de lutas dos movimentos sociais, das pessoas usuárias, familiares e trabalhadores/as da saúde mental. Tais atores propõem a superação do modelo hospitalocêntrico em favor do paradigma psicossocial. Estes, por sua vez, orientam-se pela atenção em saúde mental de base comunitária, territorializada e em liberdade, impulsionado pelas reformas Psiquiátrica e Sanitária, que culminaram na promulgação da Constituição Cidadã de 1988<sup>3</sup>, no bojo da redemocratização do país.

Os preceitos constitucionais (Arts. 196-200), regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990<sup>4</sup> e nº 8.142/1990<sup>5</sup>, estabeleceram o SUS como parte integrante e indissociável da Seguridade Social, atribuindo-lhe uma concepção ampliada de saúde. Esta visão contrapõe-se ao entendimento biomédico, curativo e hegemônico, pautando-se na determinação social do processo saúde-doença<sup>6,7</sup>).

Nesse cenário, o movimento da Reforma Psiquiátrica conformou as bases para a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para serviços substitutivos, de base comunitária e participativa<sup>8</sup>. Contudo, a implementação da Constituição de 1988 e os marcos legais regulatórios subsequentes ocorreram simultaneamente à reforma neoliberal do Estado brasileiro, marcada pela redução da presença estatal nas políticas sociais, pela ênfase na privatização de serviços públicos e pela subordinação da saúde às dinâmicas de mercado<sup>9</sup>.

Para Behring<sup>10</sup>, esse processo consolidou uma contrarreforma do Estado, com efeitos regressivos sobre os direitos sociais e trabalhistas e o acesso às políticas públicas. Com isso, a política de saúde e, especificamente, a de saúde mental, passaram a operar sob a lógica mercantil, reforçando um modelo biomédico e filantrópico que se descola da determinação social do processo saúde-doença para alinhar-se à lucratividade neoliberal.

Embora o SUS tenha registrado avanços, persistem obrigações legais não cumpridas que geram profundas tensões na política de saúde mental, inclusive no Distrito Federal. Esse cenário revela uma Reforma Psiquiátrica formalmente instituída, mas ainda distante de uma transformação efetiva na realidade assistencial. Tal descompasso é fruto dos embates permanentes entre projetos antagônicos: o antimanicomial, o manicomial e o que se pode chamar de reforma psiquiátrica *real*.

Estabelece-se, aqui, um diálogo com a reflexão de Paim<sup>11</sup>, que distingue o SUS da Reforma Sanitária e o da Constituição de 1988, concebidos como projetos civilizatórios, da *caricatura* vivenciada na atualidade. Para o autor, o sistema atual, sob uma aparência de universalidade, serve para capturar o orçamento público em benefício do setor privado, enquanto a população é submetida a serviços limitados pela austeridade e pela lógica mercantil. Surge, então, o *SUS real*, um trocadilho com a moeda nacional, no qual a lógica monetária e fiscal se sobrepõe à centralidade da vida.

Ao transpor essas premissas para a saúde mental, observa-se uma *reforma psiquiátrica real* refém de modelos assistenciais e de gestão marcados por

racionalidades capitalistas e práticas clientelistas. Se, por um lado, essa vertente aprofunda o projeto manicomial e asilar ao impulsionar a privatização, por outro, ela confina a defesa dos direitos humanos aos limites do *possível político*. Nesse equilíbrio de forças, o rompimento com a lógica manicomial torna-se parcial: o financiamento público a Comunidades Terapêuticas (CTs), a terceirização de serviços substitutivos, como Centro de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, via Organizações Sociais (OSs), refilantropização, a precarização do trabalho com a contratação, via cooperativa, de profissionais como pessoa física (*pejotização*), evidenciam a face mercantil do sistema. Em última análise, o projeto antimanicomial, que defende uma atenção psicossocial pública, territorializada e em liberdade, perde força política diante de uma governança que prioriza o capital em detrimento da cidadania.

Analisar esses campos de disputa e suas contradições no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é fundamental para construir estratégias de enfrentamento e ampliação de direitos, considerando a responsabilidade do Estado e o papel de gestores e formuladores de políticas públicas atuantes no SUS e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além de profissionais, pessoas usuárias, familiares e comunidades.

No Distrito Federal, a trajetória de adesão às diretrizes da Reforma Psiquiátrica evidencia dificuldades de compromisso político, resultando em desafios críticos ao cuidado em liberdade. O presente texto é construído a partir de documentos produzidos por técnicos do controle social, pesquisadores, segmentos de movimentos sociais e de conselhos profissionais, sob uma perspectiva historiográfica testemunhal<sup>12</sup>. Assim, este trabalho objetiva analisar as contradições da Reforma Psiquiátrica no DF, à luz das disputas entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil e asilar, com vistas à ampliação de direitos e à construção de subsídios para estratégias de desinstitucionalização da atenção em saúde mental.

## **2. DISPUTAS HISTÓRICAS E INFLEXÕES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO DF**

A historiografia da política de saúde mental no DF é descrita como um processo social e político complexo<sup>13,14,15,16,17</sup>. Fundamentado nas diretrizes da reforma psiquiátrica e da Lei 10.216/2001<sup>8</sup>, esse processo revela práticas assistenciais

tensionadas entre os paradigmas asilar-hospitalocêntrico, pautado no saber psiquiátrico tradicional ainda hegemônico, e o psicossocial, que, apesar dos poucos avanços, enfrenta dificuldades significativas para consolidar a desinstitucionalização devido a um número reduzido de Caps. Os avanços pioneiros nesse processo são seguidos por períodos de estagnação, retrocessos administrativos e disputas ideológicas em torno do modelo de atenção em saúde mental, permeado por tensões decorrentes da própria construção do SUS.

