



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**RENATA RAYANNE DA SILVA**

**ENTRE O PESSIMISMO DA RAZÃO E O OTIMISMO DA VONTADE: A REDE DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2024**

Linha de Pesquisa I – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Ludmila Cerqueira Correia

João Pessoa/PB  
2025.

# **ENTRE O PESSIMISMO DA RAZÃO E O OTIMISMO DA VONTADE: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2024**

RENATA RAYANNE DA SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa 1 – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Ludmila Cerqueira Correia

João Pessoa/PB  
2025.

S586e Silva, Renata Rayanne da.

Entre o pessimismo da razão e o otimismo da vontade  
: a rede de atenção psicossocial no estado da Paraíba  
de 2013 a 2024 / Renata Rayanne da Silva. - João  
Pessoa, 2025.

216 f. : il.

Orientação: Ludmila Cerqueira Correia.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA/PPGDH.

1. Direitos humanos. 2. Reforma psiquiátrica  
brasileira. 3. Política de saúde mental - Paraíba. 4.  
Rede de Atenção Psicossocial - Paraíba. I. Correia,  
Ludmila Cerqueira. II. Título.

UFPB/BC

CDU 341.231.14(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E  
POLÍTICAS PÚBLICAS



**ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA RENATA RAYANNE DA SILVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS/CCHLA/UFPB**

Aos trinta e um do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e cinco, às dezessete horas, no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, realizou-se a sessão de defesa de Dissertação da mestranda **Renata Rayanne da Silva**, matrícula 20221017141, intitulada: **ENTRE O PESSIMISMO DA RAZÃO E O OTIMISMO DA VONTADE: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2024**. Estavam presentes os professores doutores: Ludmila Cerqueira Correia (Orientadora), Nelson Gomes De Sant'Ana e Silva Junior (Examinador interno), Monique Guimaraes Cittadino (Examinadora externa) e Rafael Nicolau Carvalho (Examinador externo). A Professora Ludmila Cerqueira Correia, na qualidade de Orientadora, declarou aberta a sessão, e apresentou os Membros da Banca Examinadora ao público presente, em seguida passou a palavra a mestranda Renata Rayanne Da Silva, para que no prazo de trinta (30) minutos apresentasse a sua Dissertação. Após exposição oral apresentada pela mestranda, a professora Ludmila Cerqueira Correia concedeu a palavra aos membros da Banca Examinadora para que procedessem à arguição pertinente ao trabalho. Em seguida, a mestranda Renata Rayanne da Silva respondeu às perguntas elaboradas pelos Membros da Banca Examinadora e, na oportunidade, agradeceu as sugestões apresentadas. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pelo(a) Orientador(a), que se reuniu apenas com os Membros da Banca Examinadora, e emitiu o seguinte parecer: A Banca Examinadora considerou a DISSERTAÇÃO: APROVADA. A seguir, a Orientadora apresentou o parecer da Banca Examinadora a mestranda Renata Rayanne Da Silva, bem como ao público presente. Prosseguindo, agradeceu a participação dos Membros da Banca Examinadora, e deu por encerrada a sessão. E, para constar eu, Herbert Henrique Barros Ribeiro, assistente em administração do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, lavrei a presente Ata. João Pessoa, 31 de janeiro de 2025.

Documento assinado digitalmente  
**LUDMILA CERQUEIRA CORREIA**  
Data: 31/01/2025 18:42:52-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
**MONIQUE GUIMARAES CITTADINO**  
Data: 31/01/2025 20:52:30-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
**RAFAEL NICOLAU CARVALHO**  
Data: 31/01/2025 20:26:31-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
**NELSON GOMES DE SANT'ANA E SILVA JUNIOR**  
Data: 01/02/2025 07:21:17-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

*Este trabalho dedico ao meu pai, que sempre me incentiva a dar os maiores voos, e trabalha arduamente para que todos os meus sonhos sejam possíveis; à minha mãe, que com a sua forma singular de ver o mundo, me ensina a não ter tanta preocupação com o futuro; e ao meu irmão, cuja leveza e beleza em ver a vida sempre me proporciona os melhores sorrisos e acolhida. São vocês que me ensinam a enxergar a beleza das flores nos caminhos mais difíceis.*

## **AGRADECIMENTOS**

Algumas pessoas afirmam que uma escrita é sempre solitária, sobretudo a acadêmica. Quanto a mim? Permito-me afirmar que, dialética e contraditoriamente, é e não é. E por isso, muitas são as pessoas a quem devo minha gratidão.

Ao que não é visível aos olhos, a Deus, que mesmo no silêncio acalma minha alma, guiando os meus caminhos.

Aos meus pais, Renato e Josilene, que apesar dos 123 km, estão comigo diariamente, sem o amor e o cuidado de vocês eu não seria a mulher que sou hoje.

Ao meu querido e único irmão, Rister Juan, meu amor-construção mais bonito. Obrigada pela tua leveza nas longas chamadas de vídeos, seu cuidado e escuta atenta aquecem meu coração.

Ao meu amor, meu melhor encontro, Jefferson Thalles, com quem compartilho as conquistas e os pequenos-grandes aborrecimentos da vida e os sonhos de futuro. Obrigada pelo seu cuidado e abrigo nos dias mais assombreados dessa escrita. Sua presença torna tudo mais leve, alegre e significativo.

À minha amiga, Vanessa Oliveira, presente do sertão paraibano, quem conheci no PPGDH/UFPB, presente que me proporcionou calma na tempestade desse processo.

Às minhas queridas amigas de Recife, Elaine e Islâne, que mesmo distantes fisicamente me proporcionam acolhimento, tê-las em minha vida é um presente divino.

À Iaciara Mendes, minha querida chefe, a quem dispenso gratidão pela amizade e ensinamentos diários no caminho do compromisso com a Política de Saúde Mental na Paraíba. Agradeço ainda por ter dado as condições objetivas fundamentais à construção deste trabalho.

Aos colegas de trabalho da Gerência Operacional de Atenção Psicossocial, especialmente as companheiras do cotidiano, Cristina Pereira e Mariana Patrícia, com vocês aprendo diariamente sobre o exercício profissional e a vida.

À Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN/UFPB), programa do qual sou egressa e continuo aprendendo com os/as residentes, sempre comprometidos com a RAPS/PB.

À professora Ludmila Correia e ao Loucura e Cidadania (LouCid/UFPB) pelas aspirações e ensinamentos antimanicomiais, sempre na luta pela efetivação da reforma psiquiátrica na Paraíba.

Ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (PPGDH/UFPB) em todo o seu corpo docente, assim como à Hebert, que cuidadosamente se dedica às demandas administrativas.

Ao professor Nelson Junior (PPGDH/UFPB), pelo aceite e considerações na banca de qualificação. Agradeço ainda as aulas ministradas, certamente ultrapassaram os muros da universidade.

Ao professor Rafael Nicolau (Departamento de Serviço Social/UFPB) pelas contribuições na banca de qualificação e por elucidar as possibilidades ao Serviço Social na Saúde Mental.

Aos/às trabalhadores/as e usuários/as da RAPS/PB, pelas trocas e ensinamentos afetivos-antimanicomiais, proporcionando que proporcionam o esperar.

## RESUMO

A reconfiguração da assistência à saúde mental ocorreu no bojo da “autocracia burguesa”, a partir do movimento de trabalhadores(as). No entanto, o recrudescimento capitalista ultraneoliberal apresenta profundos desafios à Seguridade Social Brasileira, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, à efetivação da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. O presente estudo tem como objetivo geral analisar a construção e a configuração da Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB) entre os anos de 2013 e 2024. Para alcançar este objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos: a. Contextualizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua repercussão na Política Nacional de Saúde Mental; b. Analisar a implantação da RAPS/PB no período de 2013 a 2024 ponderando a sua relação com a reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial; e c. Avaliar os desafios da implementação e operacionalização da RAPS/PB, considerando a totalidade social. A pesquisa fundamenta-se na teoria social crítica marxiana e adota uma abordagem qualitativa, utilizando a análise documental e a revisão de literatura. Foram analisadas leis, portarias, decretos e relatórios categorizados em Política de Saúde, Política Nacional de Saúde Mental e Política de Saúde Mental na Paraíba. A Paraíba ocupa o primeiro lugar nacional em taxa de cobertura de CAPS. Apesar disso, enfrenta desafios significativos, como a ampliação do cuidado integral e territorial, especialmente em relação à expansão de CAPS III, leitos de saúde mental e CAPS infantojuvenis. Outro desafio importante é promover a vivência em liberdade, com a ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a conclusão, mesmo que tardia, do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Além disso, há a necessidade de fortalecer as unidades de acolhimento (UA) como alternativa às práticas arcaicas e à remanicomialização, que se expressa, também, nas Comunidades Terapêuticas (CT). O estudo destaca a importância da intersetorialidade, considerando a interdependência dos direitos humanos e a efetivação do “legal” no “real”, isto é, a concretização dos princípios da Constituição Federal de 1988. Defende-se, ainda, o necessário espraiamento das dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da luta antimanicomial para outras políticas públicas, fortalecendo a construção de uma saúde mental baseada na liberdade, na dignidade e no cuidado integral.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica Brasileira; Política de Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba.



