**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

HERILENE BORGES COSTA ALVIM

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):
um espaço de luta por efetivação dos direitos às pessoas com transtornos
mentais**

GOIÂNIA

2024

HERILENE BORGES COSTA ALVIM

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):
um espaço de luta por efetivação dos direitos às pessoas com transtornos
mentais**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof.^a M^a. Wanessa Batista Melo

GOIÂNIA
2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

HERILENE BORGES COSTA ALVIM

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):

um espaço de luta por efetivação dos direitos às pessoas com transtornos mentais

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a M.^a Wanessa Batista Melo
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente

Prof.^a Dr.^a Denise Carmen de Andrade Neves

Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Sarmiento Padial Machado

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à minha mãe, exemplo de coragem, força e fé, que me educou nos caminhos da honestidade e espiritualidade. Dedico também aos meus queridos filhos, Bruno Augusto, Laryssa e João Vitor, que foram minha inspiração ao longo de toda essa jornada. Por fim, dedico ao meu esposo, Augusto, que contribuiu significativamente para o meu crescimento e aprendizado. A todos, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, que me deram força, sabedoria e fé para concluir este trabalho.

Agradeço à minha querida mãe, que me incentivou durante todos os anos em que estive na Universidade.

Aos meus filhos, que sempre me apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho, deixo meu eterno agradecimento.

E, por fim, agradeço ao meu esposo, Augusto, que esteve ao meu lado em todos os momentos e tornou tudo isso possível nessa etapa tão decisiva da minha vida.

Muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho é resultado da análise da trajetória da saúde mental no Brasil, bem como da criação e do trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Para efetivação do estudo optou-se pela pesquisa, de natureza bibliográfica, visando o entendimento dos desafios e conquistas dos CAPS na garantia do direito à saúde mental, e sua importância na construção de um novo modelo de cuidado fundamentado na justiça social. O trabalho aborda a evolução da saúde mental no Brasil, com ênfase na Reforma Psiquiátrica e na Lei nº 10.216/2001, que culminaram na criação dos CAPS, caracterizados como espaços de resistência, e fator contribuinte para efetividade das políticas de proteção social e para a garantia do direito universal à saúde mental, sendo, portanto, base na assistência humanizada e da reintegração social. Vale destacar que este também busca delinear a trajetória histórica das políticas públicas de saúde mental, com foco nos desafios contemporâneos enfrentados pelos CAPS, como a escassez de recursos e o estigma social. A pesquisa utiliza como referencial teórico autores como Bravo (2006), Yamamoto (2000), Alves (2023) e as legislações pertinentes ao assunto. Conclui-se que os CAPS desenvolvem uma função muito importante na desinstitucionalização e na promoção da inclusão social de pessoas com transtornos mentais, sendo essenciais para a efetivação da política de saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: CAPS, saúde mental, Reforma Psiquiátrica, inclusão social.

ABSTRACT

This research was carried out with the aim of achieving the objective of analyzing the trajectory of mental health in Brazil, as well as the creation and work of Psychosocial Care Centers (CAPS), in the context of the Brazilian Psychiatric Reform. To carry out the study, we opted for research, of a bibliographic nature, aiming to understand the challenges and achievements of CAPS in guaranteeing the right to mental health, as well as its importance in the construction of a new model of care. The work addresses the evolution of mental health in Brazil, with an emphasis on the Psychiatric Reform and Law No. 10,216/2001, which culminated in the creation of CAPS, characterized as spaces of resistance, and a contributing factor to the effectiveness of social protection policies and to the guarantee of the universal right to mental health, therefore being the basis for humanized assistance and social reintegration. It is worth noting that this also seeks to outline the historical trajectory of public mental health policies, focusing on contemporary challenges faced by CAPS, such as scarcity of resources and social stigma. It is concluded that CAPS play a very important role in deinstitutionalization and promoting the social inclusion of people with mental disorders, being essential for the implementation of mental health policy in Brazil.

Keywords: CAPS, mental health, Psychiatric Reform, social inclusion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - TIPOS DE CAPS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO.....	28
TABELA 2 - CAPS: DADOS REGIONAIS.....	32

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

Sindsaúde/GO – Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Goiás

SUAS – Sistema Único e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFG – Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM DIREITO CONQUISTADO	14
1.1 Breves considerações sobre o sistema de proteção social público brasileiro	14
1.2. A Reforma Psiquiátrica: raízes históricas e desdobramentos contemporâneos ..	18
1.3. A Política Nacional de saúde mental: um instrumento de proteção das pessoas com transtornos mentais.....	24
CAPÍTULO 2 – OS CAPS COMO ESPAÇO DE RESISTÊNCIA: DESAFIOS E CONQUISTAS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL	28
2.1 O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: um pilar da garantia de direitos sociais e sua caracterização	28
2.2 Contextualização da Rede de Saúde Mental em Goiânia	33
2.3 Reflexões acerca dos desafios enfrentados pelos CAPS na efetivação dos direitos à pessoa com transtorno mental	38
CONSIDERAÇÕES	41
REFERÊNCIAS	43

INTRODUÇÃO

O objeto de pesquisa deste estudo é analisar a importância das estratégias de proteção social no campo da saúde mental, destacando o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como espaços de resistência frente aos desafios impostos pela vulnerabilidade social e pelas políticas de contenção de gastos. Busca-se compreender como esses serviços enfrentam limitações de recursos e barreiras políticas, promovendo a humanização do cuidado e a reintegração social, bem como avaliar as implicações do cenário contemporâneo para a continuidade e eficácia das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Ao realizar reflexões sobre a saúde mental, é possível notar que por muito tempo foi negligenciada nas políticas públicas, entretanto atualmente as discussões e análises de aspectos relacionados a saúde mental tem ganhado cada vez mais espaços nos estudos, pesquisas e publicações científicas. A luta pelos direitos e a desconstrução de estigmas ligados aos chamados transtornos mentais são eixos norteadores para o estabelecimento de um novo modelo de cuidado, caracterizado pela humanização e pela reintegração social.

No Brasil, o marco histórico da Reforma Psiquiátrica foi a aprovação da Lei n. 10.216 de 2001, lei essa que afirma o fim dos hospitais psiquiátricos para inserção dos serviços de base comunitária. No entanto, vale destacar que esta determinação foi marcada na história brasileira por uma longa e árdua luta em que as pessoas com transtornos mentais e seus familiares sofreram injustamente (Brasi, 2001).

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001, inaugurou uma nova fase na compreensão e no atendimento aos pacientes com transtornos mentais no Brasil, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois oportunizaram uma abordagem multidisciplinar e territorializada, com intuito de promover a reinserção social e a independência de seus usuários.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo de apreender a importância das estratégias de proteção social no âmbito da saúde mental, e ainda os desafios presentes no cenário contemporâneo, no qual as políticas de contenção de gastos e o crescimento da vulnerabilidade social são fatores impeditivos para implementação de estratégias cada vez mais eficazes e humanizadas na assistência psicossocial.

A pesquisa busca evidenciar a relevância do entendimento dos CAPS como locais de resistência, em que os profissionais de saúde mental lidam com desafios complexos, que envolve desde a falta de recursos até questões políticas que impactam diretamente a continuidade dos serviços. Dessa maneira, em um contexto marcado pela possibilidade de regressão nas políticas sociais, é salutar entender a atuação desses espaços no enfrentamento dos obstáculos impostos à luta pela garantia de que a saúde mental permaneça como um direito universal. Sendo o problema norteador do presente estudo se caracteriza a partir da seguinte questão: Os CAPS têm contribuído para a efetivação do direito social a pessoa com transtorno mental, na promoção de uma cidadania social?

E a hipótese seria o fato de que a escassez de recursos e a necessidade de consolidação das legislações específicas às pessoas com transtornos mentais inviabilizam a efetivação do CAPS enquanto estratégia de proteção social. Vale ressaltar que apesar das adversidades econômicas e políticas, as estratégias de proteção social e a atuação dos CAPS são elementos de suma importância na promoção de um atendimento psicossocial humanizado e na reintegração social.

Para tanto, a pesquisa é de natureza bibliográfica e documental, fundamentada em autores como Bravo (2006), Yamamoto (2000), Alves (2023) e nas legislações pertinentes ao campo da saúde mental. Por meio das contribuições desses autores e instituições, busca-se promover reflexões que consolidem a saúde mental como um direito, além de propor melhorias nos serviços ofertados a uma população que ainda enfrenta obstáculos para acessar um atendimento digno e humanizado.

Assim, este trabalho monográfico prima pelo enriquecimento da discussão acadêmica e profissional sobre a política de saúde mental no Brasil, bem como nas práticas de resistência e mudança conduzidas em prol da proteção social no âmbito dos CAPS.

Este trabalho monográfico foi dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo discutiu os aspectos relevantes no tocante a proteção social pública e o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica. Sendo abordado também a trajetória de formulação da Política Nacional de Saúde Mental, seus propósitos de inclusão e respeito aos direitos humanos. O segundo capítulo foi apresentado os CAPS como espaços de resistência e criação de

uma nova abordagem de cuidado, analisando suas vitórias e os obstáculos encontrados na defesa do direito à saúde mental.