Segundo Santiago<sup>15</sup>, essa trajetória entre 1987 e 2007 divide-se em quatro fases: a) **emergência** (1987-1999) – ingresso do DF na Reforma Psiquiátrica com a criação do Instituto de Saúde Mental (ISM) em 1987; o pioneirismo da Lei Distrital nº 975/1995, que definiu as diretrizes para a atenção à saúde mental no DF e estabeleceu um modelo centrado na cidadania, nos direitos humanos e na superação do manicômio; a criação da Coordenação de Saúde Mental (Cosam/DF) em 1995, instituindo espaços democráticos de participação entre profissionais, usuários e familiares; e a antecipação, na Lei Orgânica do DF (Art. 211) de diretrizes da futura Lei Federal nº 10.216/2001; b) **retrocesso** (1999-2003), período de descontinuidade política, com a manutenção do ISM e práticas centralizadoras e asilares do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), o fechamento da Clínica Planalto em 2003, acusada de violar direitos humanos, culminando no abrigamento precário de seus egressos no ISM por não haver residências terapêuticas estruturadas no DF; c) **estagnação** (2003-2006), caracterizada pela recuperação de parte da estrutura administrativa, uma reestruturação assistencial que não rompeu com o paradigma asilar, baixa cobertura de Caps e ausência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e d) **retomada** (2006-2007), marcada por esforços no sentido da desinstitucionalização, com a criação de novos Caps e a instalação do Colegiado de Saúde Mental para articulação com a sociedade civil e órgãos de controle.

No período de 2010 a 2020, Silva<sup>13</sup> destaca o retorno do financiamento público a instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas (CTs), em detrimento da rede pública substitutiva. A autora ressalta que o DF apresenta um dos menores índices de cobertura de Caps do país, com uma rede marcada por falhas estruturais graves, ausência de estratégias de desinstitucionalização, instalações inadequadas, escassez de profissionais e subutilização de orçamentos.

Silva<sup>13</sup> critica a falta de apoio governamental para a execução de políticas públicas de saúde mental, principalmente na execução do Plano Diretor de Saúde Mental (2011-2015), que previa 46 Caps, 15 SRT e outros dispositivos da Raps,

destacando que até 2014 havia apenas 16 Caps, dos quais 13 credenciados pelo Ministério da Saúde, e nenhum SRT. Esse descomprometimento culminou em uma auditoria do Tribunal de Contas do DF em 2014. Entretanto, as instâncias de controle social e fiscalização, tais como Conselho de saúde, Promotoria Pública e Tribunal de Contas, mostram-se fragilizadas diante da disputa de modelo.

A integração da saúde mental à Atenção Primária permanece como desafio crítico, agravado pela pandemia da Covid-19, que aprofundou vulnerabilidades sociais e expôs a necessidade urgente de uma rede territorializada e humanizada. Normativas nacionais, como a Nota Técnica nº 11/2019, reforçaram o papel dos hospitais psiquiátricos na rede, contrariando os princípios da reforma e repercutindo negativamente no contexto distrital<sup>13</sup>.

Diante desse cenário marcado por retrocessos, segmentos populares organizados, como o Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal e a ONG Inverso, com apoio do Observatório de Saúde Mental da Universidade de Brasília (Obsam/UnB) e a participação de trabalhadores/as, usuários/as e familiares da Raps, elaboraram o documento intitulado a Plataforma em Defesa da Saúde Mental no DF (2018), que denuncia o retrocesso iniciado no fim de 2015 e a ocupação política de cargos estratégicos por gestores sem perfil técnico-científico, critica a Diretoria de Saúde Mental do DF (Disam/SES) pela publicação de normativos que fortalecem o modelo manicomial e pela elaboração de um Plano Diretor de Saúde Mental sem diálogo com instâncias de controle social, e denuncia o descumprimento de uma ação civil pública de 2010, que determinava a criação de 19 Caps e 25 residências terapêuticas.

A Plataforma propõe quatro eixos temáticos: a) **ampliação e fortalecimento da Raps**: criação de Caps III (24 horas), com atendimento à crise no território, o fechamento definitivo do HSVP até 2022 e sua substituição por serviços comunitários; b) **educação continuada**: capacitação antimanicomial permanente de servidores, equipes de apoio e profissionais da Atenção Básica e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Móvel (SAMU); c) **trabalho e renda**: criação de cooperativas sociais com fomento à economia solidária para inclusão social de usuários; e d) **autonomia e direitos**: protagonismo de usuários e familiares, com ampliação do passe livre, articulação intersetorial (com Educação e Previdência Social), acesso à cultura, realização de concursos públicos específicos para saúde mental, implantação de prontuário eletrônico, transporte para atuação territorial dos Caps, criação de um Núcleo de Saúde Mental no SAMU com equipe multiprofissional 24 horas, para garantir

intervenções em crise pautadas no acolhimento, e não na violência<sup>18</sup>. Esse documento foi apresentado aos candidatos ao Governo do Distrito Federal para o ciclo de gestão 2019-2022. Contudo, apesar da mobilização popular, tais propostas não foram acolhidas pelas gestões de 2019 a 2026, do governador Ibaneis Rocha.

O DF mantém uma das piores coberturas de Caps do país, com insuficiência de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. As inúmeras manifestações, audiências públicas e denúncias de violações de direitos humanos em serviços de caráter asilar e manicomial financiados com recursos públicos persistem, sem provocar mudanças estruturais significativas na rede assistencial, como se detalha na sequência deste artigo.

### **3. A SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL: O DESCASO GOVERNAMENTAL COM A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS**

A trajetória da saúde mental no DF, ao longo das últimas cinco décadas, é marcada por desafios e contradições que remontam à criação do Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), em 1976 – atual Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Tais impasses dificultam a consolidação de avanços significativos no paradigma psicossocial, que busca a inclusão, a autonomia e a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico por meio do tratamento em liberdade.

A rede de saúde mental do DF é composta por 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), além de 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 15 hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>). Essa estrutura da Raps mostra-se insuficiente para atender à demanda de uma população do DF que atingiu quase 3 milhões de habitantes em 2025<sup>20</sup>, evidenciando uma carência acentuada de profissionais especializados e de serviços substitutivos<sup>21-22</sup>.

Os indicadores assistenciais corroboram esse diagnóstico. Entre 2023 e 2025, houve um aumento expressivo das Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) com CIDs relacionados à saúde mental em portas hospitalares e UPAs; o volume passou de 27.072 registros em 2023 para 54.614 – praticamente o dobro em apenas dois anos. Observa-se, ainda, a predominância do público feminino (60%) e da faixa etária entre 22 e 45 anos no volume de atendimentos<sup>23</sup>. Tais cifras indicam não apenas o

crescimento da demanda, mas a sobrecarga dos dispositivos de urgência e emergência, o que revela a fragilidade das estratégias de cuidado territorial, preventivo e continuado.