## RESUMEN

La reconfiguración de la asistencia en salud mental ocurrió en el marco de la “autocracia burguesa”, impulsada por el movimiento de trabajadores(as). Sin embargo, el recrudecimiento capitalista ultraneoliberal presenta profundos desafíos para la Seguridad Social Brasileña, el Sistema Único de Salud (SUS) y, en consecuencia, para la efectivización de la reforma psiquiátrica y la lucha antimanicomial. Este estudio tiene como objetivo general analizar la construcción y configuración de la Red de Atención Psicosocial en el estado de Paraíba (RAPS/PB) entre los años 2013 y 2024. Para alcanzar este objetivo, se definieron los siguientes objetivos específicos: a. Contextualizar la Reforma Psiquiátrica Brasileña y su repercusión en la Política Nacional de Salud Mental; b. Analizar la implementación de la RAPS/PB en el período 2013-2024, ponderando su relación con la reforma psiquiátrica brasileña y la lucha antimanicomial; y c. Evaluar los desafíos de la implementación y operacionalización de la RAPS/PB considerando la totalidad social. La investigación se fundamenta en la teoría social crítica marxiana y adopta un enfoque cualitativo, utilizando análisis documental y revisión bibliográfica. Se analizaron leyes, portarias, decretos e informes categorizados en Política de Salud, Política Nacional de Salud Mental y Política de Salud Mental en Paraíba. Paraíba ocupa el primer lugar nacional en la tasa de cobertura de los CAPS. A pesar de ello, enfrenta desafíos significativos, como la ampliación de la atención integral y territorial, especialmente en lo que respecta a la expansión de los CAPS III, camas de salud mental y CAPS infantiles y juveniles. Otro desafío importante es promover la vivencia en libertad, con la ampliación de los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) y la conclusión, aunque tardía, del proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley. Además, se hace necesario fortalecer las Unidades de Acogida (UA) como alternativa a las prácticas arcaicas y a la remanicomialización, que también se expresa en las Comunidades Terapéuticas (CT). El estudio destaca la importancia de la intersectorialidad, considerando la interdependencia de los derechos humanos y la efectivización de lo “legal” en lo “real”, es decir, la concreción de los principios de la Constitución Federal de 1988. Asimismo, se defiende la necesidad de ampliar las dimensiones de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) y de la lucha antimanicomial hacia otras políticas públicas, fortaleciendo la construcción de una atención en salud mental basada en la libertad, la dignidad y el cuidado integral.

**Palabras clave:** Reforma Psiquiátrica Brasileña; Política de Salud Mental; Red de Atención Psicosocial en Paraíba.

## ABSTRACT

The reconfiguration of mental health care emerged within the context of the “bourgeois autocracy,” driven by a workers’ movement. However, the intensification of ultraneoliberal capitalism presents profound challenges to the Brazilian Social Security system, the Unified Health System (SUS), and, consequently, to the effectiveness of psychiatric reform and the anti-asylum struggle. This study aims to analyze the development and structure of the Psychosocial Care Network in the state of Paraíba (RAPS/PB) from 2013 to 2024. To achieve this, the following specific objectives were established: a. Contextualize the Brazilian Psychiatric Reform and its impact on the National Mental Health Policy; b. Analyze the implementation of RAPS/PB from 2013 to 2024, considering its relationship with the Brazilian psychiatric reform and the anti-asylum struggle; and c. Assess the challenges of implementing and operationalizing RAPS/PB, considering the social totality. The research is grounded in Marxian critical social theory and employs a qualitative approach, utilizing document analysis and literature review. Laws, ordinances, decrees, and reports categorized into Health Policy, National Mental Health Policy, and Mental Health Policy in Paraíba were analyzed. Paraíba ranks first in the nation for CAPS coverage rate. Nonetheless, it faces significant challenges, such as expanding comprehensive and community-based care, particularly regarding the expansion of CAPS III, mental health beds, and CAPS for children and adolescents. Another critical challenge is promoting life in freedom by expanding Therapeutic Residential Services (SRT) and completing, albeit belatedly, the deinstitutionalization process for individuals with mental disorders in conflict with the law. Additionally, there is a need to strengthen shelter units (UA) as alternatives to archaic practices and re-institutionalization, also reflected in Therapeutic Communities (CT). The study highlights the importance of intersectorality, considering the interdependence of human rights and the realization of the “legal” in the “real,” that is, the concretization of the principles of the 1988 Federal Constitution. It also advocates for the diffusion of the dimensions of the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) and the anti-asylum struggle into other public policies, thereby strengthening the construction of mental health care based on freedom, dignity, and comprehensive care.

**Keywords:** Brazilian Psychiatric Reform; Mental Health Policy; Psychosocial Care Network in Paraíba.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

AMENT - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental

APS - Atenção Primária à Saúde

ABP - Associação Brasileira De Psiquiatria

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIDH - Comissão Internacional de Direitos Humanos

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNTSM - Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

CPJM - Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CT - Comunidade Terapêutica

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DACT - Departamento das Comunidades Terapêuticas

DESMAD - Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DPU - Defensoria Pública da União

EC - Emenda Constitucional

EMULTI - Equipe Multiprofissional da Atenção Básica

FBH - Federação Brasileira dos Hospitais  
FUNAI - Fundação Nacional do Índio  
IPP - Instituto de Psiquiatria da Paraíba  
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
LOS - Lei Orgânica da Saúde  
LOUCID - Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania/UFPB  
MRS - Movimento de Reforma Sanitária  
MRP - Movimento de Reforma Psiquiátrica  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
MPC - Modo de Produção Capitalista  
MNLA - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial  
MS - Ministério da Saúde  
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social  
MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental  
PASM - Pronto Atendimento em Saúde Mental  
PL - Projeto de Lei  
PNASH- Programa Nacional de Avaliação de Avaliação de Serviços Hospitalares  
PPF/PB - Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba  
PVC - Programa de Volta para Casa  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RAS - Redes de Atenção da Saúde  
RS - Regiões de Saúde  
RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial  
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SES/PB - Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SELA - Semana Estadual de Luta Antimanicomial

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - POLÍTICAS SOCIAIS E EVENTOS A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-1974 .....	28
QUADRO 2 - MARCOS COLETIVOS DE ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA DURANTE A DITADURA MILITAR.....	33
QUADRO 3 - EXPERIÊNCIAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	36
QUADRO 4 - MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NA DÉCADA DE 1980. ....	43
QUADRO 5 - CONSTITUIÇÃO CIDADÃ: SAÚDE DE TODOS DEVER DO ESTADO .....	48
QUADRO 6 - MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NA DÉCADA DE 1980 .....	55
QUADRO 7 - SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA I CNSM.....	56
QUADRO 8 - SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA II CNSM .....	64
QUADRO 9 - MARCO LEGAL DA RPB: A LEI Nº 10.216/2001... ..	69
QUADRO 10 - SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL III CNSM.....	73
QUADRO 11 - MARCO JURÍDICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARAIBANA: LEI Nº 7.639 DE 23 DE JULHO DE 2004 .....	84
QUADRO 12 - EDIÇÕES SEMANA ESTADUAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL.....	96
QUADRO 13 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	99
QUADRO 14 - TRIPÉ DA SEGURIDADE SOCIAL.....	104
QUADRO 15 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS .....	108
QUADRO 16 - COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO NO SUS.....	110
QUADRO 17 - ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA RAPS.....	116
QUADRO 18 - REGIÕES DE SAÚDE NA PARAÍBA.....	121

QUADRO 19 - CONFORMAÇÃO DA RAPS NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE EM 2013 .....	123
QUADRO 20 - SERVIÇOS A SEREM IMPLANTADOS RAPS 1ª RS ENTRE 2014/2015.....	125
QUADRO 21 - ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 1ª RS .....	128
QUADRO 22 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS 2ª RS ATÉ 2014 .....	130
QUADRO 23 - ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 2ª RS .....	131
QUADRO 24 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 12ª RS ...	132
QUADRO 25 - ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 12ª RS .....	133
QUADRO 26 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 14ª RS ...	134
QUADRO 27 - ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 14ª RS .....	135
QUADRO 28 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 3ª RS.....	136
QUADRO 29 - ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 3ª RS .....	138
QUADRO 30 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 4ª RS.....	139
QUADRO 31 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 5ª RS.....	140
QUADRO 32 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 15ª RS ...	141
QUADRO 33 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 16ª RS ....	143
QUADRO 34 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 6ª RS.....	145
QUADRO 35 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 7ª RS.....	147
QUADRO 36 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 8ª RS.....	148
QUADRO 37 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 9ª RS.....	149
QUADRO 38 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 10ª RS ...	150
QUADRO 39 - SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 11ª RS.....	151
QUADRO 40 - RELATÓRIO FINAL IV CNSM.....	154
QUADRO 41 - ORIENTAÇÕES A OPERACIONALIZAÇÃO DA RAPS/PB DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 .....	171

QUADRO 42 - SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA IV CNSM.....	175
QUADRO 43 - RECOMPOSIÇÃO FINANCEIRA DA RAPS.....	178
QUADRO 44 - CRITÉRIO POPULACIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DE CAPS CONFORME A PORTARIA 3.088/2011.....	188

### **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – CONFORMAÇÃO DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA .....	117
FIGURA 2 – CONFORMAÇÃO DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA .....	117
FIGURA 3 – CONFORMAÇÃO DA 2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA .....	118
FIGURA 4 – CONFORMAÇÃO DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA .....	119
FIGURA 5 – INVESTIMENTOS PACTUADOS PARA A RAPS 1ª RS .....	130

### **LISTA DE IMAGENS**

IMAGEM 1 - 1826: MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA.....	79
IMAGEM 2 - LUTA ANTIMANICOMIAL ABRASME (2020) .....	165
IMAGEM 3 - LUTA ANTIMANICOMIAL .....	166
IMAGEM 4 - MARCHA VIRTUAL LUTA ANTIMANICOMIAL DA PARAÍBA EM 2021 .....	167
IMAGEM 5 - “É MEU POR DIREITO” .....	167