Portanto, apresenta-se um estudo relevante não apenas para acadêmicos e profissionais que atuam diretamente no contexto da saúde mental, mas também para gestores e formuladores de políticas públicas, que podem usufruir das análises e reflexões aqui propostas para a criação de estratégias que auxiliam na promoção de políticas públicas, e conseqüentemente contribuem para uma atenção psicossocial cada vez mais vez mais eficaz e acessível.

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM DIREITO CONQUISTADO

Ao se tratar de proteção social como consequência do direito conquistado constitucionalmente é preciso refletir sobre variados conceitos, assim como retomar a uma análise conjuntural as quais justificam e explicam a história. Vale ressaltar que o direito à proteção social pública, assegurado constitucionalmente, no Brasil, tem em seu propósito garantir a dignidade e a defesa das pessoas, especialmente das mais vulneráveis. Nesse sentido:

Foi em 1988, com a Constituição Federal, que se consolidou os resultados das mobilizações sociais com objetivos da ampliação de acesso aos direitos, bem como o processo de democratização, efetuado pelo tripé da Seguridade Social no Brasil, Saúde, Previdência Social, e Assistência Social, na garantia dos direitos fundamentais. (Araújo, 2020, p. 2).

Ou seja, esse princípio está fortemente ligado à seguridade social, que engloba uma série de medidas voltadas para satisfação das necessidades fundamentais da população em setores como saúde, previdência e assistência social. Embora o debate sobre a desinstitucionalização da saúde mental tenha ocorrido desde 1979 com a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, a Constituição Federal de 1988 é um marco nessa trajetória ao estabelecer o direito à seguridade social como uma obrigação do Estado e um direito do cidadão. Frente a isso, este capítulo abordará a proteção social pública, a reforma psiquiátrica, a política nacional de saúde mental, bem como a legislação referente a temática.

1.1 Breves considerações sobre o sistema de proteção social público brasileiro

A Constituição Federal de 1988 é resultante de uma intensa mobilização popular, que culminou na consolidação dos direitos sociais e no estabelecimento da Seguridade Social como um direito universal. De acordo com Araújo (2020) é na referida Constituição que ficou estabelecido em seu Art. 194 que “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Brasil, 1988). com a ampliação do acesso a serviços indispensáveis e auxiliando na

formação de um Estado que deve assumir o compromisso na redução das desigualdades, garantindo cidadania e equidade.

Vaitsman, Andrade e Farias (2009), afirmam que a concepção de proteção social assume,

[...] certa polissemia, passando a ser utilizada tanto para serviços e benefícios assegurados como direitos, quanto para uma gama de programas e ações dirigidos ao enfrentamento de diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade, prestados por tipos diversos de instituições, públicas ou privadas.

Desse modo, para os autores supracitados, a proteção social, historicamente caracterizada por uma certa polissemia, sofreu uma evolução notável ao longo dos anos. Entende-se que a palavra polissemia denota a multiplicidade do conceito de "direitos" e reflete a complexidade dos problemas sociais e a variedade de estratégias para garantir os direitos humanos.

Contudo, a partir de 1990, progressivamente a proteção social é percebida como um conjunto de programas e iniciativas voltadas para o combate à pobreza e à vulnerabilidade social, e muitas vezes com um caráter assistencialista e fragmentado. Esta alteração de paradigma é marcada pela diminuição da responsabilidade estatal e pelo aumento da participação de entidades privadas na oferta de serviços sociais, e por consequência reverbera na deterioração da assistência social no Brasil. (Vaitsman, Andrade e Farias, 2009).

Ainda sobre o conceito de proteção social Silva (2015, p. 5) afirma que:

Para alguns autores, com os quais dialogamos neste processo de revisão bibliográfica, a proteção social:

1. [...] significa prevenção, o que supõe a redução de fragilidade aos riscos, que podem ser permanentes ou temporários, e que passam a fazer parte do exame da questão do enfrentamento de riscos sociais. (SPOSATI, 2009, p. 29).
2. [...] pode ser definida como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais. (JACCORD, 2009, p. 58).
3. [...] compõem sistemas de proteção social as formas - às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas - que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. (DI GIOVANNI, 1998, p. 10). (Os autores citados por Silva, 2015, p. 5)

Silva (2015), ao analisar distintas definições de proteção social, torna perceptível

a sua relevância como um conjunto de medidas externas para a prevenção e mitigação de riscos sociais, de modo a assegurar a oferta de serviços e benefícios para aqueles que mais precisam destes. Assim, a proteção social possibilita fomentar a inclusão social e a equidade.

Trovão (2022) explicita que com a promulgação da Constituição de 1988, a qual permitiu a consolidação do Sistema Único de Saúde – (SUS) e o Sistema único e Assistência social - SUAS, contribuíram para um aumento significativo no acesso a serviços e programas. Entretanto, quando se refere a Previdência social, o autor aponta que reformas recentes, ocorridas na última década, estabeleceram limitações no acesso às aposentadorias, afetando principalmente trabalhadores informais e de renda baixa.

A situação é agravada pela desigualdade regional de renda, onde o Norte e o Nordeste abrigam a maior parte da população em condições de vulnerabilidade.

Quanto à desigualdade inter-regional, o que se pode afirmar é que os diferenciais entre os rendimentos domiciliares per capita se mostram em todos os estratos de renda. Isso quer dizer que os pobres no Norte e no Nordeste são muito mais pobres que os do Sudeste ou do Sul (Trovão, 2022, p.12).

O estudo de Trovão (2022) retrata um panorama alarmante da desigualdade regional no Brasil, no qual as diferenças nos rendimentos domiciliares per capita estão presentes em todas as camadas socioeconômicas. Ou seja, a pobreza nas regiões Norte e Nordeste é consideravelmente mais intensa em relação às regiões Sudeste e Sul. Esta profunda desigualdade, que permite diversos níveis sociais, destaca a urgência de políticas públicas mais eficientes e justas para diminuir as desigualdades regionais e fomentar o progresso socioeconômico de maneira mais inclusiva em todo o país.

A continuidade e o aprimoramento das políticas de proteção social exigem um empenho político e econômico que priorize ações que fomentem a igualdade e combatam as desigualdades. Portanto, é imprescindível uma articulação eficaz entre os diversos níveis governamentais para assegurar uma distribuição justa dos recursos e o acesso aos serviços para as populações mais vulneráveis. Sem isso, o risco de intensificação da exclusão social cresce, especialmente em cenários caracterizados por crises econômicas que afetam de maneira considerável o orçamento público e ameaçam a continuidade dos programas sociais. (Vaitsman, Andrade e Farias, 2009)

Uma vez que a proteção social pública engloba uma série de políticas, programas e serviços com foco na garantia dos direitos sociais e na contribuição para a redução das disparidades sociais, Yamamoto (2000), tratando-se de uma referência ao papel do Estado nas manifestações da questão social, aponta que essas ações asseguram condições básicas de vida, especialmente para grupos vulneráveis. Segundo informações do IBGE (2021), indicam que, em 2021, mais de 28,9 milhões de brasileiros estavam abaixo do limite da pobreza, destacando a importância de políticas públicas de proteção social.

Em consonância com as análises de Yamamoto, Sposati (2012) destaca que a proteção social pública precisa ser ampliada para incluir populações marginalizadas, como trabalhadores informais, crianças e idosos sem renda. Apesar dos avanços, os desafios incluem a insuficiência orçamentária e o impacto de políticas de austeridade que comprometem a universalidade do atendimento.

É importante dizer que de acordo com o Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC (2024), o orçamento federal de 2024 demonstra um crescimento significativo para as áreas sociais, com destaque para programas de habitação e educação. Este menciona ainda que a verba destinada à educação alcançou R\$ 162 bilhões, um aumento de 24% em relação ao ano anterior, envolvendo o Programa Nacional de Alimentação Escolar com R\$ 5,4 bilhões, o que representa um crescimento de 38%. Para os programas habitacionais como Moradia Digna e Periferia Viva foram direcionados R\$ 723 milhões, o que caracteriza um avanço após anos de restrições orçamentárias. Contudo, o limite imposto pelo novo arcabouço fiscal pode representar desafios futuros para outras áreas essenciais, como saúde e assistência social.

Frente ao exposto, percebe-se que em uma sociedade de mercado em que as prioridades da população são diferentes tanto para o estado como para o mercado é impossível ter respostas unânimes, como superar a fragilidade social e econômica e oportunizar condições a classe trabalhadora uma vida digna. Dentro deste contexto encontra-se a política de saúde mental que será apresentada no próximo item.

1.2 A Reforma Psiquiátrica: Raízes históricas e desdobramentos contemporâneos

Dando continuidade à discussão de proteção social pública, mas fazendo um recorte para a saúde mental, é necessário contextualizar como se deu no Brasil a reforma psiquiátrica.

Faz-se necessário iniciar pelo significado de ‘loucura’ (grifo meu), que historicamente, foi interpretada de diferentes formas e perspectivas, as quais se vinculavam aos padrões sociais de cada período da história, sendo entendida desde manifestações divinas às enfermidades passíveis de cura.