De acordo com o relatório *Situação da Saúde Mental no DF*, publicado em 2023 pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT)<sup>24</sup>, o DF ocupava o segundo lugar entre as piores coberturas de Caps do Brasil, com índice de apenas 0,42 por 100 mil habitantes, em 2022. Quase todos os Caps do DF operam muito acima de sua capacidade técnica, ao se tomar como referência apenas a cobertura populacional, a exemplo dos Caps infantojuvenis das regiões de Brasília, Sobradinho, Recanto das Emas e Taguatinga. Destaca-se que esses dois últimos atendem a uma população de cerca de 800 mil pessoas, quando o recomendado são de até 200 mil; isso se repete nos Caps Transtornos e AD<sup>24</sup>. Além disso, a completa inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) até 2023 é apontada como um obstáculo à desinstitucionalização de pessoas usuárias com vínculos familiares rompidos. O relatório conclui que o cenário da saúde mental no DF configura uma violação do direito fundamental à saúde mental, resultado de descaso histórico e ausência de prioridade política na gestão da rede. Perpetua-se um modelo centrado na urgência e na medicalização, com o HSVP centralizando a maioria dos atendimentos<sup>24</sup>.

Para atender às demandas do MPDFT e dos movimentos sociais, a SES/DF, por meio da Portaria nº 407/2023, criou, entre outras, a Comissão de Desinstitucionalização em Saúde Mental<sup>25</sup>, de natureza consultiva, gerando grande expectativa nos trabalhadores e movimentos sociais da luta antimanicomial. Mas, nesse contexto de reivindicação de ações de desinstitucionalização, de expansão de novos serviços substitutivos e da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça<sup>26</sup>, que determina o fechamento dos HCTP até maio de 2024 e o encaminhamento dos usuários com mandado de segurança para atendimento na rede de serviços de saúde de base comunitários, a SES/DF criou em julho de 2024, dois SRTs, com gestão privada, cada um com 10 vagas para atendimento feminino e 10 masculino para egressos de internação de longa permanência, procedentes de diferentes serviços da RAPS.

Em atuação por mais de um ano, essa Comissão<sup>25</sup> apresentou poucas propostas de ações estratégicas para subsidiar a formulação de políticas específicas para a desinstitucionalização. Por essa razão, o grupo antimanicomial solicitou à Câmara Legislativa do DF que a SES/DF fosse questionada quanto à efetividade do trabalho da Comissão, o que ensejou a apresentação do Requerimento CLDF nº 1785/2025, em fevereiro de 2025<sup>27</sup>.

Durante a apresentação do *Panorama de Urgência, Emergência e Atenção Hospitalar em Saúde Mental no DF*, a Subsecretaria de Saúde Mental (Susam) destacou a existência de 122 leitos psiquiátricos, distribuídos entre o HSVP, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), além de 59 leitos clínicos em hospitais gerais. O HSVP concentra cerca de 32,5% das internações em saúde mental até o início de 2025. O plano de expansão para o período de 2024 a 2027 prevê a ampliação de leitos clínicos em hospitais gerais e a reestruturação do HSVP, transformando-o em um hospital de transição para internações prolongadas, com o objetivo de aumentar a rotatividade dos pacientes<sup>19</sup>.

O HSVP atua de forma irregular há mais de três décadas. A Lei Distrital nº 975/1995 determinou que "os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas deverão ser extintos num prazo de quatro anos a contar da publicação desta Lei" (Art. 3º, inc. II,) e proíbe "a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas, bem como a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal" (Art. 4º)<sup>8</sup>.

Historicamente, o HSVP exerceu, por quase cinco décadas, o papel de principal referência psiquiátrica da rede distrital, concentrando em determinados períodos até 80% dos atendimentos em saúde mental. Essa centralidade, ancorada no modelo asilar, opera sob a lógica da tríade emergência–ambulatorio–internação<sup>17</sup>. O hospital reflete a resistência hospitalocêntrica e evidencia a transição incompleta entre o isolamento manicomial e o cuidado psicossocial em liberdade. Sua função como referência em crises e urgências é amplamente contestada por movimentos sociais e órgãos de controle, que defendem o manejo das crises em liberdade por meio de Caps III, territorializados e com funcionamento 24h.

Denúncias do Ministério Público<sup>24</sup> e de movimentos sociais<sup>18</sup> apontam que o HSVP mantém um modelo biomédico e asilar. A assistência é marcada por rotinas rígidas, foco na contenção de sintomas e risco de práticas iatrogênicas, o que fragiliza o vínculo terapêutico e viola direitos humanos, havendo relatos, inclusive, de contenção física excessiva<sup>24,18</sup>. O impasse sobre o HSVP, claramente alvo de disputas político-ideológicas, é, portanto, técnico e político: a gestão o defende como unidade central para casos graves e crises, enquanto os movimentos antimanicomiais propõem o

fechamento da estrutura e a realocação de recursos orçamentários e equipes para o fortalecimento da rede territorializada.

Esse cenário é agravado pela insuficiência de serviços substitutivos no DF, como Caps, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência podem ser verificados no documento *Saúde Mental em Dados*, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>28</sup>, o que alimenta o ciclo de reinternações (*porta giratória*). Em reunião do Conselho de Saúde do DF é aprovada a Recomendação nº 3/2025 orientou para o fortalecimento da Raps e fiscalização das Comunidades Terapêuticas<sup>29</sup>.

Paralelamente, relatórios e estudos apontam para a precarização das condições de trabalho e o sofrimento ético-político dos profissionais diante das limitações do modelo vigente. Nem a força da legislação distrital, como a Lei nº 975/1995<sup>8</sup>, nem as inúmeras denúncias e reivindicações de segmentos organizados, parlamentares e entidades da sociedade civil têm sido suficientes para reverter a continuidade de gestões manicomiais por parte do Governo do Distrito Federal (GDF). Em meio ao silêncio e à omissão do Estado na promoção de mudanças na política de saúde mental, o sofrimento psíquico se intensifica e vidas são ceifadas sob responsabilidade do próprio GDF.