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. Entre as conjunturas o movimento acontece: Movimento de Reforma Sanitária e Movimento de Reforma Psiquiátrica.....	21
2.1. Máquina de moer gente: ditadura militar e incidências da Luta Antimanicomial no Brasil.....	21
2.2. Redemocratização ou década perdida? Impactos na Política de Saúde Mental .....	39
2.3. “Confluência perversa”: neoliberalismo e os impactos à Luta Antimanicomial .....	62
3. Reforma Psiquiátrica Antimanicomial? A implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB).....	79
3.1. Do litoral ao sertão: trajetória da Reforma Psiquiátrica Paraibana .....	79
3.2. As dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Paradigma Psicossocial.....	97
3.3. Planejamento e Gestão do SUS: impactos à dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica .....	103
3.4. A Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB) .....	121
3.4.1. A RAPS da 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.....	123
3.4.2. A RAPS da 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.....	136
3.4.3. A RAPS da 3ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.....	144
4. “Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre”: desafios à implementação e operacionalização da RAPS/PB .....	153
4.1. Na cena da contemporaneidade: luta antimanicomial e desmonte da Seguridade Social Brasileira .....	153
4.2. “Se a gente desanimar eu vou colher no pomar a palavra teimosia”: (des)governo Bolsonaro e os impactos à Política de Saúde Mental.....	164
4.3. “Esperança equilibrista”: democracia pulsante e a RAPS.....	176
4.4. Entre o “legal” e o “real”: a conformação em 2024 da RAPS/PB.....	182
5. APROXIMAÇÕES FINAIS .....	197
REFERÊNCIAS .....	203

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo não começa nestas linhas, mas na travessia que me levou de Recife (PE) a João Pessoa (PB) para atuar como Assistente Social, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba (RESMEN/UFPB). Fundamenta-se nos aprendizados adquiridos na graduação em Serviço Social, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), onde aprendi que a defesa intransigente dos direitos humanos exige, antes de tudo, o conhecimento aprofundado da realidade concreta.

A inserção na RESMEN/UFPB proporcionou a aproximação e a atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa/PB, entre 2020 e 2022. Nesse período, vivenciamos o desmonte da Seguridade Social, com impactos na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), além da crise sanitária decorrente da pandemia da COVID-19.

O cotidiano profissional nos distintos pontos de atenção da RAPS foi permeado por desafios frequentes, especialmente no que se refere às lacunas assistenciais no próprio campo da saúde. Destacam-se a ausência de leitos para pessoas em situação de crise em saúde mental e para desintoxicação; práticas violadoras, como a desassistência de pessoas consideradas “loucas”; e a falta de articulação em rede, tanto no âmbito intra (dentro do próprio SUS) quanto intersetorial (com outras políticas públicas).

Recordo-me de que, em diálogo com outros/as profissionais de um determinado serviço de saúde mental, ao buscar identificar as estratégias de encaminhamento aos leitos integrais de saúde mental, previstos legalmente na Portaria nº 3.088/2011, ouvi: “aqui não tem isso não, ou vai para o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) ou para o Juliano Moreira”<sup>1</sup>. Aquela situação, tão rotineira e naturalizada, causou-me espanto. Como os profissionais dito substitutivo atrelam-se, de forma tão automática, à estrutura manicomial?

Logo lembrei de uma professora da graduação, que em uma brilhante aula disse: “a teoria lança luz à nossa prática”. Guardei o ocorrido, de forma material, no

---

<sup>1</sup> O PASM se constitui em um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, responsável pelo atendimento às situações de urgência e emergência psiquiátrica. Está localizado em uma estrutura anexa ao Complexo Hospitalar Governador Tarcísio de Miranda Burity (Ortotrauma), no bairro de Mangabeira. Já o Juliano Moreira, ou Complexo Hospitalar Juliano Moreira, consiste no hospital psiquiátrico, de gestão da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, localizado no bairro da Torre.

diário de campo e imaterial, na psique. Esse episódio desdobrou-se em alguns questionamentos: como uma capital possui tão poucos serviços substitutivos? Qual o papel do controle social no âmbito do SUS?

Essas foram as perguntas-problema que me levaram a escrever o projeto de pesquisa para ingresso no Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (UFPB). A realidade concreta revelou-se desafiadora. As tentativas de pesquisa no Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS/JP) ocorreram por meio de contatos telefônicos, e-mail e da plataforma digital da Prefeitura Municipal de João Pessoa, 1Doc (plataforma digital da Prefeitura Municipal de João Pessoa), bem como visitas institucionais à sede do CMS/JP, situada na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP).

O objetivo desses contatos era obter as atas de reuniões do CMS no período de 2014 a 2021 e os relatórios das quatro Conferências Municipais de Saúde Mental realizadas em João Pessoa. Nos contatos estabelecidos entre janeiro e fevereiro de 2023, foi alegado que todo o corpo institucional do CMS estava voltado à organização da 9ª Conferência Municipal de Saúde, o que inviabilizou a disponibilização dos documentos.

Diante dessa situação e da necessidade de prosseguir com a pesquisa, foram realizados contatos telefônicos, envio de e-mails e visitas institucionais ao Conselho Estadual de Saúde da Paraíba e à Área Técnica de Saúde Mental da SMS/JP, com o objetivo de obter o acesso aos relatórios finais das quatro conferências de saúde mental do município de João Pessoa. No entanto, esses órgãos informaram que não dispunham desses relatórios.

A 9ª Conferência Municipal de Saúde de João Pessoa foi finalizada em março. Considerando os trâmites burocráticos envolvidos nesse processo, retomamos o contato com o CMS/JP em abril de 2023. Naquele mês, foi realizada uma reunião com o corpo administrativo do Conselho, que informou que, devido a uma infiltração ocorrida em 2018, diversos documentos foram extraviados.

Assim, nessa ocasião, os únicos documentos disponibilizados foram a Lei e o Regulamento do CMS/JP. Posteriormente, em maio/2023, por meio da plataforma 1Doc, foram fornecidas algumas atas de reuniões encontradas em computadores e no próprio e-mail do Conselho. No entanto, a análise desses documentos, aliada às reuniões de orientação, revelou que seriam insuficientes para dar continuidade a

pesquisa. Desse modo, como as rotas mudam, esta pesquisa foi transformada ao longo do caminho — e, com ela, eu também.

No percurso do mestrado iniciei a atuação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) Jovem Cidadão e na Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP), vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB). Esta inserção ampliou os questionamentos. O objeto da pesquisa passou a ser a Política de Saúde Mental no estado da Paraíba

— assim, a presente pesquisa tem como ponto de partida um contexto socialmente determinado, fruto da minha inserção no real, isto é, a minha atuação profissional (Bourguignon, 2006).

As seguintes perguntas-problemas foram formuladas: como se construiu e se apresenta a RAPS no estado da Paraíba (RAPS/PB)? Qual a sua interface com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial? Parte-se da hipótese de que no estado da Paraíba a implantação da RAPS ocorreu de forma singular, com incidências que variaram entre os municípios, manifestando-se de maneira mais ou menos intensa conforme as especificidades locais.

No intuito de respondê-las, delineamos como objetivo geral: analisar a construção e a configuração da RAPS no estado da Paraíba (RAPS/PB) entre os anos 2013 e 2024, considerando a sua relação com a reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial. Traçamos como objetivos específicos: a. Contextualizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua repercussão na Política Nacional de Saúde Mental; b. Analisar a implantação da RAPS/PB no período de 2013 a 2024; c. Avaliar os desafios da implementação e operacionalização da RAPS/PB, a partir da totalidade social.

Para atingir os objetivos, partimos da teoria social crítica marxiana, tendo em vista a perspectiva de aproximações sucessivas à realidade. Procuramos extrair do objeto de estudo as suas múltiplas determinações, partindo da totalidade social para identificar as particularidades que se apresentam à Política de Saúde Mental na Paraíba. E ainda, o acúmulo teórico desenvolvido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, com destaque para os autores Paulo Amarante (2013; 2020) e Rachel Gouveia Passos (2017; 2021).

De acordo com Marx (2017) e aprofundado por Netto e Braz (2010), a totalidade social é compreendida como um conjunto de interconexões que permeiam a economia, a política e a cultura, determinando as relações sociais, que

são simultaneamente relações de produção. Essa totalidade é dinâmica e histórica, transformando-se ao longo do tempo, mas mantendo em seu núcleo as relações de produção e as classes sociais.

A totalidade é mais do que a soma de suas partes: é o modo como essas partes se relacionam dentro de um sistema econômico e social, no qual as condições materiais de existência exercem papel central em sua constante modificação. A particularidade refere-se aos fenômenos específicos, que têm suas próprias características, mas são moldados pela estrutura econômica e de classe que compõem a totalidade. Já a singularidade diz respeito a indivíduos ou fenômenos únicos que, embora influenciados pela totalidade e particularidade, apresentam traços específicos que demandam uma análise contextualizada. Para compreender essas dimensões de maneira interligada é fundamental uma leitura crítica da realidade social (Marx, 2017).

A realidade social é contraditória, dinâmica e marcada pela luta de classes, motor, a depender da correlação de forças, das transformações históricas (Netto; Braz, 2017). Portanto, compreendemos que as mudanças na conjuntura nacional e estadual para a afirmação das políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças na assistência em saúde mental, que coadunam a construção da RAPS, são frutos de uma conjuntura social e econômica específica.

Ao analisarmos a Política de Saúde Mental no estado da Paraíba, essas categorias foram essenciais para entender os avanços e desafios da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e da RAPS/PB. Utilizamos como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental (Fontes, 2002) e a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2016).

Sob esse horizonte, buscamos ir além das apreensões imediatistas acerca do objeto da pesquisa — a Política de Saúde Mental na Paraíba, buscando compreender como as contradições estruturantes do Modo de Produção Capitalista perpassam essa política. Na aparência, a RAPS surge como uma resposta progressista à Reforma Psiquiátrica, propondo um cuidado em liberdade e em rede, alinhado aos princípios do SUS. No entanto, ao aprofundar-se nas mediações, percebe-se que essa política é continuamente tensionada.