Na Antiguidade, a insanidade era comumente ligada a entidades sobrenaturais. Na Grécia Antiga, era permitida a liberdade aos sujeitos insanos, como aponta Freire e Santana (2016). Já na Idade Média, a Igreja ligava a insanidade à possessão demoníaca, sujeitando os indivíduos afetados a exorcismos e outras práticas devocionais. No período do Renascimento, séculos XIV e XVI, a insanidade começou a ser vista como um problema social, e os loucos, juntamente com outros grupos marginalizados, eram confinados em navios ou instituições projetadas para os isolar da sociedade. (Freire e Santana, 2016)

A partir do século XVIII, com o surgimento da psiquiatria, na França, a loucura começa a ser estudada sob uma perspectiva científica e clínica. Philippe Pinel, que é considerado o fundador da psiquiatria moderna, traz a proposição de uma nova visão de tratamento, com base na observação clínica e no diálogo com os pacientes. Segundo Freire e Santana (2016, p. 103) para Pinel “[...] as alienações mentais eram causadas por distúrbio funcional do sistema nervoso central e por isso o louco perdia a noção do que era o bem e o mal”. Porém, a psiquiatria do século XIX ainda tinha fortes influências da percepção organicista da doença mental, que relacionava os transtornos mentais as lesões cerebrais. Tal perspectiva resultou no surgimento dos manicômios, instituições que buscavam isolar e controlar os loucos.

Os manicômios podem ser descritos de diversas formas, dentre essas descrições destaca-se a seguinte citação:

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio

históricos da produção e reprodução da loucura. (Luchmann; Rodrigues, 2007, p. 402 citados por Freire e Santana, 2016, p.104)

Outro marco de grande relevância, aconteceu na década de 1950, na Inglaterra sob a liderança de Maxwell Jones, um psiquiatra sul-africano, com o movimento das Comunidades Terapêuticas que eram uma alternativa em relação ao modelo hospitalar psiquiátrico tradicional.

O objetivo desse movimento estava na busca pela democratização das relações no contexto do ambiente terapêutico, de modo a promover a participação dos membros da comunidade no processo de recuperação. Os processos terapêuticos incluíam a reprodução de relações do mundo exterior, buscando evitar o isolamento nos asilos psiquiátricos. Vale mencionar que paralelo a este contexto, na França desenvolveu-se Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, que propunha novas formas de tratamento que questionavam a eficácia das instituições psiquiátricas convencionais. (Alves *et al.*, 2009)

Nos Estados Unidos, na década de 1960, a Psiquiatria Comunitária, que buscava integrar a psiquiatria à saúde pública, focando na prevenção e promoção da saúde mental. Mesmo que não seja possível negar o esforço de trazer melhorias para assistência ao doente mental por parte desses movimentos, é preciso ressaltar conforme Alves *et al.* (2009, p. 90) que “[...] pode se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulavam sua prática sem promover nenhuma ruptura epistemológica.”

É salutar evidenciar que foi na Itália, a maior ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, por meio do movimento da Psiquiatria Democrática, iniciado com Franco Basaglia, o qual rejeitou o modelo manicomial e a busca pela desinstitucionalização da psiquiatria, e ainda com a proposição de um novo olhar sobre a loucura, bem como o envolvimento da reintegração social do indivíduo e o reconhecimento da complexidade da condição humana. Basaglia acreditava que manicômios eram espaços promotores de segregação e violência, iniciando o processo de desconstrução dessas instituições, e a luta pela substituição dos tratamentos hospitalares por intervenções comunitárias e psicossociais, com foco no pleno exercício da cidadania dos pacientes. (Alves *et al.*, 2009)

No contexto brasileiro também não foi diferente a forma como a sociedade e poder público tratava a pessoa com transtornos mentais. Arbex (2019) cita que no Brasil entre as décadas de 1940 a 1960, é possível dizer que os manicômios tinham descrições que divergiam de locais de tratamento, na verdade são percebidos como lugar de sofrimento, pois, os pacientes eram submetidos a tratamentos cruéis e desumanos, como a eletroconvulsoterapia¹ e a lobotomia, que se caracteriza como a retirada de parte do cérebro. Freire e Santana (2016) mencionam que no Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena é um exemplo claro das atrocidades cometidas nesses locais:

No Brasil, temos histórias terríveis que vão assombrar para sempre trabalhadores, familiares e, principalmente, aqueles que sobreviveram ao que muitos chamam de "Holocausto Brasileiro", O Hospital Colônia de Barbacena talvez seja um dos melhores exemplos das atrocidades desse período. Foram mais de 60 mil mortos.

Assim, a trajetória da saúde mental no Brasil é caracterizada por diversas infrações aos direitos humanos, como demonstra o "Holocausto Brasileiro" (grifo das autoras) Hospitais psiquiátricos, como o de Barbacena, se transformaram em autênticos campos de extermínio, nos quais milhares de indivíduos falecidos suas existências.

Com uma história marcada por negligências e exclusão o Brasil passou a construir uma nova página, resultado de reivindicações populares, em especial os familiares das pessoas com transtornos e profissionais exigindo do poder público a efetivação do direito à saúde mental. Ressalta-se assim que a chamada reforma psiquiátrica, que teve seu início na década de 1970, foi motivada por denúncias e relatos de abusos e violações feitos ao Ministério do Movimento dos Hospitais Psiquiátricos profissionais de saúde mental. Nesse sentido, vale mencionar que

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento de contestação e enfrentamento da lógica manicomial. Sofreu grande influência do movimento

¹ A eletroconvulsoterapia é uma técnica de neuromodulação que consiste em causar convulsões controladas para ajudar a restabelecer o fluxo de neurotransmissores. (Instituto de Psiquiatria do Paraná) Disponível em: <https://institutodepsiquiatriapr.com.br/blog/eletroconvulsoterapia-o-que-e-como-funciona-quais-os-riscos/#:~:text=A%20eletroconvulsoterapia%20%C3%A9%20uma%20t%C3%A9cnica,as%20necessidades%20de%20seu%20tratamento> .

italiano de combate aos asilos. A Reforma foi mais do que a mudança na organização dos serviços de Saúde, foi uma forma de tirar pessoas de porões dos grandes hospícios, junto com toda violência deles, trazendo-as para a comunidade. (Freire e Santana, 2016, p.104)

Segundo os autores supracitados a Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser descrita como um momento transformador com respeito ao tratamento de indivíduos com distúrbios mentais, devido ao rompimento com a lógica manicomial e a violência que a acompanhava.

Freire e Santana (2016) mencionam ainda que, no final da década de 1970, o movimento italiano de desinstitucionalização exerceu influência sobre essa mudança no Brasil, de forma que a reforma representou mais do que uma reestruturação dos serviços de saúde. Pois, resultou na reinserção de pessoas que foram historicamente marginalizadas em suas comunidades. Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica é crucial para compreender a batalha pelos direitos dos indivíduos com transtornos mentais, fomentando a inclusão social e combatendo a exclusão social.

Alves *et al.* (2009) na análise sobre a trajetória da reforma psiquiátrica, citam que os anos 1960 e 1970 representaram um marco na abordagem da saúde mental na Europa, com o aumento da adesão ao processo de desinstitucionalização. De maneira que a perspectiva no tocante a efetividade do isolamento em instituições psiquiátricas foi gradativamente substituída por uma nova visão, com foco na reintegração social e o estabelecimento de serviços comunitários. Esta mudança significativa, resultou no encerramento progressivo de grandes instituições psiquiátricas e a introdução de cuidados mais humanizados e adaptados à realidade dos pacientes.

Ainda sobre a Reforma Psiquiátrica, Freire e Santana (2016) falam da complexidade desse processo, inclusive apontam que este teria quatro dimensões. Sendo que para descrevê-las faz-se referência as reflexões de Amarante (2009) que expõe as dimensões envolvidas na mudança na área da saúde mental, ressaltando a demanda por uma estratégia mais completa e integrada.

A primeira dimensão a ser considerada é a epistemológica, pois evidencia-se que a criação de novos conhecimentos é essencial para superar o isolamento entre as profissões, e ainda fomentar uma interação eficiente entre elas. Enquanto na dimensão técnico-assistencial, sugere-se uma reestruturação dos serviços de saúde mental, por

meio da junção de teoria e prática, para que elementos como geração de renda, habitação e redes de suporte sejam parte fundamental do cuidado.

Freire e Santana (2016) afirmam que a busca por atendimento em saúde mental mais completo e humanizado requer a integração de várias dimensões. Por exemplo, a dimensão jurídico-política promove mudanças sociais tangíveis, com demandas de alterações legislativas e o envolvimento ativo da sociedade civil. Por outro lado, a dimensão sociocultural confronta os estereótipos e preconceitos enraizados sobre indivíduos com distúrbios mentais, de forma a fomentar uma perspectiva mais inclusiva e humanitária. Essas dimensões, quando combinadas, proporcionam uma perspectiva mais abrangente e complexa sobre o atendimento em saúde mental, destacando a necessidade de políticas públicas que incentivem a cidadania e os direitos humanos.