Casos emblemáticos de negligência e violação de direitos humanos no HSVP ilustram a precariedade da instituição, especialmente no atendimento a mulheres. Em agosto de 2023, o descumprimento de protocolos em uma manobra de contenção física resultou em lesões em uma usuária e na condenação judicial do hospital ao pagamento de indenização por danos morais (processo ainda passível de recurso)<sup>30</sup>. A gravidade do cenário é acentuada por duas mortes suspeitas: a de Raquel França de Andrade (24 anos), em 25 de dezembro de 2024, e a de Eva de Oliveira (52 anos), em abril de 2025. Esses episódios intensificaram as críticas à qualidade da assistência, à estrutura física e à persistência do modelo hospitalocêntrico.

Como desdobramento político dessas ocorrências, o Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF reivindicou publicamente a troca imediata da gestão do HSVP e o fechamento de seu pronto-socorro, sendo seguido pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos, Cidadania e Legislação Participativa, que solicitou à SES/DF a apuração rigorosa das causas dos óbitos.

A reportagem do *Brasil de Fato DF*<sup>31</sup> relata que, após a morte de Eva de Oliveira, foi realizada uma diligência por autoridades e representantes de entidades como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. O relatório da visita apontou contradições nas falas da gestão, falhas na condução clínica e administrativa,

ausência de atividades terapêuticas, medicalização excessiva e permanência prolongada de pacientes por falta de apoio externo. O relatório recomendou o afastamento da direção do hospital, a transformação do HSVP em hospital geral, a realização de auditoria pelo Ministério da Saúde e investigações federais sobre denúncias de tortura.

Outras situações relatadas por familiares e representantes da luta antimanicomial apontam falhas estruturais no atendimento em situações de crises: as UPAs apresentam respostas ineficientes, agravadas pelo despreparo técnico e pela escassez de especialistas para viabilizar internações em hospitais gerais de forma ágil e segura.

Nesse cenário, destaca-se o papel do Núcleo de Saúde Mental (Nusam). Criado em 2011 como unidade integrante do Samu e operando 24 horas desde 2016, o núcleo é reconhecido como referência nacional pioneira na assistência crítica e situações de risco em saúde mental<sup>32,33,34</sup>. Todavia, o serviço enfrenta um processo de descaracterização e descaso estatal que compromete sua sustentabilidade. As principais evidências dessa precarização incluem redução do quadro de profissionais, escassez de médicos psiquiatras reguladores nas equipes de referência e desmobilização de ambulâncias.

#### **4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: REMANICOMIALIZAÇÃO, PRIVATIZAÇÃO E VIOLAÇÃO DE DIREITOS**

As Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, embora financiadas e legitimadas por políticas estatais, operam à margem das diretrizes psicossociais, adotando um modelo disciplinar, religioso e moralista de tratamento, o qual contradiz os princípios do cuidado em liberdade e dos direitos humanos. Suas práticas incluem trabalho forçado não remunerado, isolamento social, religiosidade impositiva e contenções físicas abusivas, configurando, em muitos casos, formas de tortura institucionalizada.

Longe de representar avanços no campo da saúde mental e da política sobre drogas, as CTs utilizam um discurso terapêutico ao abrigo da denominação de *entidades de acolhimento* para justificar práticas punitivistas e moralizantes, alinhadas a ideários conservadores de cunho político e religioso. Assim, essas instituições representam um retrocesso institucional, promovendo a remanicomialização e a privatização do cuidado, ao reforçarem práticas de exclusão e controle moral incompatíveis com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>35</sup>.

No Distrito Federal, as CTs configuram-se como vetores da contrarreforma psiquiátrica, atuando na reintrodução de práticas de isolamento e de concentração de

recursos públicos em entidades privadas e filantrópicas<sup>36</sup>. Análise dos repasses efetuados, especialmente via Fundo Antidrogas do DF (Funpad), entre 2012 e 2021, revelam uma expansão expressiva do financiamento a essas instituições, muitas das quais operam sob lógicas manicomial, religiosas e coercitivas, violadoras de direitos humanos. Esse cenário evidencia uma captura do fundo público por interesses privados e religiosos, mascarando a carência de políticas estatais efetivas sob uma falsa aparência terapêutica<sup>36</sup>.

A atuação das CTs impõe sérios desafios à desinstitucionalização e ao cuidado em liberdade, uma vez que faltam com a transparência na gestão dos recursos, contrariam princípios constitucionais que regem o SUS, como a universalidade e a participação social, e privilegiam o perfil disciplinar-religioso em detrimento da evidência científica e do direito à cidadania.

A priorização política das CTs no Distrito Federal provoca o esvaziamento progressivo dos investimentos financeiros das Raps. Esse redirecionamento de recursos resulta na estagnação dos serviços substitutivos e na ausência de recomposição do quadro de profissionais, fragilizando a capacidade técnica e estratégica dos Caps para organizar e coordenar a linha de cuidado em saúde mental.

Enquanto o investimento nessas comunidades se expande, a rede pública permanece em um cenário de precariedade caracterizado por baixa cobertura de Caps, déficit expressivo de SRTs e centralidade das internações como resposta predominante à crise. Esse panorama aprofunda a lógica manicomial sob uma *nova roupagem*. Ao priorizar entidades privadas e religiosas, o Estado enfraquece os avanços da reforma psiquiátrica e promove a privatização de uma política pública que, por princípio, deveria ser universal, laica e centrada nos direitos humanos.

A gravidade dessa realidade culminou na tragédia ocorrida na madrugada de 31 de agosto de 2025, na Comunidade Terapêutica Liberte-se, no Paranoá/DF. Um incêndio no local resultou de imediato em cinco mortos e 11 feridos; as vítimas estavam encarceradas em um dormitório com portas e janelas lacradas por cadeados<sup>21</sup>. O episódio expôs de forma extrema as graves violações de direitos humanos e a negligência institucional que permeiam o funcionamento de grande parte das CTs.