Ao atentarmos à abordagem teórica adotada, o conjunto documental foi analisado à luz da conjuntura política, econômica e social do Brasil e selecionados considerando a sua relevância para a estruturação e funcionamento da Política de

Saúde e da RAPS. Foram analisadas leis, portarias, decretos e relatórios organizados em:

Política de Saúde	Constituição Federal de 1988 - Capítulo da Saúde; Lei nº 8.080 e 8.142/1990; Portaria MS/GM nº 4.279/2010; Decreto nº 7.508/2011;
Política Nacional de Saúde Mental	Relatório final da I, II, III e IV Conferência Nacional de Saúde Mental; Lei nº 10.216/2001; Portaria MS/GM nº 336/2002; Portaria MS/GM nº 3.088/2011; Portaria MS/GM nº 3.588/2017; Portaria MS/GM nº 4.867/2024;
Política de Saúde Mental na Paraíba	Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica nº 7.639/2004; Lei nº 4.068/2002 - Reforma Psiquiátrica em Campina Grande; Lei nº 12.069/2011 - Lei do Passe Livre em João Pessoa; Lei nº 12.296/2012 - Reforma Psiquiátrica em João Pessoa; Lei 11.490/2019 - Semana Estadual de Luta Antimanicomial; 16 Planos da RAPS/PB.

As dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), à luz de Amarante (2013; 2020), foram indispensáveis para a análise destes documentos. Estas dimensões são interdependentes, contudo, esta pesquisa deu ênfase à dimensão jurídico-política e técnico-assistencial. Os Planos da RAPS das 16 Regiões de Saúde da Paraíba foram organizados em quadros-analíticos, categorizados em “legal e real” (Mondaini, 2007). Esse referencial permitiu evidenciar os desafios na operacionalização da RAPS/PB, contrastando o que está formalmente constituído e o que se efetiva na realidade concreta.

A partir último capítulo foram elaboradas quatro categorias: “Cuidado integral e territorial”; “Vivência em liberdade e reinserção comunitária”; “Residencialidades transitórias”; e por fim, “A convivência com o arcaico”. A pesquisa procurou apreender o conhecimento da realidade de forma dinâmica para desvelar as mediações entre a aparência e a essência da Política de Saúde Mental na Paraíba. Para Marx (2017) a aparência representa as manifestações superficiais dos fenômenos, tal como se apresentam na vida cotidiana, enquanto a essência remete às relações estruturais subjacentes que dão origem a essas manifestações. Isso exige um movimento teórico e prático que vá além das percepções imediatas,

explorando as contradições inerentes ao modo de produção e às relações sociais que o sustentam.

Foram analisadas três audiências públicas: a primeira realizada em maio de 2018, a segunda em setembro de 2018 e a terceira em maio de 2019, disponíveis no canal de YouTube da TV Câmara João Pessoa. Utilizamos ainda materiais de importantes jornais, como Brasil de Fato, G1, Jornal Diário do Sertão/PB. Esse conjunto de instrumentos possibilitaram o aprofundamento acerca do fechamento de hospitais psiquiátricos na Paraíba e da Política de Saúde Mental no município de João Pessoa.

A fundamentação teórica desta pesquisa foi construída, também, a partir de literatura especializada, incluindo livros e artigos científicos, foram consultadas dissertações e teses disponíveis nos repositórios da UFPB, UFPE, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). As categorias de busca utilizadas foram: “Luta Antimanicomial na Paraíba”, “Saúde Mental na Paraíba” e “Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba”, essa busca nos levou a 39 dissertações e 12 teses, sendo excluídas, a partir da leitura dos resumos, as que não apresentavam relação com o acúmulo teórico da reforma psiquiátrica brasileira.

Recorremos a referenciais teóricos como a tese de Anna Luiza Gomes - “A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa - PB” (2013). Esta tese, que apesar de ter como recorte territorial a capital do estado, proporcionou que a presente pesquisa se estrutura-se, visto que oferece pistas sobre a construção da RAPS na Paraíba, atrelada aos pressupostos da Luta Antimanicomial, no intento de superar o modelo asilar para comprometer-se com o paradigma psicossocial.

A tese de Doutorado de Tereza Cristina Ribeiro da Costa - “A Política de Saúde Mental na Contemporaneidade: entre a Inovação e o Conservadorismo” (2016), por oferecer uma análise pautada na Teoria Social Marxiana acerca do desmonte da saúde mental enquanto política pública, compreendendo-o como um fenômeno associado a atual fase do capitalismo à brasileira.

Além disso, fundamentamos nossa análise em base de dados textuais de revistas acadêmicas consolidadas nos campos da Saúde Mental e da Política Social, como a Revista *Argumentum*, do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); a Revista Humanidades

e Inovação, da Universidade Estadual do Tocantins (UNITINS); e os Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Consideramos ainda os trabalhos de Amarante (2013), Passos (2020), Magno e Correia (2020). Os textos e documentos analisados foram organizados em fichamentos, importante ferramenta na pesquisa acadêmica, que proporcionou organizar, sintetizar e registrar as informações relevantes sobre as leituras realizadas ao longo do processo de investigação, além de promover o acesso rápido e eficiente às informações coletadas (Pizzani *et al.*, 2012).

Destacamos ainda que, a nossa inserção na realidade concreta da Política de Saúde Mental, isto é, na GOAP/SES-PB, bem como na Atenção Hospitalar na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PB), proporcionou inquietações que só a realidade concreta nos dá, permitindo as reflexões — mediações que fundamentam esse texto (Bourguignon, 2006).

Outras inquietações relevantes surgiram durante as aulas das disciplinas cursadas no PPGDH/UFPB, como Teoria e História em Direitos Humanos, Teoria e História na América Latina, Metodologia da Pesquisa em Direitos Humanos, Tópicos Especiais em Direitos Humanos e Políticas de Drogas, e também no Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid/UFPB). As contribuições textuais dos/as professores/as, bem como as discussões realizadas em sala com os/as colegas, também enriqueceram esta pesquisa, evidenciando que o debate coletivo e plural nos impulsiona.

**No Capítulo 2** — “Entre as conjunturas o movimento acontece: Movimento de Reforma Sanitária e Movimento de Reforma Psiquiátrica”, abordamos como estas mobilizações, expressão da luta de classes, possibilitaram a reconfiguração da assistência em saúde e saúde mental no Brasil. Elucidamos que a “autocracia burguesa” possui uma relação íntima com o aparato manicomial, sendo os hospitais psiquiátricos utilizados como instrumentos de tortura. Com a redemocratização inaugurou-se um país avançado no “legal”, mas que esbarrou com o neoliberalismo, numa “confluência perversa”, dificultando a sua execução no plano “real” e afetando as garantias legais do SUS e da reforma psiquiátrica, mas que, em alguma medida, não impediu os avanços.

**No Capítulo 3** — “Reforma Psiquiátrica Antimanicomial? A implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba” — buscamos particularizar a discussão, para compreender as especificidades históricas e regionais para a



implementação da RAPS/PB. Para tanto, realizamos a análise dos Planos da RAPS das 16 Regiões de Saúde da Paraíba, aprovados em 2013, por isso a escolha desse marco temporal na pesquisa. Tais planos foram categorizados em quadros-sínteses: “Conformação da RAPS” na ocasião da aprovação do Plano; “Serviços a serem implantados”; e “Entre o legal e o real” que apresenta a conformação mais recente, isto é, em 2024. Esses quadros foram organizados de acordo com as Regiões de Saúde, considerando a estruturação das Macrorregiões de Saúde do estado.

No **Capítulo 4** — “Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre: desafios à implementação e operacionalização da RAPS/PB”, elucidamos a contemporaneidade e como essa reverbera sobre a política de saúde mental. Destacamos o ultraneoliberalismo, a partir do golpe de 2016, que se cristaliza com o (des)governo Bolsonaro, incidindo na remanicomialização da saúde mental. Apresentamos um panorama da RAPS/PB em 2024, que apesar de ainda ocupar o primeiro lugar nacional em taxa de cobertura de CAPS precisa ultrapassar o processo de “capscização” para proporcionar o cuidado integral e territorial e viabilizar a vivência em liberdade e comunitária para assim ultrapassar a convivência com o arcaico.

Por fim, na seção **aproximações finais**, reunimos os principais achados desenvolvidos ao longo da pesquisa. Destacamos que esta pesquisa se apresenta como um esforço para ampliar o entendimento acerca da saúde mental para além das perspectivas funcionalistas, bem como elucidar os desafios para a implementação e operacionalização da RAPS/PB diante da conjuntura nacional. Esperamos que este estudo contribua para o aprofundamento sobre a saúde mental enquanto política pública, essencialmente pautada na luta antimanicomial, ainda que permeada pela disputa pela hegemonia. Almejamos também que ultrapasse os muros da academia, alcançando os/as trabalhadores/as e usuários/as dos serviços de saúde mental, que são os principais protagonistas da RAPS/PB.

## 2. Entre as conjunturas o movimento acontece: Movimento de Reforma Sanitária e Movimento de Reforma Psiquiátrica

“É preciso a certeza de que tudo vai mudar;  
É necessário abrir os olhos e perceber que as coisas boas estão dentro de nós:  
onde os sentimentos não precisam de motivos nem os desejos de razão.

O importante é aproveitar o momento e aprender sua duração;

Pois a vida está nos olhos de quem sabe ver...

Se não houver frutos, valeu a beleza das flores.

Se não houver flores, valeu a sombra das folhas.

Se não houver folhas, valeu a intenção da semente.”

FILHO, Henrique de Sousa. Henfil<sup>2</sup>

Este primeiro capítulo corresponde a uma análise documental e levantamento bibliográfico, visando compreender o Movimento de Reforma Sanitária (MRP) e o de Reforma Psiquiátrica (RP) a partir das conjunturas, tendo como principal horizonte teórico-metodológico o pensamento marxiano. A análise que segue objetiva apresentar a relação existente entre estes dois movimentos, bem como elucidar a trajetória dos paradigmas de cuidado em saúde mental.