Araújo (2020) afirma que na década de 1980, período marcado pela luta em prol dos direitos de proteção social, provocou alterações significativas na política de saúde mental no Brasil, em três áreas fundamentais do governo. Inicialmente, a gestão do sistema teve como objetivo diminuir as internações desnecessárias e impedir a venda de assistência, comum em hospitais conveniados. Em seguida, buscou-se a perspectiva de "humanizar" as instituições de saúde mental com intuito de eliminar práticas abusivas, e oferecer um ambiente mais digno e respeitoso para os pacientes. Por fim, a promoção de programas de reabilitação social, tais como oficinas expressivas e trabalhos manuais, foram cruciais para o processo de desospitalização, incentivando a reintegração dos pacientes na sociedade.

Destaca-se que no Brasil, a reforma psiquiátrica não se restringiu à crítica ao modelo hospitalar, mas sugeriu uma alteração estrutural na abordagem à saúde mental. Com o passar do tempo, o país começou a adotar uma estratégia mais voltada para a comunidade e menos focada em internações prolongadas, enfatizando a relevância de reintegrar os pacientes à sociedade. Contudo, este processo histórico teve sua caracterização pelos obstáculos, tais como a oposição de segmentos conservadores, que tinha como perspectiva manter a forma tradicional no tratamento da saúde mental com foco no modelo que se pauta na manutenção dos manicômios como espaço de tratamento para saúde mental e a complexidade em aplicar as alterações nas formas de tratamento de maneira abrangente, envolvendo todos os âmbitos da sociedade na

pessoa com doença mental está inserida.

A Reforma Psiquiátrica foi marcada por lutas e resistências, no Brasil, foi impulsionada pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, contribuindo para uma transformação importante no referido modelo, modificando o papel central dos hospitais psiquiátricos pela atuação de uma rede de serviços à comunidade. Assim com essa mudança, o país estabeleceu uma perspectiva mais humanizada, focada na inclusão social e na defesa dos direitos dos indivíduos com distúrbios mentais.

Portanto, um marco fundamental da reforma psiquiátrica no Brasil foi a promulgação dessa lei, pois regulamentou a reforma e estabeleceu direitos para pessoas com transtornos mentais, em defesa do fim das internações forçadas e prioridade pelo tratamento em liberdade. De modo que a lei também trouxe diretrizes para a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a promoção de um modelo de atenção que valorizasse a inserção social dos pacientes.

Outro fator preponderante da legislação acima mencionada, é que esta representou um progresso notável no cuidado de indivíduos com transtornos mentais no Brasil, ao prever que a internação em instituições psiquiátricas deve ocorrer apenas em caráter excepcional. Esta alteração demonstrou a implementação de uma perspectiva mais humanizada, que não aceita o isolamento social como resposta para os problemas de saúde mental. Dessa forma a lei promove sua inclusão social, com incentivo a reabilitação psicossocial e valorização da reintegração da pessoa à comunidade. Esta visão transformou a maneira como a sociedade e o sistema de saúde mental enxergam e gerenciam os distúrbios mentais, dando maior importância à dignidade e aos direitos dos indivíduos.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças, avanços e desafios, mas não promoveu uma transformação completa no sistema. O foco foi modificar a forma de tratamento e abordagem dos cuidados com a saúde mental, trazendo possibilidades de construção de uma sociedade mais equitativa. Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo de assistência à Saúde Mental passou por alterações significativas: foi elaborada uma nova política que deixou de lado o paradigma do isolamento, priorizando o tratamento com o

indivíduo inserido em seu contexto social. Como destacam Freire e Santana (2016, p. 107): “É o que chamamos cuidado em rede de atenção de base comunitária. As internações ficam reservadas para situações extremas e os períodos devem ser breves”.

É de suma importância mencionar que para a reforma se efetivar foram necessárias ações em diferentes instâncias da sociedade, não apenas no campo médico, mas envolvendo uma equipe multiprofissional, que possibilita o atendimento por diferentes perspectivas, espaços e atores no atendimento às pessoas com doenças mentais.

Para melhor entender esse processo e aprofundar a trajetória da política nacional de saúde mental, assim como a luta pela legalização da reforma psiquiátrica em suas diferentes nuances, o próximo item abordará essa análise.

1.3 A Política Nacional de saúde mental: um instrumento de proteção das pessoas com transtornos mentais

Antes de apresentar sobre a Política de saúde mental, é fundamental fazer um recorte sobre a política de saúde no Brasil. Esta também possui uma trajetória marcada por avanços e desafios, configurando-se como elemento essencial para a promoção do bem-estar social. Mourão *et al.* (2022) aponta que, desde a criação do Ministério da Saúde em 1953, há um esforço para melhorar a gestão e o oferecimento de serviços, intercalando fases de concentração e descentralização de competências entre os diversos níveis governamentais. Para os autores supracitados, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foi um momento de grande importância, consolidando o conceito de saúde como um direito universal e uma obrigação do Estado, conforme determinado pela Constituição Federal. Contudo, a efetivação deste direito ainda encontra obstáculos estruturais e financeiros que restringem sua efetividade.

Mourão *et al.* (2020) afirmam que as mudanças marcantes da década de 1990 foram impulsionadas por uma política de ajuste fiscal e pela implementação de normas operacionais fundamentais que reformularam o financiamento e a estrutura do SUS. Para eles, essas ações trazem melhorias para a gestão e promovem a garantia da distribuição de recursos para estados e municípios. Também implementam uma lógica de mercado na saúde pública, dando mais importância à quantidade de serviços oferecidos do que à

qualidade e aos resultados obtidos. Portanto, o modelo dominante equilibra entre as demandas sociais e os interesses econômicos, afetando diretamente a universalidade e a comunidade do sistema.

Nos últimos anos, o desafio de conciliar a proteção dos direitos com o equilíbrio financeiro e a influência do setor privado continua sendo o foco das discussões sobre saúde pública no Brasil (assim como as outras políticas públicas).

Os movimentos sociais, sindicatos e instituições governamentais também assumem papel fundamental na batalha pela manutenção e consolidação do SUS, em meio a uma crescente mercantilização da saúde. (Mourão *et al.*, 2020)

Nesse cenário, a política de saúde mental se sobressai como uma área estratégica, não só pela sua importância clínica, mas também pelo seu potencial para fomentar a inclusão social e combater preconceitos, em consonância com os princípios de igualdade e integralidade que são a base do SUS.

Para Carvalho Neto e Mattos (2001) a elaboração de uma política de saúde mental eficaz e justa exige a superação de vários desafios, tais como a estigmatização, a escassez de recursos e a fragmentação dos serviços. É preciso entender a saúde mental como um direito público universal e garantir que as políticas assegurem o acesso a serviços de alta qualidade e humanizados para todos os cidadãos.

Assim, é notório que a proteção social pública no Brasil seja um dos eixos norteadores para a promoção da dignidade humana e dos direitos das pessoas com transtorno mental, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. No âmbito da saúde mental, essa proteção foi substancialmente redirecionada com a promulgação da Lei 10.216/2001, que visa garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover a desinstitucionalização, substituindo o modelo manicomial por um modelo comunitário de cuidado (Carvalho Neto e Mattos 2001).

A Lei 10.216/2001 representa um marco histórico na saúde mental brasileira ao consolidar a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelecer a desinstitucionalização como política central. Em seu artigo 2º, afirma que "o portador de transtorno mental tem direito a receber o melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades" (BRASIL, 2001). Essa legislação mudou a lógica do tratamento, dando prioridade para a reabilitação e a inclusão social, e promovendo os

cuidados em ambientes menos segregados, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Além da Lei 10.216/2001, diversas portarias e diretrizes complementam essa legislação, regulamentando o funcionamento dos CAPS e outras estratégias de atenção psicossocial. A Portaria nº 3.088/2011, por exemplo, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, um conjunto de serviços e iniciativas com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado para indivíduos que sofrem distúrbios mentais, além daqueles com necessidades derivadas do consumo de crack, álcool e outras substâncias ilícitas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visa fomentar a reinserção social e a recuperação desses indivíduos, proporcionando assistência completa e humanizada, além de estimular a rede de suporte familiar e comunitário. E assim, estabelecendo parâmetros para a organização dos serviços de saúde mental no Brasil (Brasil, 2011). Porém, apesar desses avanços normativos, ainda há diversos desafios na implementação dessas políticas, dentre estes a falta de recursos e dificuldades na qualificação de profissionais para atuar nos novos modelos de cuidado.

Os avanços da desinstitucionalização, entretanto, esbarram em desafios significativos. Para Amarante (2015), o processo de transformação do modelo assistencial encontrou barreiras tanto no subfinanciamento quanto na resistência de parte dos profissionais de saúde e da sociedade, que ainda mantêm uma visão estigmatizada das pessoas com transtornos mentais. O desafio de promover uma cultura inclusiva que reconheça o direito à cidadania plena das pessoas com transtornos mentais permanece urgente. É sobre este contexto que Freire e Santana (2016, p. 107) citam que

A Política de Saúde Mental brasileira preconiza que as ações de cuidado sejam implementadas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como organizador desse modelo, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estratégico para a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil.