Em resposta, o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) emitiu Moção de Repúdio, denunciando o caráter asilar da instituição e o volume desproporcional de recursos públicos transferidos a tais entidades – mais de R\$ 14 milhões entre 2019 e 2022 – contrastando com uma das piores coberturas de Caps do país (Distrito Federal/

CSDF, Moção de Repúdio, 2025<sup>21</sup>. Ademais, por meio da Resolução nº 657/2025, o CSDF exigiu medidas urgentes, como a ampliação da Raps, o fechamento de leitos asilares e a criação de Caps III, Unidades de Acolhimento e SRTs<sup>22</sup>. Ademais, por meio da Resolução nº 657/2025, o Conselho exigiu medidas estruturais urgentes: a ampliação da Raps, o fechamento de leitos asilares e a criação imediata de Caps III, Unidades de Acolhimento e Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

A Recomendação Conjunta nº 7/2025<sup>37</sup>, emitida pelo MPDFT, solicitou fiscalização rigorosa das CTs (Brasil, 2025 – MPDFT), enquanto o relatório de diligência produzido por comitiva composta por entidades como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Câmara Legislativa do Distrito Federal, Conselho Regional de Psicologia (CRP) e Universidade de Brasília (UnB), revelou as condições degradantes da CT Liberte-se: superlotação, cárcere privado, práticas de tortura, trabalho forçado e uma série de outras violações aos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental<sup>38</sup>.

Esses eventos não são isolados, mas indicativos de uma política pública que, ao financiar práticas violadoras sob o manto da moralização e do controle, abandona os preceitos constitucionais do cuidado em liberdade, da universalidade e da dignidade humana. Diante desse cenário, é imprescindível e urgente a reversão do financiamento às CTs e a retomada de um projeto de saúde mental baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica: público, comunitário, antimanicomial e comprometido com os direitos humanos.

## **5. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO JUDICIÁRIO E SEUS LIMITES NO DF**

A Resolução nº 487/2023<sup>26</sup> do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) consolidou a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, recepcionando os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e da Reforma Psiquiátrica, mas impõe uma ruptura ontológica. Ao determinar o fechamento progressivo de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e de instituições congêneres, a normativa desloca o eixo da resposta estatal: substitui-se a lógica da custódia e da periculosidade pela garantia de direitos e pelo cuidado em liberdade. Esse movimento rompe formalmente com a histórica associação entre loucura, periculosidade e encarceramento,

estabelecendo a desinstitucionalização como diretriz central e o Projeto Terapêutico Singular como ferramenta central, tornando a internação uma medida estritamente clínica e excepcional.

No Distrito Federal, a implementação dessa política encontra barreiras significativas, em face da tensão entre o paradigma manicomial-penal, estruturado na contenção, tutela e exclusão, e o psicossocial, centrado na cidadania, na territorialização do cuidado e na responsabilidade compartilhada entre políticas públicas. Ou seja, segmentos políticos conservadores e defensores da privatização se fortalecem na correlação de poderes. Tal cenário torna evidentes as resistências políticas, institucionais e culturais que, somadas às condições de precarização, privatização e subfinanciamento da Raps, dificultam o rompimento efetivo com práticas coercitivas e manicomiais, ainda profundamente arraigadas. Para reverter essa situação, é importante, além de ajustes administrativos, a superação de paradigmas enraizados na cultura jurídica e na atenção em saúde mental, ainda fortemente atravessados pelo estigma da periculosidade e pela naturalização da segregação.

A Resolução CNJ em questão<sup>26</sup> estabelece prazos limites para fechamento da ATP, mas, embora no DF isso tenha sido cumprido, a efetivação da Política encontra entraves significativos: **resistência corporativa e métrica** - a medida recebeu críticas negativas do Sistema Conselhal de Medicina<sup>39</sup>, as quais fundamentam a oposição daquela entidade na defesa do *Ato Médico* e em uma visão patologizante da crise; **capacitação profissional** – profissionais do SUS e do SUAS, mobilizados pelos Conselhos Regionais de Psicologia e de Serviço social, buscaram, em 2024, suprir lacunas de formação por meio de cursos específicos para assistentes sociais e psicólogos/os, focando nos desafios do cuidado em liberdade no cotidiano profissional<sup>40</sup>; **barreiras culturais e midiáticas** – estigma e preconceito social<sup>41</sup> são alimentados por um alarde midiático que, erroneamente, associa a desinstitucionalização à impunidade ou ao perigo público; isso mascara a realidade da desassistência e tenta justificar a manutenção de estruturas segregadoras sob o pretexto da segurança, sendo esta distinta daquela verdadeira, que decorre de uma rede de cuidado territorializada, robusta e humanizada; e a **precarização estrutural** – a falta de recursos materiais e humanos, somada ao medo da insegurança no trabalho profissional, cria um ambiente de ceticismo que retarda os avanços previstos pelo CNJ.

Com o fechamento dos hospitais de custódia e a necessidade de cumprimento da Resolução CNJ nº 487/22<sup>27</sup>, o planejamento de desinstitucionalização das pessoas em

conflito com a lei revelou-se insuficiente para garantir uma articulação intersetorial eficaz, especialmente diante das novas estratégias de acolhimento, reabilitação e intervenções em situações de crise em saúde mental. Essa fragilidade é agravada pela carência de suporte das equipes de saúde mental na Raps, configurada na precarização da rede, falta de preparo e/ou número insuficiente de profissionais para oferecer atendimento adequado no âmbito do SUS e do SUAS. Assim, essa população permanece exposta a riscos de vulneração, não sendo reconhecida em sua singularidade de vivências de sofrimento psíquico no acesso à rede pública de saúde e na permanência no sistema penitenciário. Situação essa que tem afetado grandemente a saúde física e emocional das famílias envolvidas afetivamente e fazem reivindicações para o estabelecimento de fluxos de cuidado seguro no sistema de justiça, na rede SUS e SUAS, como pedido de suporte também para elas.

A fragilidade da implementação das normas ganha contornos dramáticos no interior do sistema prisional. O óbito de Cleiciano das Neves Dantas, de 22 anos, após cumprir sete dias de isolamento disciplinar no Complexo Penitenciário da Papuda, com sinais evidentes de violência física em 30 de junho de 2025<sup>42</sup>, expõe a falência do Estado em garantir a integridade de indivíduos em sofrimento psíquico sob sua custódia. Relatos de outros detentos apontam que ele passou por grave crise psíquica e apresentava costelas fraturadas ao deixar o isolamento. Essa ocorrência motivou a visita institucional da Deputada Federal Erika Kokay e sua equipe em 10 de julho de 2025 ao Centro de Detenção Provisória (CDP) do Complexo Penitenciário da Papuda, e culminou na constatação de graves violações de direitos humanos de forma sistemática, sobretudo no que se refere às pessoas em sofrimento mental<sup>43</sup>.