Para tanto, iniciamos com os períodos finais do passado recente da história brasileira, a ditadura civil militar, por compreendê-lo como um período marcado pela contradição entre a repressão e a resistência, desencadeada pela classe dominante, para a manutenção do *status quo*, e a classe trabalhadora na luta pela obtenção de melhores condições de vida e usufruto dos direitos humanos.

### 2.1. Máquina de moer gente: ditadura militar e incidências da Luta Antimanicomial no Brasil

A partir de uma abordagem centrada na teoria marxiana, José Paulo Netto (2011, p. 16) elucida que a ditadura civil militar no Brasil não se deu isoladamente, mas tratou-se de um processo global e unitário, que “imbrica, engrena e colide com os vetores econômicos, sociais, políticos (e geopolíticos), culturais e ideológicos”

---

<sup>2</sup> Frase de Henfil, desenhista, jornalista e escritor. Atuou em movimentos políticos e sociais, lutou contra a ditadura civil militar, tendo como principal instrumento de combate ao regime, seus desenhos críticos e satíricos que retratavam a realidade de seu tempo.

existentes à época, atravessada por uma estratégia de dominação de raça, classe e gênero, perpetuando a dominação capitalista.

Tratou-se de um

mosaico internacional em que uma sucessão de golpes de Estados [...] era somente o sintoma de um processo de fundo: movendo-se na moldura de uma substancial alteração na divisão internacional do trabalho, os centros imperialistas, sob o hegemonismo norte-americano, patrocinaram, especialmente no curso dos anos sessenta, uma contrarrevolução preventiva em escala planetária (Netto, 2011, p. 17).

Essa contrarrevolução preventiva possuía três razões de ser intimamente relacionadas. A primeira, visava adequar os padrões de desenvolvimento nacionais ao aprofundamento da internacionalização do capital; em segundo, surrupiar os distintos protagonismos sociopolíticos que se opunham ao sistema capitalista; e por último, “dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo” (Netto, 2011, p. 16).

Desse modo, as ditaduras ocorreram em toda a América Latina, afetando países como o Chile, Bolívia, Uruguai, Paraguai, Argentina, dentre outros. Causaram fissuras históricas, violações de direitos humanos, cada qual com suas especificidades, mas elucidando que “é a América Latina, a região das veias abertas” (Galeano, 2021, p. 196).

Afinal,

o que são os golpes de Estado na América Latina senão que sucessivos episódios de uma guerra de rapina? As flamantes ditaduras, de imediato, convidam as empresas estrangeiras para explorar a mão-de-obra local abundante e barata. O crédito é ilimitado, às isenções de impostos e os recursos naturais ficam ao alcance da mão (Galeano, 2021 p. 196).

Os resultados desse período se caracterizam com o acirramento da subalternidade aos interesses imperialistas, estruturas políticas “garantidoras da exclusão de protagonismos comprometidos com projetos nacional-populares e democráticos; e um discurso oficial (bem como uma prática policial-militar) zologicamente anticomunistas” (Netto, 2011, p. 17).

Faz-se necessário, conforme aponta Netto (2011, p. 18), a reflexão acerca da “autocracia burguesa” a partir das relações econômicas e sociais especificamente brasileiras. O autor elucida que “o desenvolvimento capitalista não se operou contra o atraso, mas mediante a sua contínua reposição em patamares mais complexos, funcionais e integrados”.

Com isso, recorremos também à Sueli Carneiro (2011, p. 15), que expõe a característica histórica brasileira de perpetuação das heranças da escravidão, que consolida em seu imaginário social alguns como “portadores de humanidade incompleta”, naturalizando que estes “não participem igualitariamente do gozo pleno dos direitos humanos”.

Netto (2011, p. 18), vai apontar outras duas características para compreender a ditadura civil militar de forma ampliada e não reducionista. O autor demonstra que a formação social brasileira é marcada pela classe dominante, impedindo ou travando a “incidência de forças comprometidas com as classes subalternas nos processos e centros políticos decisórios”, sendo a socialização da política um processo sempre inconcluso.

Por fim, “a característica do Estado brasileiro, muito própria desde 1930 [...] é um Estado que historicamente serviu de eficiente instrumento contra a emersão, na sociedade civil, de agências portadoras de vontades coletivas e projetos societários alternativos” (Netto, 2011, p. 19). A partir de 1959, com a industrialização pesada, passa-se a ser necessário um novo padrão de acumulação, tem-se um rearranjo nas relações entre Estado e capital privado nacional, que acaba por entregar uma apreciável parcela de privilégios ao capital internacional.

Ao exaurir esta articulação política, sucede a emersão de amplas camadas trabalhadoras urbanas e rurais no cenário político reivindicando por reformas de base, originando a falsa ideia de uma subversão comunista no Brasil. Para Netto (2011) esta inserção não se caracterizava como um quadro pré-revolucionário, mas uma tentativa de modificação na correlação de forças entre a burguesia nacional e a classe trabalhadora.

Tem-se assim que a primeira metade dos anos 1960 é marcada pelos movimentos sociais de trabalhadores engajados

fortemente na luta por um conjunto de reformas de natureza estrutural, que, caso aprovadas pelo Congresso Nacional, abriria espaço para a transformação dos elementos estruturantes responsáveis pela sustentação da ordem capitalista em nosso país. Dessa forma, em se realizando a reforma agrária, a reforma bancária, a reforma eleitoral, a reforma fiscal etc. - tudo isso na direção de uma progressiva nacionalização da economia -, dar-se-ia um passo fundamental rumo à construção de uma sociedade mais igualitária em termos sociais e econômicos (Mondaini, 2013, p. 52)

Diante das mobilizações democráticas, a burguesia nacional viu-se ameaçada; as alianças do Governo Goulart vão se dissipando, pressionados pela piora na economia, o campo democrático vai se dividindo, dando lugar à direita, “que vinha de um longo processo conspirativo, vai colecionando adesões e saindo das sombras” (Netto, 2011, p. 25).

Para Marco Mondaini (2013, p. 59), o “Golpe de Estado civil-militar concretizado entre os dias 31 de março e 1º de abril de 1964 inaugurou um dos períodos mais tenebrosos da história recente do Brasil”. Dialogando assim com Netto (2011) que analisa o golpe enquanto interruptor das mobilizações e da maturação de um processo democrático no país.

A “autocracia burguesa” (Netto, 2011) corresponde, assim, à reação dos grupos dominantes e extremamente conservadores do país, que de um lado refere-se “ao aparelho coercitivo das Forças Armadas, e, de outro, à propaganda ideológica da Igreja católica, as burguesias nacional e internacional, junto aos latifundiários” (Mondaini, 2013, p. 60).

A burguesia nacional, com a ditadura militar, passou a ter a hegemonia por meio da força “apelando para a antidemocracia e a dependência” (Bravo, 2010, p. 39). No período de 1964 a 1974 as expressões da questão social eram respondidas pelo “binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, para aumentar o poder de regulação sobre a sociedade” (Bravo, 2010, p. 41).

Importa-nos elencar que o debate acerca da “questão social” é permeado por distintas concepções, de modo a não ser simplista, tem-se a discussão que se pauta nesta enquanto constitutiva da sociedade burguesa; e os debates em torno de uma “nova questão social” para descrever as desigualdades, a exclusão social e conflitos sociais nas sociedades pós-industriais e globalizadas.

Tem-se como principais referências sobre a temática Netto (2011), Santos (2012) e Iamamoto (2015), que se atrelam à perspectiva marxiana. Enquanto categoria, a “questão social” surge na Europa Ocidental para dar conta do fenômeno do pauperismo na primeira onda de industrialização do capitalismo, em que a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir a riqueza (Marx, 2017).

Diante disso, a classe operária passa a se organizar e questionar o pauperismo, reivindicando a intervenção do Estado para além da caridade e

repressão. A questão social apresenta-se de forma particular em cada contexto histórico, a exemplo, conforme Netto (2011), na primeira metade do século XIX passa a compor o campo conservador laico e confessional. Os pensadores laicos passaram a naturalizá-la, colocando-a como ineliminável e componente de qualquer ordem social, defendia-se no máximo uma intervenção política limitada; no campo confessional, atrelava-se à vontade divina e como tal deveria ser objeto de uma ação moralizadora.

À medida que o capitalismo vai se refazendo, isto é, de acordo com a conjuntura político-econômica, as expressões da questão social são modificadas. Nas três décadas gloriosas, experienciada pela Europa Ocidental, esta apresentava-se como um passado recente e privilégio da periferia do Capital, contudo, a partir do neoliberalismo demonstra-se que o capitalismo não tem nenhum compromisso social. A sociedade burguesa “a cada novo estágio de seu desenvolvimento, instaura expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondente à intensificação da exploração que é a sua razão de ser” (Netto, 2011, p. 160).

Assim, concluímos que sob a interpretação marxiana inexistente uma “nova questão social”, mas a acentuação e a recriação de suas expressões, que no capitalismo financeiro e mundializado apresenta-se como reflexo das contradições inerentes ao Modo de Produção Capitalista (MPC) que gera desigualdades estruturais, afetando a vida da classe trabalhadora. Faz-se necessário ainda considerá-la em acordo com a formação social de cada país, sendo no Brasil marcada pela escravização e a colonização.

Tratando-se do período ditatorial Behring e Boschetti (2011, p. 137) afirmam que em resposta às expressões da questão social, a política social se orientava pelas vias tecnocráticas e conservadoras, bem como pela contradição entre expansão de direitos sociais em meio à restrição de acesso aos direitos civis e políticos. Esse momento é marcado pelo “sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar”.

Tem-se a redução dos gastos com a saúde pública enquanto decisão política e não pautada em indicadores sociais, com ênfase na medicina previdenciária, que se orientava por “valores tais como a lucratividade e o controle da força de trabalho” (Bravo, 2010, p. 45). O acordo político entre a burguesia nacional e internacional que deu base à ditadura militar para prosseguir com o

“pacto contrarrevolucionário” (Netto, 2011), não conseguiu “ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, necessitando gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil” (Bravo, 2010, p. 45).