Assim, os CAPS são o principal dispositivo da política de saúde mental brasileira, funcionando como *locus* de atenção diária para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. A lógica dos CAPS tem fundamentos no cuidado integral, multidisciplinar

e contínuo, com base nos princípios da humanização e da autonomia dos usuários. Tendo como ações atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas e acompanhamento clínico, promovendo um modelo de cuidado mais próximo à vida cotidiana dos usuários. (Freire e Santana, 2016).

Ainda nesse sentido, é importante mencionar que a Política Nacional de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são elementos do sistema de saúde mental no Brasil. Mas para além desses é preciso ter ciência de que a legislação referente a essa temática é bastante ampla e está contida em diversos outros instrumentos legais.

A Constituição Federal de 1988, já citada anteriormente, prevê que o direito à saúde deve ser universal e integral, de forma a incluir os cuidados para saúde mental no Sistema Único de Saúde - SUS. Lembrando que este princípio constitucional determina que é dever do Estado assegurar a assistência às pessoas com transtornos mentais, e ainda a promoção do acesso equitativo aos serviços e a proteção dos direitos fundamentais (Brasil, 1988).

Sabe-se que na consolidação das Leis Trabalhistas – CLT foram explicitadas as possibilidades de adaptação das condições de trabalho, bem como a proibição no tocante a discriminação no ambiente de trabalho (BRASIL, 1943). Em consonância, os Códigos Civis e Penais preveem a proteção jurídica em situações que envolvem a capacidade civil e a imputabilidade penal, estabelecendo a garantia de que pessoas com transtornos mentais recebam tratamento respeitoso e digno. Tais ações favorecem uma abordagem inclusiva e ética no cuidado com essas pessoas.

É nesta conjectura que o modelo de atenção psicossocial proposto pelos CAPS é uma inovação em comparação ao manicômio, mas depende de uma articulação efetiva com todas as políticas públicas para garantir sua plena eficácia.

CAPÍTULO 2 – OS CAPS COMO ESPAÇO DE RESISTÊNCIA: DESAFIOS E CONQUISTAS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL

Os CAPS representam um avanço significativo para a saúde mental no Brasil. Pois atuam como substitutos dos hospitais psiquiátricos, de modo a proporcionar um atendimento humanizado e integral. Tendo como objetivo promover a inclusão social, e assim oferecer assistência próxima às comunidades, respeitando a dignidade de cada indivíduo.

Contudo, os CAPS lidam com diferentes desafios em seu cotidiano, dentre estes, a escassez de recursos, o preconceito e os obstáculos institucionais que culminam em limitações no seu funcionamento. Por isso, é essencial assegurar mais investimentos e suporte para que esses centros possam proporcionar um serviço de alta qualidade e suprir as necessidades da população. Afinal, os CAPS desempenham um papel fundamental na construção de uma sociedade mais equitativa e inclusiva. Portanto, é salutar analisarmos suas características, na tentativa de assegurar o direito à saúde mental para todos.

2.1 O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: um pilar da garantia de direitos sociais e sua caracterização

Os CAPS foram criados como parte da Reforma Psiquiátrica, com a proposição de um novo paradigma para o cuidado à saúde mental, visando a substituição do sistema manicomial por uma atenção humanizada e integrada à comunidade.

Como estrutura básica da nova rede de atenção à saúde mental, os CAPS são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, ocupando o papel de regulador da porta de entrada e controlador do sistema local de atenção à saúde mental. As portarias ministeriais 189/91, 224/92 e, mais recentemente, 336/02 e 189/02, os define como sendo serviços comunitários ambulatoriais, com a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. (Alves *et al.*, 2009, p. 94)

Então, evidencia-se que os CAPS desempenham um papel essencial na reformulação da saúde mental no Brasil, com desempenho de uma função essencial na reestruturação da rede de assistência. Alves *et al.* (2009), destacam que os CAPS

funcionam como reguladores da demanda e da rede local, e ainda oportuniza um atendimento com caráter integral e comunitário aos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes. Nessa perspectiva Amarante (2015), afirma que essa abordagem inovadora reflete em uma quebra com o modelo tradicional, com ênfase em hospitais psiquiátricos, para dar prioridade à desinstitucionalização e à reintegração social dos usuários. Ao proporcionarem um cuidado multidisciplinar e territorializado, os CAPS asseguram um atendimento mais humanizado e respeitoso aos direitos das pessoas.

Duarte, Tomaz e Bedim (2024) elucidam que a Portaria GM/MS nº 336/2002 estabelece diretrizes importantes para a composição das equipes multiprofissionais nos CAPS, com intuito de garantir a integralidade da assistência em saúde mental. Os autores apontam que a portaria mencionada exige a presença de médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos e outros profissionais, ou seja, a norma traz o reconhecimento da complexidade que envolve o cuidado com a saúde mental e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Há uma flexibilidade quanto ao número de profissionais em cada categoria, em função da modalidade de serviço, fato este que demonstra a preocupação em adaptar a equipe às demandas específicas de cada CAPS, e assim possibilitar um atendimento mais personalizado e eficaz aos usuários.

Para tanto, também é necessário que se tenha conhecimento de que há diferentes tipos de CAPS. A tabela abaixo elaborada com base nas diretrizes gerais presentes no documento Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial do Ministério da Saúde do Brasil (2004) permitirão maior compreensão sobre sua estrutura e funcionamento.

QUADRO 1 - TIPOS DE CAPS: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Tipo de CAPS	Público-alvo	População referencia	Dias e horários	Equipe mínima	Serviços oferecidos
CAPS I	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes	Municípios com até 70 mil habitantes	Segunda a sexta-feira, 8h às 18h	Psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional	Atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, acompanhamento de medicação, atividades

				(opcional)	comunitárias
CAPS II	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes	Municípios com mais de 70 mil habitantes	Segunda a sexta-feira, 8h às 18h	Idem CAPS I, com possibilidade de ampliação de profissionais e horários	Idem ao CAPS I, com maior estrutura para atendimento devido à população atendida e possibilidade de horário expandido
CAPS III	Pessoas com transtornos mentais severos, em situação de crise	Municípios com mais de 200 mil habitantes	24 horas, todos os dias	Psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, apoio administrativo	Atendimento intensivo para crises, acolhimento noturno e pernoite, oficinas terapêuticas, atividades de reinserção social, atendimento em grupo e individual
CAPSi	Crianças e adolescentes com transtornos mentais severos	Municípios com mais de 150 mil habitantes	Segunda a sexta-feira, 8h às 18h	Psiquiatra infantil, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico	Atendimento psicossocial oficinas, atividades lúdicas e de reabilitação, visita domiciliar, acompanhamento escolar
CAPSad	Pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas	Municípios com mais de 150 mil habitantes	Segunda a sexta-feira, 8h às 18h, com possibilidade de horário estendido	Psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, redutor de danos	Atendimento especializado, oficinas terapêuticas, grupos de apoio, atividades de redução de danos, visitas domiciliares
CAPS AD III	Pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, em situação de crise	Municípios com mais de 200 mil habitantes	24 horas, todos os dias	Equipe ampliada com profissionais especializados em dependência química e estrutura para acolhimento noturno	Atendimento intensivo e emergencial, acolhimento noturno, atividades de redução de danos, suporte para reinserção social e familiar, grupos de apoio

Fonte: Elaborada pela autora, com base nas informações de Brasil (2004)

Ao observar os dados da tabela acima, fica evidente que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem funções distintas, relacionadas ao tipo e às especificidades de cada diagnóstico. Freire e Santana (2016) fazem a seguinte descrição, com respeito aos tipos desta instituição:

De acordo com a política, as particularidades de cada município orientam a necessidade de um Caps diferente. Alguns têm apenas um tipo de Caps; outros contam com várias modalidades. Os tipos de Caps são:
CAPS I: de menor porte, atende uma população entre 20 mil e 50 mil habitantes

e contam com uma equipe de no mínimo nove profissionais.

CAPS II: serviço de médio porte, atende a municípios com mais de 50 mil habitantes. Sua equipe mínima é de 12 profissionais.

CAPS III: serviço de maior porte, para municípios com mais de 200 mil habitantes. Diferentemente dos dois primeiros, esse funciona 24h oferecendo hospitalidade noturna para usuários que precisem de um acompanhamento mais próximo. Funciona todos os dias da semana e conta com uma equipe mínima de 16 profissionais, além da equipe noturna e de fim de semana.

CAPS I: serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sua equipe mínima é de 11 profissionais.

CAPS AD: especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; funciona com equipe mínima de 13 profissionais.

Conforme ressaltado por Freire e Santana (2016), a diversidade dos Centros de Atenção Psicossocial destaca sobre a variedade de necessidades e realidades dos municípios brasileiros. A adequação dos serviços às circunstâncias locais, de variados tamanhos e especialidades, evidencia a adaptabilidade e a habilidade de resposta do modelo. A gestão municipal desses serviços é de caráter aberto e comunitário, com maior interação com a comunidade e a chance de personalizar os cuidados, fazendo dos CAPS um significativo progresso na assistência à saúde mental no Brasil.

Esta gama de CAPS, que atendem crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos com necessidades variadas, demonstra o compromisso na integralidade do atendimento em saúde mental. Visto que, além de oferecerem assistência médica, incentivam a reinserção social, o fortalecimento de vínculos comunitários, desmistificando a condição de saúde mental e auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Enfim, como diz Yasui (2010, p. 113) “É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores”.