Além desse caso específico, o relatório da diligência parlamentar indicou

- a) **superlotação** – a taxa de ocupação era de 150%, com 2.600 internos em um espaço projetado para 1.644 e celas com até 27 pessoas, embora algumas permanecessem vazias, fato interpretado como mecanismo de punição e opressão psicológica;
- b) **precariedade da assistência à saúde mental** – ausência de protocolos de cuidado e grave falha na administração de psicofármacos, distribuídos sem supervisão;
- c) **condições inadequadas de vida** – problemas como alimentação deteriorada, longos intervalos entre refeições, escassez de materiais de higiene, ausência de atendimento odontológico e suspensão de visitas íntimas;
- d) **desrespeito a direitos sociais e ressocialização** – rotinas irregulares de banho de sol irregular, estudo e trabalho,

sobretudo para pessoas identificadas como pertencentes a facções, evidenciando discriminação institucionalizada<sup>43</sup>.

A Subsecretaria de Saúde Mental (Susam), em reunião do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CDS/DF), realizada em 10 de fevereiro de 2026<sup>44</sup>, resgatou os eixos fundamentais da política de desinstitucionalização no DF: desinternação da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), reestruturação do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e implantação das Unidades de Acolhimento (UAs). Contudo, a efetividade dessas medidas encontra-se prejudicada por entraves operacionais, déficit de recursos humanos e restrições orçamentárias, especialmente no que se refere à criação de novas Unidades de Acolhimento.

Para dar efetividade à política, a Susam apresentou um plano de reestruturação que inclui a expansão de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, a eficácia dessas medidas é mitigada por um déficit crônico de recursos humanos e pelo avanço de soluções tecnocráticas, como o aplicativo SAMIa, produto do InovaSAM<sup>44</sup>, laboratório de inovação em saúde mental focado na melhoria da gestão e da assistência em saúde mental pública, com o objetivo de otimizar recursos e humanizar o atendimento. O app utiliza inteligência artificial para orientar fluxos de atendimentos à população, realizando triagem, acompanhamento e encaminhamentos<sup>44</sup>.

Embora a inteligência artificial possa otimizar fluxos, setores da luta antimanicomial alertam para o risco de uma *burocratização digital* do sofrimento, que pode ignorar as subjetividades e servir como subterfúgio para a precarização do atendimento presencial e humanizado. Importa, assim, o acompanhamento da evolução dessa tecnologia para que não seja prejudicada com a implantação de processos que reforcem a patologização do sofrimento psíquico no DF.

Nesse sentido, relatos de profissionais da rede apontam a ausência de monitoramento sistemático dos egressos, a insuficiência de SRTs e a inexistência de fluxos intersetoriais consolidados, capazes de assegurar a continuidade do cuidado. Há registros de reinternações sucessivas, retorno ao sistema prisional, situação de rua e óbitos, evidenciando que o fechamento de dispositivos asilares, quando dissociado da ampliação concreta da rede territorial, pode produzir novas formas de vulnerabilização. Por outro lado, a ausência de leitos estruturados em hospitais gerais, a superlotação das UPAs e o número reduzido de leitos clínicos de saúde mental revelam que o sistema

opera sob intensa pressão assistencial, sobretudo nos momentos de crise. Paralelamente, profissionais dos Caps relatam sobrecarga de trabalho e responsabilização individual nos processos de avaliação compulsória, sem que haja garantia institucional correspondente em termos de recursos humanos, infraestrutura e dispositivos comunitários adequados.

Vê-se, portanto, que a política de desinstitucionalização apresentada pela Susam ao CDS/DF tende a se configurar como um conjunto de diretrizes formais que esbarram em limites estruturais e políticos. Observa-se a presença de um projeto conservador e mercantil que atravessa a política, rerepresentando, sob novas formas, a lógica manicomial.

Outro aspecto relevante refere-se ao embate político-institucional em torno da própria Resolução CNJ nº 487/2023<sup>26</sup>. Observa-se que determinados segmentos do sistema de justiça podem instrumentalizar as dificuldades operacionais da rede para sustentar a narrativa de ineficiência da política antimanicomial. Tal movimento reforça propostas de recriação de alas psiquiátricas no interior de unidades prisionais, o que representaria a reatualização do modelo manicomial sob nova configuração institucional. A constituição desses espaços asilares *intramuros*, ainda que sob distinta nomenclatura, sinaliza a perversa permanência da lógica da contenção e da segregação.

Nesse sentido, o desafio posto não se limita ao encerramento formal da ATP, mas implica a construção efetiva de uma rede substitutiva robusta, territorializada e intersetorial. A desinstitucionalização exige investimento público contínuo, ampliação dos SRTs, fortalecimento dos Caps e uma rigorosa redefinição dos fluxos entre Justiça, Saúde e Assistência Social. Sem essas condições estruturais, a normativa corre o risco de permanecer restrita ao plano abstrato, destituída de materialidade prática. A ausência de investimento consistente na rede territorial pode inviabilizar sua implementação e, intencionalmente ou não, favorecer o retrocesso ao paradigma manicomial, fortalecendo interesses privatistas no campo da saúde mental.

Por fim, a permanência de práticas punitivas nas instituições prisionais do DF, mesmo sob a vigência da nova diretriz do CNJ<sup>26</sup>, revela a fragilidade da política antimanicomial no campo jurídico-penal e sua insuficiente articulação com a Raps. As denúncias recorrentes de violações de direitos em instituições penais evidenciam os obstáculos estruturais ao cumprimento dos marcos normativos do SUS e das diretrizes do CNJ. O cenário exige, portanto, medidas urgentes de responsabilização estatal e a

reestruturação imediata do modelo de cuidado em saúde voltado às pessoas em sofrimento mental nos espaços de privação de liberdade.