Apesar da durabilidade histórica, cerca de 21 anos de regime militar, podemos recorrer a Gramsci (Coutinho, 1981, p. 53) quando este elenca que as contradições, inerentes aos regimes políticos se apresentam, demonstrando a presença das “guerras de posição”, que abre espaço para a construção de uma nova hegemonia; enumerando ainda que para “ser a classe dirigente, não basta controlar a produção econômica, mas deve também exercer a direção político-cultural sobre o conjunto das forças sociais”.

Netto (2011, p. 29-32), aponta que o Estado pós-64 é essencialmente antinacional e antidemocrático, atuante na “modernização conservadora”, concentrando o poder nas “mãos de uma burocracia civil e militar que serve aos interesses consorciados dos monopólios imperialistas e nativos”. O regime corroborou para o processo de concentração e centralização, levando à internalização e territorialização do imperialismo.

Importa-nos sinalizar que Netto (2011, p. 37) demarca a autocracia em “três lustros”. O primeiro, de 1964 a 1968, é marcado pela “inépcia da ditadura em legitimar-se politicamente”; de dezembro de 1968 a 1974, que corresponde “à coesão da força tutelar do novo poder, a corporação armada”, ganha força os movimentos operários, sindical e estudantil, “expressão privilegiada da pequena burguesia urbana, assumiu ruidosamente a frente da contestação à nova ordem”.

A ascensão política de confronto ao regime é rompida com o Ato Institucional n.º 5 (AI-5), com este

abre-se o genuíno momento da autocracia burguesa. O que fora, até então, uma ditadura reacionária, que conservava um discurso coalhado de alusões à democracia e uma prática política no bojo do qual ainda cabiam algumas mediações de corte democrático-parlamentar, converte-se num regime político de nítidas características fascistas. No bloco sociopolítico dominante, conquista preeminência indiscutível o componente mais reacionário do pacto contrarrevolucionário, aquele que corporifica os interesses do grande capital monopolista imperialista e nativo. [...] Com efeito, é nesse momento do ciclo autocrático burguês que a ditadura ajusta estruturalmente o Estado de que antes se apossara para a funcionalidade econômica e política do projeto “modernizador”. Esta adequação integra o aparato dos monopólios ao aparato estatal.

O AI-5 representou a abertura dos “anos de chumbo” e a cristalização do regime autoritário, tendo como principal marca a violação sistemática aos direitos

humanos, apontava como interesse a manutenção e preservação do que os militares e a burguesia nacional consideravam “Revolução”, no Art. 4º enumerava que o então presidente da república, junto a Conselho de Segurança Nacional (CSN), poderia suspender os direitos políticos e civis de qualquer cidadão por 10 anos, assim como cassar mandatos, fossem eles municipais, estaduais e federal.

No Art. 5º, o AI-5 estabelecia a suspensão do direito de votar e ser votado nas eleições sindicais; proibição de manifestações sobre assuntos políticos; aplicação de “medidas de segurança” como liberdade vigiada e a proibição de frequentar determinados lugares (Brasil, 1968). Tem-se como marco a institucionalização da pena de morte e a tortura, sendo representativas as mortes de Carlos Marighela e Carlos Lamarca; crescimento do analfabetismo no Norte e Nordeste, impossibilitando a maioria em participar do pleito eleitoral; maior concentração de renda no Centro-Sul, beneficiando a camada mais rica, enquanto que trabalhadores/as vivenciavam o arrocho salarial.

O governo Médici e o chamado “milagre econômico” foram embebidos de um aspecto desigual e opressor às camadas populares e oponentes (Araújo, 2018). Desse modo, corroboramos com Netto (2011) quando este afirma que esse terrorismo de Estado é a face da racionalização e da “modernização conservadora”, que diz respeito a uma pseudo modernização econômica, sem romper com as bases aristocratas, escravocratas e ruralistas da burguesia brasileira.

O terceiro momento da Ditadura Militar corresponde ao período Geisel, de 1974 a 1979, “se 1968 marcou uma inflexão para cima do ciclo autocrático burguês, 1974 marcou-se para baixo”, visto que é aberto à crise do milagre econômico, na definição do autor, uma “crise do regime autocrático burguês” (Netto, 2011, p. 40). Na análise marxiana, essa crise corresponde a mais uma crise cíclica do capital, já que é “constitutiva do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise” (Netto; Braz, 2010, p. 157).

A partir de 1974 começaram a aparecer as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto modernizador-conservador, diante do quadro internacional em que a economia se encontrava.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a passagem dos anos sessenta aos setenta, o capitalismo monopolista viveu uma fase única em sua história, fase que alguns economistas designam como os ‘anos dourados’, ou ainda, as ‘três décadas gloriosas’. Foram quase trinta anos em que o sistema apresentou resultados econômicos nunca vistos, e que não se



repetiram mais: as crises cíclicas não foram suprimidas, mas seus impactos foram diminuídos pela regulação posta pelo Estado (Netto; Braz, 2010, p. 195).

O capitalismo contemporâneo, que “inicia-se nos anos setenta do século XX e continua a ter no centro da sua dinâmica o protagonismo dos monopólios” (Netto; Braz, 2010, p. 211), se dá com o aprofundamento da crise, que põe fim aos “anos dourados”. Conforme os autores (Netto; Braz, 2010), o período é marcado pela “mundialização do capital”, tendo à frente os Estados Unidos.

Os “anos de ouro” fomentaram uma idealização do sistema capitalista, sobretudo nos países centrais, mediante a proteção social inerente ao *Welfare State*, apesar de já haver sinais de acentuação das expressões da questão social. Neste período houve um notável crescimento econômico impulsionado pela reconstrução pós-guerra, avanço tecnológico, produção e consumo em massa.

Entre 1968 e 1973 esta expansão esgotou-se, desencadeada pelo colapso do sistema financeiro e a eclosão da denominada crise do petróleo. A ideia de um capitalismo democrático é suprimida, “em 1974-1975: num processo inédito no pós-guerra, registra-se então uma recessão generalizada, que envolve simultaneamente todas as grandes potências imperialistas. [...] A onda longa expansiva é substituída por uma longa recessiva” (Netto; Braz, 2010, p. 214).

Diante do cenário internacional e a crise do “milagre econômico”, em nível nacional, a partir de 1974 ocorre o

reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais, numa parcela da igreja que se posicionava em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos (Bravo, 2010, p. 46).

Diante do esfacelamento econômico, Bravo (2010) aponta que o regime militar passou a promover modificações no setor da saúde, não deixando de privilegiar o setor privado previdenciário; contudo, possibilitou a mínima inclusão de alguns segmentos da sociedade civil. A política social, neste período, é marcada pelo “mix de repressão e assistência” (Behring; Boschetti, 2011, p. 136).

Isto é, o regime militar combinava elementos de repressão a qualquer forma de oposição através de censura à imprensa, perseguição, prisão, tortura e restrição aos direitos civis e políticos; com a implementação de políticas sociais compensatórias no intuito de legitimar o regime militar e manipular a população com uma falsa ilusão de bem estar social.

Constata-se como principais políticas sociais a criação da Renda Mensal Vitalícia que garantia um salário mínimo para pessoas idosas em condição de pobreza, que tivessem contribuído por ao menos um ano; ampliação da previdência social aos trabalhadores/as rurais, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); criação do Ministério de Previdência e Assistência Social em 1971, incorporando a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor; e o Banco Nacional de Habitação, que marcou o crescimento das empreiteiras sem nenhuma transparência e controle dos gastos públicos (Behring; Boschetti, 2011).

Pontua-se que ao passo que estas políticas foram impulsionadas, tendo como característica o acesso restrito, a ditadura militar abriu espaço para a saúde, a previdência e a educação privadas. No que tange à saúde, no quadro abaixo expõe-se os principais feitos dos governos militares:

<b>QUADRO 1 - POLÍTICAS SOCIAIS E EVENTOS RELACIONADOS A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-1974</b>	
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);
	Conselho de Desenvolvimento Social (CDS);
	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento (FAS);
1975	Lei do Sistema Nacional de Saúde;
	V Conferência Nacional de Saúde (CNS);
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS); Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas; Programa de Preparação Estratégica de Pessoal na Saúde (PPREPS);

1977	VI CNS;
1978	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Bravo (2010).

A criação de tais instituições, bem como a realização de eventos, como as CNS, não representou mudanças no acesso à política de saúde, permeada pela dicotomia entre assistência centralizada no saber médico e saúde coletiva, transpassadas pela corrupção, centralização, focalização em campanhas higienistas, privatização, enfoque nas endemias, e apesar da realização de conferências, não representou a participação de trabalhadores/as e movimentos sociais (Bravo, 2010).

Essa estrutura organizativa de junção entre previdência, assistência e saúde, impôs a medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e em especializações, em detrimento da saúde pública coletiva, com a indução da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares (Bravo, 2010; Behring; Boschetti, 2011).

Dentre as particularidades do campo da saúde, a política de saúde mental era marcada pela desassistência, higienização social, punição e repressão, tendo como predomínio a hospitalização. Augusto Bisneto (2007) aponta que a partir de 1964 o número de hospícios no Brasil ampliou-se, bem como a centralização do atendimento psiquiátrico na rede previdenciária, em uma espécie de parceria público-privada, por meio da qual as clínicas psiquiátricas realizavam os atendimentos e o INPS efetuava o pagamento.

Não é de causar espanto que um regime político pautado na destruição do antagonismo e na violação aos direitos à liberdade, à vida, políticos e civis possibilitaria a ampliação de hospitais psiquiátricos, já que o manicômio é o espaço construído para o aniquilamento da individualidade e para a objetificação. Nestes locais, conforme Basaglia (2010, p. 24) “o *doente*<sup>3</sup> não encontra outra coisa senão

<sup>3</sup> Compreendemos que o modo como “denominamos a experiência do sofrimento e/ou adoecimento psíquico corrobora com a propagação do preconceito que atravessa os/as usuários/as atendidos/as nos diferentes serviços de saúde mental” (CFESS, 2022, p. 11), portanto não coadunamos com a

o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento”.