Por fim, a forma de funcionamento dos CAPS é fundamentada em princípios como a assistência interdisciplinar, a territorialização e a reabilitação psicossocial, com intuito de promover a independência e a qualidade de vida dos seus usuários.

A visão de assistência psicossocial dos CAPS, com base em diversos autores, tais como Yasui (2010), tem por objetivo o oferecimento de um serviço que vai além das questões clínicas, que incentiva a participação social e busca o fortalecimento dos indivíduos. Este modelo regionalizado destaca a ligação dos pacientes com as suas comunidades, de modo a colaborar para evitar o isolamento e ainda fortalecer o suporte

social, essencial para o processo de reabilitação.

Sobre o número de CAPS no Brasil no momento, de acordo com o documento Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único De Saúde – SUS Brasil (2022), há 2.836 unidades distribuídas por 1.910 municípios, este documento afirma ainda que tal quantidade representa um esforço significativo do governo para ampliar o acesso à saúde mental no país.

Outro dado exposto no documento é o fato de haver um investimento anual superior a R\$ 1,2 bilhão, valor insuficiente se considerar a quantidade de unidades de CAPS, para responder à crescente demanda por atendimento especializado, essencial para apoiar indivíduos com transtornos mentais e dependência química.

No entanto, apesar desse progresso, a distribuição dos CAPS ainda enfrenta desigualdades regionais, deixando áreas remotas e vulneráveis menos assistidas. A tabela abaixo reforça tal afirmativa.

TABELA 2 - CAPS: DADOS REGIONAIS

Região	População Estimada (IBGE 2021)	Total Geral de CAPS	Relação de CAPS por 100 mil hab.
Centro-Oeste	16.707.336	169	1,01
Nordeste	57.667.842	979	1,70
Norte	18.906.962	183	0,97
Sudeste	89.632.912	1.043	1,16
Sul	30.402.587	462	1,52
Brasil	213.317.639	2.836	1,33

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados de Brasil (2022)

A tabela reflete a desigualdade na distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, com ênfase na maior presença no Nordeste (1,70 CAPS por 100 mil habitantes), ao passo que no Norte a proporção é a mais baixa (0,97 CAPS por 100 mil pessoas). Esta disparidade demonstra os desafios na disponibilidade de serviços de saúde mental em certas áreas, particularmente no Norte, onde o território é extenso e a baixa densidade populacional complicam a instalação de centros de atendimento. É essencial ampliar o número de CAPS nas áreas menos atendidas para garantir uma

assistência justa e atender às necessidades em ascensão de saúde mental no país. Afinal, estas instituições são estratégias de garantia de direito social, temática a ser abordada a partir de agora.

Um momento importante referente a saúde mental que ocorreu com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que foi caracterizada pela contribuição para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. Pois, ao abordar temáticas como recursos humanos, financiamento e controle social, reverberou-se no aprofundamento da reflexão sobre a reformulação do modelo de assistência, com o objetivo de superar o modelo hospitalar e contribuir para garantir o acesso a serviços qualidade e humanizados.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, oportunizou bases para consolidação da importância de um debate democrático para a efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil, com a defesa de superação do modelo asilar em favor de redes substitutivas e cidadania para pessoas com transtornos mentais. Destaca-se que essa contou com a ampla participação de diversos setores, as discussões reforçaram a necessidade de transformar as relações institucionais e do enfrentamento das desigualdades sociais. O Relatório Final apresentou estratégias que norteiam a construção de políticas inclusivas, com a evolução de um modelo assistencial mais humanizado e eficaz (Brasil, 2001).

Conforme Amarante e Nunes (2018, p. 2072) “A Lei 10.216 foi sancionada em 06/04 de 2001, ano em que foi também realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que contribuiu para desenhar um cenário muito favorável e promissor para o campo da saúde mental no SUS”. A saúde mental é um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 10.216/2001, que reforça a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Contudo, a implementação das orientações da reforma ainda se depara com desafios e obstáculos, exigindo uma constante mobilização e compromisso de todos os participantes na efetivação de uma política de saúde mental mais equitativa e inclusiva.

2.2 Contextualização da Rede de Saúde Mental em Goiânia

A realidade de Goiânia não é diferente do contexto nacional. Esta que é capital do

Estado de Goiás, no coração do Brasil apresenta um cenário de desafios e lutas no que se refere a política de saúde mental. Segundo IBGE (2023), em 2022, a população de Goiânia era 1.437.366 habitantes e tendo a densidade de 1.970,9 habitantes por km².

Dados do IBGE (2023) sinalizam que Goiânia possui diversos desafios a serem superados por seus governantes e população, dentre estes o processo de urbanização acelerado e os problemas associados, como mobilidade urbana e infraestrutura conectada. A respeito da distribuição de renda, informações deste mesmo instituto aponta que é desigual a distribuição de renda, com 27,8% da população sobrevivendo com até ½ salário-mínimo per capita, o que torna clara a necessidade de políticas públicas com foco no equilíbrio do desenvolvimento e a inclusão social.

Sobre a esfera econômica, vale destacar que Goiânia possui um PIB per capita de R\$ 38.483,54, estando em uma boa posição em relação ao cenário nacional, apesar das desigualdades. Entretanto, o mercado de trabalho, com uma taxa de ocupação de 54,26% e um salário médio de três salários-mínimos, refletindo assim as contradições entre dinamismo e disparidade socioeconômica. A educação tem se destacado no cenário nacional, tendo um IDEB de 6,5 para os anos iniciais em 2023, mas os desafios e desigualdades no acesso ao ensino básico ainda são aspectos a serem superados. (IBGE, 2023)

No tocante a infraestrutura e os serviços de saúde necessitam de a atenção. Pois mesmo tendo 89,3% das vias públicas sejam arborizadas, somente 76,1% dos domicílios tem acesso ao tratamento de esgoto sanitário de forma adequada, fator este que gera impacto na saúde pública. Outro ponto evidenciado pelo IBGE (2023) refere-se a taxa de mortalidade infantil que se encontra em 10,17 óbitos por mil nascidos vivos e as internações por diarreia de 9 por 100 mil habitantes, números estes que podem ter relação com o acesso aos serviços básicos. Assim sendo, em uma breve análise dos dados do instituto supracitado, se percebe a necessidade de investimentos estratégicos em saúde, educação e urbanização, como parte fundamental no processo de desenvolvimento sustentável para Goiânia, que culmine na promoção da equidade e qualidade de vida para todos.

Com respeito a saúde mental, Universidade Federal de Goiás - UFG (2022), por meio do Museu da Saúde Mental de Goiás, realizou um projeto de extensão com objetivo

de promover o regaste e a valorização da memória da luta antimanicomial no estado. Para tanto, estabeleceu parcerias com diferentes atores sociais, para favorecer a estabelecimento de um espaço de diálogo e visibilidade dessa história, por meio de ações, tais como a criação de um museu virtual, a realização de exposições e a produção de materiais educativos. Com base nos princípios da nova museologia e da luta antimanicomial, o projeto efetiva uma proposta de uso da memória como recurso de transformação social, para colaborar no combate ao preconceito e na promoção da cidadania. (UFG, 2022)

É por meio do projeto acima citado que se deu a elaboração de uma cronologia histórica, que oportunizou uma breve demonstração da progressão lenta, mas firme, focada na luta pelos direitos, em defesa à desinstitucionalização e na criação de uma rede de assistência psicossocial mais humana e acolhedora. Como explicita a UFG (2022) um dos aspectos que contempla a luta antimanicomial, protagonizada por usuários, familiares e profissionais, com foco na desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a construção de uma nova cultura de cuidado, se dá na criação de serviços substitutivos, como os CAPS e as Residências Terapêuticas, que representaram um avanço relevante para estruturação de uma rede de assistência à saúde mental, nota-se que os CAPS, baseados na lógica da territorialização e da integralidade, trouxeram oportunidade aos seus usuários de viver em comunidade, com acesso a tratamento e reinserção social.

A saúde mental é um dos pilares fundamentais para a qualidade de vida e o bem-estar social. Em Goiânia, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (2024), há uma rede de atendimento para essa área e é formada por diversos serviços, sendo organizada para atender diferentes públicos e demandas, e com o objetivo de garantir assistência especializada, humanizada e acessível.

A rede de saúde mental em Goiânia é composta pelos CAPS, ambulatórios e serviços complementares, com funções específicas delineadas para cada um. Seguindo os mesmos padrões e características nacionais, os CAPS, têm uma subdivisão em categorias que atendem a públicos específicos, como crianças, adolescentes e adultos. As unidades como o CAPSi Água Viva e o CAPSi Girassol têm foco no acolhimento de jovens com transtornos mentais e questões relacionadas ao uso de substâncias

psicoativas, evidenciando a necessidade de cuidados preventivos e terapêuticos para essa população. Enquanto, o CAPS Beija Flor e o CAPS II Vida têm seus atendimentos direcionados para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, reforçando a atenção às demandas crônicas. (Secretaria Municipal de Goiânia, 2024)

Um dos eixos norteadores identificados nos dados da Secretaria Municipal de Goiânia é a oferta de serviços sob demanda em diversas unidades, como o CAPS II AD Oeste e o CAPS Esperança, visando a garantia do acesso rápido e sem a exigência de agendamento. Conforme é exposto pela Secretaria Municipal de Goiânia (2024), esta estratégia visa gerenciar situações de crise, especialmente em casos de dependência de substância e episódios severos de distúrbios mentais. Além disso, o Pronto-Socorro Psiquiátrico Professor Wassily Chuc, que opera ininterruptamente, tem função primordial no socorro de emergências, fornecido como um ponto de suporte fundamental nos momentos mais críticos.