Contudo, como argumenta Melo<sup>2</sup>, a desinstitucionalização no campo jurídico-penal depende, como dito antes, do desenvolvimento de ações intersetoriais consistentes entre Justiça, Saúde e Assistência Social, capazes de assegurar não apenas a substituição física das instituições asilares, mas a reconstrução de trajetórias de vida e a garantia plena de cidadania. Se o Distrito Federal não investir na materialidade do cuidado, com recursos humanos, infraestrutura comunitária e articulação real entre SUS e SUAS, corre-se o risco de produzir uma desinstitucionalização meramente formal, incapaz de romper com as lógicas de exclusão que historicamente marcaram a relação entre loucura e sistema penal, prevalecendo a contenção e a segregação sobre o cuidado humano.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise desenvolvida neste artigo evidencia que a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal é atravessada por uma tensão estrutural e persistente. Embora a unidade federativa disponha de marcos legais pioneiros e de dispositivos normativos que, em tese, sustentam o cuidado em liberdade, a materialidade da política pública revela um cenário persistente de subfinanciamento da Raps, precarização das condições de trabalho, baixa cobertura de Caps, insuficiência de SRTs e manutenção da centralidade de dispositivos hospitalares e asilares. Os dados assistenciais analisados indicam, ainda, o deslocamento crescente da demanda para os serviços de urgência e emergência, reforçando um modelo centrado na crise, na medicalização e na rotatividade institucional, em detrimento de estratégias territoriais e de cuidado continuado.

Os resultados também apontam para um processo de remanicomialização, expresso no redirecionamento de recursos públicos para comunidades terapêuticas privadas e religiosas, em prejuízo do fortalecimento da rede pública substitutiva. Tal prática evidencia a expansão de formas contemporâneas de privatização da política de saúde mental e a captura do fundo público por interesses privados e filantrópicos, frequentemente orientados por racionalidades conservadoras, punitivas e higienistas. Nesse sentido, episódios de graves violações de direitos humanos, como o ocorrido na

Comunidade Terapêutica Liberte-se, não podem ser compreendidos como fatos isolados, mas como expressão de uma lógica institucional segregadora, incompatível com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica.

No campo jurídico-penal, a Resolução CNJ nº 487/2023<sup>26</sup> representa avanço normativo relevante ao propor a superação do modelo custodial e a priorização do cuidado em liberdade. Entretanto, sua implementação no Distrito Federal revela os limites de uma desinstitucionalização que não encontra correspondência na estrutura concreta da rede territorial. O risco, nesse contexto, consiste em uma transição meramente formal, restrita à redução de leitos ou ao encerramento administrativo de dispositivos, sem a consolidação de alternativas efetivas de cuidado no território. Tal redução esvazia o sentido ético, político e técnico da desinstitucionalização, compreendida, neste estudo, como transformação das práticas, das instituições e das racionalidades que sustentam o paradigma manicomial.

A noção de *reforma psiquiátrica real* mostra-se, portanto, uma chave interpretativa fecunda para se compreender o abismo entre o projeto inscrito no marco constitucional e legal brasileiro e a configuração contemporânea das políticas públicas de saúde mental no Distrito Federal. À semelhança do que se observa em outras políticas sociais tensionadas por diretrizes neoliberais, a realização concreta da Reforma Psiquiátrica está condicionada por processos de mercantilização do cuidado, terceirização da gestão, precarização do trabalho e enfraquecimento da responsabilidade estatal. A persistência de uma cultura asilar em determinados espaços institucionais favorece a reprodução de práticas coercitivas, medicalizantes e segregadoras, dificultando a consolidação de uma atenção psicossocial pública, universal e territorializada.

Dessa forma, a superação das iniquidades e das violações de direitos humanos que incidem sobre pessoas em sofrimento psíquico, especialmente aquelas em conflito com a lei, exige o reconhecimento da saúde mental como campo necessariamente interdisciplinar, intersetorial e comprometido com a equidade. A articulação entre Saúde, Assistência Social, Justiça, Educação, Cultura e Trabalho constitui condição indispensável para a garantia da atenção integral, reabilitação psicossocial e inclusão social. Nessa perspectiva, a desinstitucionalização não se reduz ao fechamento de instituições, mas requer investimento público contínuo, ampliação dos dispositivos territoriais, fortalecimento da Raps, realização de concursos públicos, melhoria das

condições de trabalho, capacitação de profissionais e redefinição dos fluxos entre Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Sistema de Justiça.

Em síntese, a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal permanece tensionada por uma disputa entre o projeto antimanicomial e a lógica mercantil-asilar, o que compromete a efetivação do cuidado em liberdade e a universalização de direitos. A consolidação de uma política pública de saúde mental orientada pela cidadania, dignidade e emancipação humana depende, fundamentalmente, do fortalecimento das bases materiais, institucionais e políticas da desinstitucionalização.

## REFERÊNCIAS

- 1 Pimentel AP, Amarante PDC. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, v. 15, n. 3, p. 8–33, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2176-457344151>.
- 2 Melo TCP, Oliveira IBS, Ponte ABM, Silva LA, Santos Junior HCF. Perspectivas de atenção integral ao “louco infrator” na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 33, p. e4051, 2025. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto414340511>.
- 3 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- 4 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18035, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
- 5 Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm).
- 6 Nogueira RP. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- 7 Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência, emancipadora e interculturalidade*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006. 317p.
- 8 Brasil. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 9 de fevereiro de 2025. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf).
- 9 Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- 10 Behring ER. *Brasil em contrarreforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- 11 Paim J. ‘O SUS que está aí é uma caricatura’. [Entrevista cedida a] Gabriel Brito, Gabriela Leite e Guilherme Arruda. *Cebes na Mídia Notícias / Outra Saúde*, 22 set. 2025. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-sus-que-esta-ai-e-uma-caricatura/>.
- 12 Buarque VAC, Cunha NRC. A historiografia em viés testemunhal. *Locus: revista de história*, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 9-27, 2015. Disponível em: 20792-Texto do artigo (dossiê)-82821-1-10-20161206.pdf.
- 13 Silva GVL. *A política de saúde mental no Distrito Federal: um balanço à luz da reforma psiquiátrica e da visão antimanicomial*. 2021. 105 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/handle/10482/45398>.
- 14 Zgiet J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NmrYnCOBwcG8bJ9yBrZ4hPw/>.
- 15 Santiago MA. *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