Assim, pontuamos que a estrutura manicomial contribuiu para a manutenção da ditadura militar, em uma espécie de retroalimentação, visto que ambos se beneficiaram. Ou seja, a lógica manicomial, que tem a sua razão de ser na exclusão e na opressão, se fortalecia à medida que contribuía para a manutenção da ditadura militar ao perpetuar violações de direitos humanos àqueles que lutaram para o fim desse regime. Como demonstra Arbex (2013, p. 23), locais como o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena possuía mais fins políticos do que terapêuticos,

a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental, apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar.

Sob forte influência do conceito de “instituições totais” formulado por Goffman (1961), que correspondem a estruturas sociais que visam regular e controlar todos os aspectos da vida, promovendo a mortificação dos sujeitos, Basaglia (2010, p. 133) pontua que o manicômio tem a punição como ponto de partida “em torno do qual se constroi e justifica-se”, sendo assim, funcional ao sistema capitalista, exacerbando-se em conjunturas ditatoriais.

Ocorreu um aumento no fluxo de internações em hospitais psiquiátricos entre 1968/1970, em grande medida vindas da rede ambulatorial, incipiente na época, sendo marcada pelo aumento na mortalidade, que era maior que em outras especialidades médicas (Passos, 2018). Vale ressaltar que, à época, a influência norte-americana também percorre este campo, pois seguia-se o modelo de “Psiquiatria Preventiva”, fortemente alinhada ao ajustamento moral e social, pautando-se na psicologização/patologização da vida em uma espécie de “sanidade mental universal” (Amarante, 2013, p. 107).

---

terminologia “doente/doença mental”, historicamente estigmatizante e utilizada para propagar estruturas manicomiais, bem como a noção de loucura atrelada à periculosidade, insanidade e descontrole. Assim, tal uso será feito quando não for possível retirá-lo de algumas citações importantes para o desenvolvimento da presente dissertação.

Corrobora-se assim com a aproximação marxiana de que o modo como a produção se organiza afeta as relações sociais, visto que o capitalismo consiste em uma relação social que envolve a exploração de uma classe - burguesia, em detrimento de outra - classe trabalhadora (Marx, 2017; Alves, 2011). Em um contexto de influência estrangeira, em decorrência da subordinação da burguesia nacional, imperava no Sistema Nacional de Saúde “o predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a busca incessante pela tecnificação da burocracia, na tentativa de desenvolver e estimular a mercantilização da saúde” (Passos, 2017, p. 126).

Neste período, cerca de 97% dos recursos do INAMPS eram transferidos para a manutenção dos leitos psiquiátricos em hospitais privados, demarcando a centralização no modelo hospitalocêntrico e a privatização da assistência em saúde mental. Este fenômeno ficou categorizado como “indústria da loucura”, formulado por Carlos Gentile de Mello (1977), demarcando o compromisso da ditadura militar com os grupos dominantes.

Esta máquina de moer gente encontrou na psiquiatria a caricatura perfeita para a criação da imagem de um pseudo inimigo da pátria, da segurança nacional, por meio de um ideário de periculosidade (Guedes, 2019). A psiquiatria foi fundamental para justificar a internação e o isolamento de corpos e subjetividades historicamente consideradas desviantes, perigosas e irracionais.

Ao longo da ditadura militar, o Estado brasileiro utilizou-se das instituições psiquiátricas como ferramenta de opressão, lançando mão do uso da eletroconvulsoterapia e de medicamentos à base de escopolamina como instrumentos de tortura (Costa, 2024). Sob o véu terapêutico, hospitais psiquiátricos foram ampliados, servindo como local de prisão política, evidenciados como “instituições da violência” que tem a punição como ponto de partida, sobre a qual se constrói e se justifica (Basaglia, 2010).

Nestas circunstâncias emerge o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) que se espraia em 1978 com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Esta crise deu-se no Centro Psiquiátrico Pedro II, quando um grupo de trabalhadores/as denunciavam as violações de direitos humanos, a ausência de condições de trabalho, péssima estrutura física; porém, os dirigentes, em sua maioria militares, compreenderam como uma forma de revolta ao Estado, ocasionando na demissão de cerca de 260 profissionais (Amarante, 2013; 2020).

A partir de então, organizaram-se reuniões de diversos grupos interessados em transformar a saúde mental, integrando sindicatos e outras organizações da sociedade civil, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Vasconcelos (2010, p. 23) elenca as reivindicações do MRP como o primeiro período de mobilização da sociedade civil em defesa da saúde mental, “contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura”, mobilizações tais expressamente orientadas à mobilização da opinião pública, denunciando as violações em hospitais tanto públicos, como privados, “alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental”.

Este movimento ocorre em um cenário nacional marcado pela “insatisfação – explícita e maciça por parte da classe média e de setores empobrecidos – com o governo militar” (Passos, 2018, p. 126); ademais, tem-se o aumento sem precedentes da dívida externa, o empobrecimento generalizado da população, desemprego e crise dos serviços públicos (Behring; Boschetti, 2011). Diante disso, alguns profissionais da saúde

iniciaram uma reação pretendendo transformar o setor por meio de motivações no sistema atual (caracterizado pela dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção), mas enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que congregava os interesses do setor privado (Bravo, 2010, p. 57).

A efervescência do MTSM dialoga com as inquietações vivenciadas no campo da saúde, mediante a junção de setores progressistas que passaram a organizar encontros e produções teóricas, aproximando-se das ciências sociais, possibilitando a reflexão sobre o campo da saúde coletiva, criando o que viria a ser chamado de Movimento Sanitário (Bravo, 2010).

Para Escorel (2012) este movimento possuía três vertentes: 1. O Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); 2. Movimento de médicos residentes e de renovação médica; 3. Profissionais docentes e pesquisadores/as. O CEBES, entidade criada em 1975, tinha por finalidade defender a saúde coletiva, produzir conhecimento sobre a saúde da população e articular conhecimentos com a prática política, sendo assim uma instância de

organização do saber no campo da saúde em diálogo com as questões populares (Bravo, 2010).

A Reforma Sanitária, também com influência italiana, conforme Arouca (1999, apud Escorel, 2012, p. 343), corresponde a “um projeto civilizatório”, visando a transformação sanitária do país por meio da democratização da saúde, reconhecendo-a enquanto direito inerente à cidadania, à democratização do Estado, à descentralização, ao controle social e à democratização da sociedade.

<b>QUADRO 2 – MARCOS COLETIVOS DE ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA DURANTE A DITADURA MILITAR</b>	
1972	Mestrado em Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), formando profissionais em saúde coletiva. Ampliação do financiamento à Escola Nacional de Saúde Pública (ESPN), sobretudo a dois programas, o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (PEPRE);
1974	Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC), transformou-se em fórum, tendo como ideias chave a democratização da saúde e contra a privatização; no entanto, em 1979 ocorre seu esvaziamento e desaparecimento;
1975	Criação da CEBES e da Revista Saúde em Debate; fundamental para a estruturação do movimento de reforma sanitária enquanto movimento social organizado;  Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), “primeira experiência coletiva de um grupo de saúde coletiva na previdência social”, criando Planos de Saúde para “sete regiões metropolitanas e para todo o estado da Paraíba. [...] derrotado pelos interesses mercantis hegemônicos” (Escorel, 2012, p. 345);  Projeto Montes Claros, primeira experiência de organização da saúde sob os princípios da regionalização e hierarquização;
1976	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM), torna-se um movimento estudantil, com teor fortemente político, sob influência da medicina social;

1978	Greves de profissionais da saúde por melhores condições de trabalho e salário, sendo o “Movimento dos Médicos Residentes desempenhou um papel de vanguarda” (Escorel, 2012, p. 344). Ressaltando-se que o movimento se atrelava aos movimentos da época, como o Movimento de Anistia; Conferência de Alma-Ata, Organização Mundial da Saúde (OMS).
1979	I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados; Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltada a criação de uma estrutura básica de saúde pública na Região Nordeste; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); Sociedade de Serviços Gerais para Integração pelo Trabalho (SOSINTRA), primeira associação brasileira de familiares de usuários da saúde mental.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Escorel (2012) e Amarante (2020).

A conjuntura que cerca os acontecimentos do Quadro 2 é marcada pela fragilização da autocracia burguesa, tendo como marco o ano de 1979, mediante a extinção do AI-5. Para Behring e Boschetti (2011, p. 138) tem-se em “marcha uma transição democrática fortemente controlada pelas elites para evitar a constituição de uma vontade popular radicalizada”.

Neste período o mundo encontrava-se em efervescentes mudanças, dentre as quais o campo da saúde mental, incorporada historicamente à lógica pineliana que se propagou como ideal moderno, principalmente no Ocidente (Passos, 2018; CFESS, 2022). A partir de 1970, conforme Vasconcelos (2016, p. 37), alargaram-se os processos de reforma psiquiátrica nos principais países do mundo, no intento de fomentar mudanças nas políticas e nos saberes do campo da saúde mental.

Este mesmo autor elucida que a

reforma psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a atenção centrada em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazos, marcada por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitos similares aos campos de concentração. Em segundo lugar, busca-se uma atenção psicossocial interdisciplinar no



território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquistas dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários e familiares, integrados intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais.

Para Marco Mondaini (2006), a partir da Segunda Guerra Mundial tem-se o terceiro ciclo de afirmação dos direitos humanos, visto o inconformismo diante da perspectiva de que o caráter universal contido na tradição dos direitos humanos não havia ainda sido concretizado de fato. Dentre as pessoas excluídas da promessa de universalidade estão as pessoas rotuladas, por meio de diagnóstico psiquiátrico, como loucas.