Além dos serviços já mencionados, a Secretaria Municipal de Goiânia (2024) menciona também sobre os serviços dos Centros de Convivência Gerarte² I, II e Cuca Fresca, que incentivam atividades de integração, com intuito de estimular a independência e o protagonismo social dos frequentadores. Esses locais demonstram como o cuidado em saúde mental pode transcender a abordagem clínica, incorporando elementos sociais e culturais para a recuperação psicossocial. Sendo que de acordo com Matos (2017) o Cuca Fresca tem “o objetivo de promoção da saúde, o serviço compõe a Rede de Atenção Psicossocial da capital e é aberto para todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do município.” E cita ainda que as ações desenvolvidas por este envolvem oficinas de informática, dança, música e artes, além de atividades de esporte e lazer.

As Associações de Trabalho e Produção Solidária em Saúde Mental (-GERARTES) tem por objetivo o incentivo a inclusão social de indivíduos com transtornos mentais e dependência de drogas, por meio da criação de emprego e renda no âmbito da economia solidária. Também atuam na coordenação de políticas sociais,

² [https://saude.goiania .go.gov.br /unidadesdesaudemental/](https://saude.goiania.go.gov.br/unidadesdesaudemental/)

promoção da criação de núcleos produtivos como o artesanato e a reciclagem, bem como no fomento de iniciativas culturais, e promove a capacitação e a qualificação desse público.

Desta forma, ao analisar os dados que constam na linha do tempo feita pela Universidade Federal de Goiás (UFG) (2022) e os dados referentes a rede de saúde mental de Goiânia, descritos pela Secretaria Municipal de Goiânia, é possível perceber que a promoção da saúde mental não se limita à cura de transtornos, mas envolve a criação de uma estrutura que possibilita o acolhimento, o tratamento e a reintegração plena dos indivíduos à comunidade. É notória também a necessidade da continuidade de investimento em políticas públicas e da ampliação desses serviços para que o acesso a saúde mental seja inclusivo e equitativo.

Sobre a saúde mental em Goiânia enfrentar uma grave crise, o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Goiás – Sindsaúde, menciona que são diversos os desafios enfrentados pelos Centros de Atenção Psicossocial e pela Rede de Atenção Psicossocial no município. Dentre estes, destaca que a falta de medicamentos de uso contínuo é fator relevante, e que pode ter agravamentos devido a uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde, que optou pelo corte de medicamentos essenciais, incluindo medicações de uso para tratamento contínuo, evidencia também o risco a estabilidade clínica dos pacientes, fator este que pode culminar à internação. Como afirma o Presidente do Conselho Local do CAPS, Sr. Edinaldo,

“Quando o paciente deixa de usar é um transtorno, eles têm recaídas e voltam para a internações psiquiátricas e não tem condições de comprar, são pessoas muito carentes, que muitas vezes não tem como comprar nem o necessário para sobrevivência”, (Sindsaúde, 2020)

Outro aspecto preocupante, citado pelo Sindsaúde (2020) está vinculado ao déficit de profissionais de saúde e as condições precárias de trabalho em que são expostos os trabalhadores, e conseqüentemente os usuários dessas unidades. Para o sindicato, uma vez que a missão dos CAPS se relaciona ao oferecimento de um atendimento interdisciplinar e reinserção social, essa acaba sofrendo prejuízos devido à instabilidade dos contratos e pela falta de recursos estruturais.

Segundo o Sindsaúde (2020), as residências terapêuticas, criadas em 2002,

também enfrentaram obstáculos desafiadores, sendo que estas surgiram com a finalidade de receber indivíduos com transtornos mentais que foram deixados em instituições psiquiátricas e gradualmente reinserir esses pacientes na vida em sociedade. Entretanto, muitos são pacientes crônicos e de baixa renda, sendo muitos completamente dependentes dessas residências e dos remédios. Destaca-se que foram previstas 6 residências terapêuticas em Goiânia, vinculadas ao CAPS, mas, a fragilidade dos serviços coloca em risco a eficácia deste modelo de assistência.

Neste contexto, o Sindsaúde-GO assume o compromisso de batalhar por melhores condições laborais e pelo direito à saúde e dignidade para toda a população (SINDSAÚDE, 2020). Assim sendo, é notório que é preciso consolidar a Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia, de modo a garantir a proteção, o reconhecimento da necessidade de ampliação dos recursos de saúde e o acesso constante aos medicamentos indispensáveis. E que somente por meio de investimentos significativos e políticas governamentais eficientes poderemos garantir o direito à saúde mental e fomentar a dignidade dos pacientes e profissionais envolvidos.

2.3 Reflexões acerca dos desafios enfrentados pelos CAPS na efetivação dos direitos à pessoa com transtorno mental

Apesar de serem relevantes para a garantia do direito à saúde mental, os CAPS enfrentam diversos desafios que impactam em sua atuação e sustentabilidade. Dentre estes a falta de recursos humanos e financeiros, que limita a abrangência de atendimento e a qualidade dos serviços oferecidos. Outro ponto já mencionado neste estudo, é a escassez de profissionais qualificados e o subfinanciamento que reverberam diretamente na assistência prestada, sobrecarregando as equipes e dificultando a execução das atividades propostas. No tocante a essa precarização há estudos que demonstram que esses problemas refletem a precarização do trabalho em saúde mental e comprometem a continuidade dos serviços. Guimarães, Jorge e Assis (2011) de acordo com suas pesquisas apontam que

Os achados evidenciam a persistência da precarização do trabalho no SUS, particularmente em serviços de saúde mental, fornecendo elementos importantes para uma reflexão acerca da gestão dos serviços e do trabalho. Tornam evidente

a necessidade de adoção de medidas por parte da administração pública, no sentido de tornar possível uma política de gestão do trabalho, para superação da precarização das relações de trabalho. (Guimarães, Jorge e Assis, 2011, p.2153)

Ou seja, são diversas as barreiras e desafios impostos no cotidiano de funcionamento dos CAPS. Um deste é citado por Freire e Santana (2016, p. 108), ao dizerem que “O CAPS sozinho não consegue superar os longos anos de estigmatização e institucionalização dos usuários e nem deve ser o único responsável por isso. Portanto, a estigmatização e resistência social, que ainda cercam as pessoas com transtornos mentais e os próprios serviços de saúde mental, são elementos dificultadores para reinserção dos usuários na sociedade e a aceitação do CAPS como um serviço essencial, o que se constitui em um grande desafio para o fortalecimento dos CAPS como espaços de acolhimento e de valorização da cidadania.

Ainda sobre os desafios, Onocko-Campos (2019, p.2) diz que “em 2017, outro estudo – sobre governança e mecanismos de avaliação – apontava a saúde mental como área subfinanciada do SUS, já cronicamente subfinanciado”. Conforme a autora explicita, o subfinanciamento crônico impõe barreiras à assistência no campo da saúde mental, e conseqüentemente demonstra a urgência de políticas públicas mais robustas e eficazes. Para enfrentar esse desafio, é salutar que os gestores públicos priorizem investimentos em saúde mental, com foco em iniciativas de prevenção, promoção e tratamento. Além disso, a expansão e o fortalecimento da rede de assistência psicossocial são fundamentais para mitigar as desigualdades sociais e oferecer suporte adequado a essa população.

Melo *et al.* (2021, p.888) apontam que “Os usuários avaliaram as condições do prédio onde funcionam o CAPS como insatisfatórias”. Os autores supracitados, em seus estudos trazem a perspectiva de usuários do CAPS sobre diversos aspectos, no tocante a infraestrutura. Desse modo, compreende-se que as condições físicas dos Centros refletem um descaso que prejudica a efetividade dos serviços oferecidos e a qualidade de vida dos usuários. Essa conjectura torna evidente a necessidade urgente de aprimoramento da infraestrutura dos CAPS, já que a ausência de manutenção e as restrições físicas afetam não só a dignidade dos pacientes, mas também a excelência do serviço prestado. (Melo *et al.*, 2021)

Outro desafio importante a ser mencionado diz respeito a falta de recursos

humanos nos CAPS. Sobre isso pode-se dizer que as condições laborais afetam diretamente a eficácia e o contentamento dos profissionais de saúde, sendo a falta de profissionais um dos maiores obstáculos. A escassez de pessoal restringe o atendimento apropriado, gera sobrecarga e pode prejudicar a qualidade dos serviços prestados. Portanto, para aprimorar a qualidade do atendimento, é preciso investir em políticas de recursos humanos que incentivem e valorizem a equipes, proporcionando ambientes de trabalho que promovam o bem-estar e a continuidade das tarefas profissionais. (Filizola, Milioni e Pavarini, 2008).