- 16 Machado DM. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão da pessoa em sofrimento mental. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade de Brasília. 2006. Disponível em: [https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/4867/1/Dissert\\_final.pdf](https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/4867/1/Dissert_final.pdf).
- 17 Lima MG, Silva GB. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):591-5.
- 18 Movimento Pró-Saúde Mental. Inverso. Plataforma em Defesa da Saúde Mental no DF. 2018.
- 19 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Mental. Panorama Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar em Saúde Mental no DF. [Falcomer F]. Brasília, DF: SES-DF, jul. 2025.
- 20 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população. Tabelas de estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Diário Oficial da União, 1.7.2025.
- 21 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Ata da 550ª Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde do Distrito Federal, de 9 set. 2025, que aprova Moção de Repúdio a eventos que resultaram na morte de cinco pessoas na Comunidade Terapêutica (CT) Liberte-se. Brasília, DF: Conselho Distrital de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/550-reuniao-ordinaria-pdf>.
- 22 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 657, de 28 de outubro de 2025, que dispõe sobre medidas para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e dos processos de desinstitucionalização no Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal: seção 1, Brasília, DF, n. 228, p. 15, 3 dez. 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/resolucao-n-657-de-28-de-outubro-de-2025-propor-a-secretaria-de-saude-do-df-ses-df-a-apresentacao-ao-conselho-de-saude-no-prazo-de-ate-30-trinta-dias-o-plan-o-de-desinstitucionalizacao-da-saude-mental-pdf>.
- 23 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Mental. Pauta Desinstitucionalização da Saúde Mental no Distrito Federal: 557ª Reunião Ordinária do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em 10/02/2026. Brasília: SES-DF, 2026. 1 recurso online (slides).
- 24 Distrito Federal. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Situação da saúde mental no DF. Coordenação: Izis Morais Lopes dos Reis. 1. ed. – Brasília, DF: MPDFT, 2023. 277 p.: il. Disponível em: [https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/comunicacao/livros/relatorio\\_situacao\\_saude\\_mental\\_df\\_cep\\_s\\_mpdft.pdf](https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/comunicacao/livros/relatorio_situacao_saude_mental_df_cep_s_mpdft.pdf).
- 25 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 407, de 16 de outubro de 2023. Institui a Comissão de Desinstitucionalização em Saúde Mental. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 18 out. 2023. Seção 1, p. 3. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/bef88be48ab94f45969b4919234a236c/Portaria\\_407\\_16\\_10\\_2023.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/bef88be48ab94f45969b4919234a236c/Portaria_407_16_10_2023.html).
- 26 Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Recuperado em 9 de fevereiro de 2025. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/#:~:text=487%2C%20de%2015%20de%20fevereiro,CDPD\)%20e%20a%20Lei%20n.](https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/#:~:text=487%2C%20de%2015%20de%20fevereiro,CDPD)%20e%20a%20Lei%20n.)
- 27 Distrito Federal. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Disponível em: [https://www.el.df.gov.br/proposicao/-/documentos/REQ\\_1785\\_2025](https://www.el.df.gov.br/proposicao/-/documentos/REQ_1785_2025).
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

29 Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Recomendação nº 3/2025 - SES/CS: Dispõe sobre o fortalecimento da Raps e fiscalização das Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: CSDF, 30 out. 2025.

30 Distrito Federal. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 2025. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2025/julho/justica-condena-df-por-falha-em-protocolo-de-contencao-fisica-em-hospital-psiquiatrico>.

31 Brasil de Fato DF. Morte no HSVP: relatório detalha caso, aponta “contradição” em falas da direção e traz novos relatos de tortura. 30/04/2025. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/04/30/morte-no-hsvp-relatorio-detalha-caso-aponta-contradicao-em-falas-da-direcao-e-traz-novos-relatos-de-tortura/>.

32 Cavalcante RA, Vaz SBV, Vaz TS, Oliveira GC, Rocha DG. Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 28, e230211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230211>.

33 Machado DM et al. Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 4, e20190519, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0519>.

34 Oliveira GC, Cavalcante RA, Vaz SBV, Oliveira BK, Costa RV, Oliveira OMA. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. Com Cienc Saude. 2018; 29 Suppl 1:75-8 DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230211> .

35 Fernandes MN, Oliveira A. Comunidades terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 22, n. 63, p. 159-180, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/emp.2024.80308> .

36 Costa PHA. Comunidades terapêuticas no Distrito Federal: “controle” social e saqueio do fundo público. Revista de Políticas Públicas, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 341-360, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v27n1.2023.20>.

37 Distrito Federal. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Recomendação Conjunta nº 7/2025 – 5ª PROREG/NDH: Adoção de providências administrativas para a fiscalização emergencial e sistemática das comunidades terapêuticas em funcionamento no Distrito Federal. Brasília, DF: MPDFT, 1 out. 2025. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/transparencia/arquivos/recomendacoes/recomendacao-1759357947.pdf>.

38 Brasil. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Relatório da Diligência Comunidade Terapêutica “Liberte-se”. Brasília, DF: MNPCT, out. 2025.

39 CFM. Conselho Federal de Medicina. Parecer sobre a Resolução CNJ nº 487/23. 2024. Disponível em: <https://crmms.org.br/noticias/cfm-emite-parecer-sobre-a-resolucao-cnj-no-487-23>.

40 Universidade de Brasília. Curso de Extensão. Formação para Assistentes Sociais e Psicólogas (os): os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental no cotidiano profissional. [Albuquerque MSL, org.]. 2024.

41 Kansler CBN, Calassa GDB, Santos JZR, Falcome FF, Carvalho IPVB. Preconceitos na desinstitucionalização: desafios e soluções para implantação das residências terapêuticas do DF. Disponível em: <https://www.congresso2024.abrasme.org.br/trabalho/view?q=eyJwYXJhbXMiOiJ7XCJIRF9UUkFCQUxIT1wiOlwiNjcxNVwifSIsImgiOiJ7NmZlMGlyNmJhMmJjZDcyYTtkMTO5MmJiNjZlOWY2MiJ9>.

42 Metrôpoles. Detento é encontrado morto na Papuda, e família denuncia violência. [Evilly D.] Disponível em:

<https://www.metropoles.com/distrito-federal/detento-e-encontrado-morto-na-papuda-e-familia-denuncia-violencia>. Brasília, 4/7/2025.

43 Érika Kokay. Relatório de visita institucional ao Centro de Detenção Provisória – CDP/Complexo da Papuda – Distrito Federal, Brasília: Gabinete Parlamentar, 10 jul. 2025. 3p.

44 Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. SES-DF lança laboratório para projetos inovadores em saúde mental. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/ses-df-lan%C3%A7a-laborat%C3%B3rio-para-projetos-inovadores-em-sa%C3%BAde-mental> .