Diante desse cenário de desafios, observa-se que o fortalecimento dos CAPS perpassa por uma elaboração e efetivação das políticas públicas de saúde mental, que priorizem não apenas o aumento de recursos financeiros, mas também a valorização e capacitação dos profissionais envolvidos. E ainda, é necessário que os gestores promovam uma estrutura adequada e segura para o atendimento dos usuários, e promovam a superação do estigma negativo com relação ao tratamento da saúde mental e estimule ações para uma inclusão plena e cidadã para essa população, bem como vise o combate ao subfinanciamento e à precarização do trabalho em saúde mental. Afinal, as atividades e ações realizadas por meio do CAPS são imprescindíveis para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços, e conseqüentemente será reforçado o compromisso com a dignidade e a cidadania dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES

Após a realização da presente pesquisa e análise dos dados sobre a evolução da política de saúde mental no Brasil, com ênfase no papel central dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS na promoção de um atendimento humanizado e inclusivo, conclui-se que esses serviços desempenham um papel essencial na consolidação de um modelo de cuidado que valoriza a singularidade do indivíduo, a reintegração social e a superação do modelo hospitalocêntrico. No entanto, os desafios permanecem, incluindo a ampliação da cobertura, a garantia de recursos suficientes e a capacitação contínua das equipes, aspectos fundamentais para que o sistema de saúde mental continue avançando e se torne cada vez mais eficaz e equitativo. Perpassando pelo estudo da Reforma Psiquiátrica consolidado pela Lei nº 10.216/2001, que corroborou para a redefinição do paradigma de cuidado, que tinha como base a lógica hospitalocêntrica, sendo modificado para uma abordagem comunitária, cujo comprometimento está na reintegração social e o respeito aos direitos humanos. Essa alteração não apenas mudou a forma de cuidados com a pessoa com transtornos mentais, mas também ampliou o espaço para novas perspectivas na gestão da saúde mental.

No entanto, os CAPS desde a sua criação têm que lidar com desafios consideráveis, tais como a falta de recursos financeiros e humanos, que culminam na falta de infraestrutura e condições de trabalho precárias, e conseqüentemente prejudicam a qualidade e a extensão dos serviços prestados. Além disso, a estigmatização social e a resistência institucional à transformação ainda estão presentes como obstáculos para a implementação de uma política de saúde mental eficaz. Para superação desses e outros desafios faz-se necessária uma análise constante das estratégias de implementação e gestão desses serviços, além do fortalecimento do engajamento político e social para garantir sua sustentabilidade.

Em Goiânia, os CAPS, assim como em todo o país possuem uma grande relevância na prestação de serviços psicossociais, bem como também vivenciam os mesmos desafios em seus cotidianos, tais como disparidades na alocação de recursos e a demanda por uma maior integração entre as políticas públicas. A reflexão deste cenário destacou a importância de ajustar as políticas de saúde mental às demandas locais, por meio do incentivo de uma estratégia descentralizada e participativa, promovendo o

atendimento as necessidades da população de forma eficaz e com equidade.

O estudo também enfatiza a importância de uma perspectiva crítica em relação às políticas públicas, com estratégias de enfrentamento que incluem não apenas a expansão do acesso, mas também o aprimoramento constante dos profissionais e o fortalecimento das redes de suporte comunitário. A resistência e a esperança expressas nos CAPS denotam que apesar dos desafios e obstáculos, é possível o desenvolvimento de práticas inovadoras e eficientes no atendimento à saúde mental.

Destarte, a pesquisa nos possibilita traçar uma compreensão com respeito aos CAPS como espaços de transformação social, relevantes na defesa do direito à saúde mental. Assim sendo, a expectativa é de que trabalho seja motivador de novos estudos, novas publicações e práticas que culminem na consolidação do sistema de saúde mental como um direito universal, e contribua para garantia de estratégias no atendimento digno, equitativo e de qualidade a todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALVES B. D. Serviço social e saúde mental entre os anos de 2010 e 2020. **[Trabalho de Conclusão de Curso]**. Universidade de Sales. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://unisales.br/wp-content/uploads/2023/06/SERVICO-SOCIAL-ESAUDE-MENTAL-ENTRE-OS-ANOS-DE-2010-A-2020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024

AMARANTE, Paulo D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out 2024.

Araújo, A. A. M. O trabalho do assistente social na saúde mental: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Brasília, v. 59, e4250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4250.2020>. Acesso em: 20 out. 2024.

Arbex, D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Intrínseca, 2019. 280 p. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 15 de out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210I11cnsms.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL._____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL._____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental¹ e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).² Brasília, DF, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL._____. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, há 26 anos. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL._____. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 9 ago. 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL._____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL._____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 de out. 2024.

BRASIL._____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, 26 dez. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). Departamento de Ciclos da Vida (Deciv). Secretaria de Atenção Primária a Saúde (Saps). **DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. Setembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRAVO, Maria Inés Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inés Souza *et al.* (organizações). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CARVALHO NETTO, M.; MATTOS, V. de. O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001. In: _____. **Brochura: banalização**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/10/brochura_banalizacao.pdf Acesso em: 10 set. 2024.

Duarte, M. J. O.; Tomaz, M.; Bedim, V. B. SAÚDE MENTAL, PROIBICIONISMO E DROGAS EM JUIZ DE FORA-MG: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DE PESQUISAS EMPÍRICAS. In: OLIVEIRA, E. A. de; MOLJO, C. B. (Org.). **Serviço social, questão social e políticas públicas** [recurso eletrônico]. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2024. p. 241 - 269.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8061>. Acesso em: 10 set. 2024.

FREIRE, A. A.; SANTANA, C. Políticas públicas em Saúde Mental. In: SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. da S. (Org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016, p. 89 - 114. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/sau_de_mental_pop_rua.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INESC. **Orçamento da União em 2024 cresce em áreas sociais e volta a contemplar Igualdade Racial e Habitação**. 2024. Disponível em:

<https://inesc.org.br/orcamento-da-uniao-em-2024-cresce-em-areas-sociais-e-volta-a-contemplar-igualdade-racial-e-habitacao/> Acesso em: 22 nov. 2024.

MATOS, Marcley. **Prefeitura reabre Centro de Convivência Cuca Fresca**. Diário de Goiás, Goiânia, 30 nov. 2017. Disponível em: <https://diariodegoias.com.br/prefeitura-reabre-centro-de-convivencia-cuca-fresca/90730/> Acesso em: 4 dez. 2024.

MELO, C. F. *et al.* Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial a partir das Crenças dos seus Usuários. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 3, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357605184_Avaliacao_dos_Centros_de_Atencao_Psicossocial_a_partir_das_Crenças_dos_seus_Usuarios_Evaluation_of_Psychosocial_Care_Centers_based_on_their_Users'_Beliefs. Acesso em: 15 set. 2024.

MOURÃO, A. M. A.; AMOROSO LIMA, A. M. C.; STEPHAN-SOUZA, A. I.; OLIVEIRA, L. M. L. de. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez Editora, 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública** , v. 35, p. e00156119, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. **Unidades de saúde mental** . Disponível em: <https://saude.goiania.go.gov.br/unidadesdesaudemental/> . Acesso em: 21 nov. 2024.

SILVA, Gyslanea Dayanne. A política de assistência social no contexto brasileiro de proteção social. VII Jornada Internacional Políticas Públicas. UFMA, 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/a-politica-de-assistencia-social-no-contexto-brasileiro-de-protacao-social-.pdf> Acesso em: 26 nov. 2024

SILVA-TOMAZ, C. O **trabalho do assistente social na saúde mental a experiência dos CAPSIII/CERSAMs de Minas Gerais (Brasil)**. Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social, ISSN-e 2013-6757, Vol. 9, n. Disponível em: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/9181> Acesso em: 15 out. 2024.

SOUZA, P. F. de; HECKSCHER, M.; OSÓRIO, R. Um País na Contramão: A Pobreza no Brasil nos Últimos Dez Anos. **IpeaNotícias**, Brasília, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13509-taxas-de-pobreza-no-brasil-atingiram-em-2021-o-maior-nivel-desde-2012>. Acesso em: 15 de out. 2024.

TROVÃO, C. J. B. M. UMA ANÁLISE TERRITORIAL DA DESIGUALDADE DE RENDA E DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: HERANÇAS E IMPACTOS EM TEMPOS DE PANDEMIA. **Revista de Economia Regional, Urbana e do Trabalho**, [S. l.], v. 11, n. 02, 2022. DOI: 10.21680/2316-5235.2022v11n02ID31088. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rerut/article/view/31088> Acesso em: 17 out. 2024.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. DE .; FARIAS, L. O.. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731–741, maio 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kv7MJrxjLCWw7xkK5Z4nh5M/> Acesso em: 20 out. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Linha do Tempo Saúde Mental Goiás 1930-2021** . Desenvolvido por Júlia Português Almeida em colaboração com Milena Fontes Monteiro. PIVIC/UFG, 2022. Disponível em: <https://museusaudemental.iptsp.ufg.br/p/linhadotempo> . Acesso em: 21 nov. 2024.