O pós-guerra, com as diversas violações sendo denunciadas, fez com que “a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto a crueldade quanto a solidariedade”, observando que os hospícios em nada se diferenciavam dos campos de concentração (Amarante, 2013, p. 41). Apesar da relevância das modificações instituídas, isto é, com o crescente processo de desmantelamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos, com base em Passos (2018) elucidamos a fragilização do debate acerca da questão racial no campo da RP brasileira, que acabou por excluir referências como Frantz Fanon.

Ainda em 1953 Fanon assume a direção de um hospital psiquiátrico na Argélia e por meio de uma análise a considerar as nuances do colonialismo, iniciou reformas, dentre as quais a substituição da separação racial por sofrimento psíquico (diagnóstico psiquiátrico); instituiu a liberdade de entrar e sair das salas; uso de ‘camisa de força’ como último recurso, dentre outros. Porém, após três anos pede demissão, sob a compreensão de que se faz necessário uma luta revolucionária e não a modificação das estruturas de determinada instituição (Passos, 2018; Faustino, 2018).

Tal experiência, como não se deu no centro do globo, leia-se em países centrais do Ocidente, foi silenciada, apesar de ser uma das principais inspirações para a Psiquiatria Democrática, refletida no trabalho desenvolvido por Franco e Franca Basaglia (Basaglia, 2010).

Registram-se como principais correntes de RP mundiais as sintetizadas no quadro abaixo, elaboradas a partir dos estudos de Amarante (2013) e Gomes (2013):

<b>QUADRO 3 – Experiências de Reforma Psiquiátrica</b>		
1º Grupo	1959	<p><b>Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional</b>, pautavam-se na ideia de que era necessário reformular a estrutura e o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. A primeira refere-se às experiências de Maxwell Jones, na Inglaterra; já a segunda, a experiência francesa com Tosquelles. Ambas as experiências se defrontavam com a atenção a jovens recém-retornados da guerra, apresentando intenso sofrimento psíquico, sem recursos financeiros, dependendo da saúde pública, já precarizada.</p>
2º Grupo	1960	<p><b>Psiquiatria de Setor</b>, também na França, tendo como principal idealista o psiquiatra Lucien Bonnafé, que considerava o hospital psiquiátrico “alienante e inadequado”, passou a propor a “setorização do atendimento psiquiátrico sob a alegação de que era necessário manter os pacientes em seu meio social” (Gomes, 2013, p. 40). Conforme Amarante (2013) é a primeira vez que se fala, na assistência psiquiátrica, em regionalização.</p> <p>A <b>Psiquiatria Comunitária Preventiva</b>, elaborada por Gerald Caplan, nos Estados Unidos, pautando-se no positivismo, “adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças”, defendendo que as ‘doenças mentais’ deveriam ser prevenidas, representando a “medicalização da ordem social” (Amarante, 2013, p. 49).</p>
3º Grupo	1950/1960	<p>A <b>Antipsiquiatria</b>, iniciada na Inglaterra e tem como destaques David Cooper e Ronald Laing, que buscavam “apontar para uma ideia de uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações</p>

		<p>estabelecidas entre ele e a sociedade” (Amarante, 2013, p. 53).</p> <p>A <b>Psiquiatria Democrática</b>, tendo como principal referência a experiência italiana, iniciada em Gorizia por Franco Basaglia e um grupo de profissionais de um hospital psiquiátrico dessa pequena cidade. Passa a compreender o manicômio não apenas enquanto estrutura física, mas mediada por um conjunto de saberes e práticas.</p>
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Amarante (2013) e Gomes (2013).

Estes modelos perpassam o fazer saúde mental no Brasil, sendo, a partir da constituição do MTSM, a principal influência da Psiquiatria Democrática Italiana. Basaglia (2010) apresenta uma visão totalizante, discutindo acerca da institucionalização por meio das “instituições da violência” enquanto estrutura que atravança a sociedade na sua totalidade, marcada pelos desejos de privação de liberdade a grupos sociais específicos, a depender da raça, da classe e do gênero.

O *doente* devia ser isolado num mundo fechado, onde, mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal, sua loucura já não tivesse força. A imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao *homem* petrificado. Legitimado por uma ciência, em vez de ocupar-se do ‘doente mental’ na sociedade em que este vive, construir gradativamente uma imagem ideal do homem, de modo a garantir a validade científica do castelo de entidades mórbidas (Basaglia, 2010, p. 27).

A experiência italiana ocorrida no Serviço Hospitalar de Trieste em 1973, conforme Arbex (2013) foi considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a referência mundial para a reformulação da atenção à saúde mental. No ano de 1979, o italiano Franco Basaglia esteve no Brasil, convidado por Antônio Soares Simone para visitar as instituições públicas de Minas Gerais,

de temperamento expansivo, o italiano passou a viagem de volta a Belo Horizonte em silêncio. Quando chegaram, seguiram direto para a Associação Médica Mineira, onde o estrangeiro ministraria um curso de psiquiatria social. Ao final da conferência, ele fez um pedido ao brasileiro.

— Simone, eu quero que você acione a imprensa. O prestígio de Basaglia atraiu toda a mídia para o endereço da conferência na avenida João Pinheiro, a cem metros do Palácio da Praça da Liberdade. — Estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como esta. As declarações do psiquiatra repercutiram dentro e fora do país. Até o New York Times se interessou pela tragédia da loucura mineira. Simone, no entanto, foi processada pelos hospitais psiquiátricos, e a cassação de seu diploma chegou a ser cogitada pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) (Arbex, 2013, p. 98).

Diante do exposto, ponderamos que o surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica tem como chão histórico a luta pela redemocratização do país, atrelado às lutas em torno da mudança nas políticas públicas, com ênfase no campo da saúde com o Movimento de Reforma Sanitária. Demarca-se, assim, a importância da integração entre os campos de lutas e saberes, no intento de modificar a correlação de forças, objetivando a garantia dos direitos humanos.

O período correspondente à autocracia burguesa e seu declínio tem como marca a formação social brasileira, seus processos de “revolução pelo alto” (Gramsci, 2000), nem sempre passivas, visto que é marcada pela resistência da classe trabalhadora, em um processo acirrado de disputa, visando respostas qualitativas às expressões da questão social, tal como a necessidade de políticas públicas às pessoas em sofrimento mental coerentes com o exercício da cidadania e da liberdade.

Durante o sexto governo do regime militar, na figura de Figueiredo, o país foi marcado por “crises no âmbito econômico, social e moral, que provocaram o questionamento da legitimidade do governo militar” (Escorel, 2012, p. 348). O “Estado-coerção” (Coutinho, 1981) passa a fazer *jus* a decisões parlamentares com “mecanismos decisórios ditatoriais” (Bravo, 2010, p. 60), contudo o cenário internacional, também em crise, a do petróleo, apresentou-se como campo fértil para uma correlação de forças favoráveis à organização e reivindicações da sociedade civil organizada.

## **2.2. Redemocratização ou década perdida? Impactos na Política de Saúde Mental**

O fulcro da ditadura militar, conforme Netto (2010, p. 85-87), foi a apropriação do “mundo da cultura”, correspondendo a uma prática fascista, operando pelo apagamento da memória social, objetivando tornar a sociedade “neutralizada, esvaziada, reprodutiva e asséptica”. Forja-se uma subjetividade coletiva antidemocrática, penetrando a realidade concreta com o “racionalismo tradicional do pensamento positivista”.

Manifestação do fenômeno da alienação, próprio da sociedade em que há a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção, “a relação real, que é a relação entre criador e criatura, aparece invertida - a criatura passa a dominar o criador” (Netto; Braz, 2010, p. 44). Tal fenômeno, embora se manifeste primeiramente nas relações de produção, penetra o conjunto das relações sociais, marcando as expressões materiais e ideais de toda a sociedade.

Sob essa perspectiva, consideramos que o período da redemocratização foi marcado por mais um processo de transformação pelo alto, no qual a elite nacional estava no controle, visando a manutenção de relações econômico-sociais e políticas a serviço dos monopólios. Entre 1980 e 1981, o Governo Figueiredo recorre ao Fundo Monetário Internacional (FMI), aprofundando a dívida externa (Bravo, 2010; Netto, 2010).

Os anos de 1980 são considerados a década perdida do ponto de vista econômico, mas também marcados por conquistas democráticas. De acordo com Behring e Boschetti (2011) tem-se o aprofundamento das dificuldades na formulação de políticas econômicas em investimentos e na distribuição de renda, consequências do endividamento aprofundado na ditadura, que deixou como herança uma crise econômica crônica. Contudo, considera-se que este foi um contexto presente no conjunto da América Latina e não exclusivo no Brasil.

Portanto faz-se necessário uma interlocução com os apontamentos realizados por Quijano (2002), em sua perspectiva filosófica e epistemológica de “colonialidade do poder”, que se constitui como um tipo de relação social sob a tríade dominação, exploração e conflito, marcado pela disputa do controle do trabalho, do sexo, da autoridade coletiva e da subjetividade; facultando a classificação da população em torno da ideia de raça, a mais ponderável e profunda expressão de dominação colonial.

Esta dominação atravessa todo o continente latino americano<sup>4</sup>, constitui-se no atual padrão de poder, que se dá na articulação entre colonialidade, capitalismo, Estado-nação e eurocentrismo. Quijano (2002, p. 09), defende que há uma “trama institucional imperial”, um “tipo de governo mundial invisível”, que exerce “o controle da autoridade pública em escala global”. Isto é, instituições

---

<sup>4</sup> Nos referimos à América Latina não de modo a desconsiderar as opressões vividas em outras áreas do globo, mas ponderando que a especificidade deste trabalho corresponde ao espaço geográfico brasileiro, país latino-americano.

intergovernamentais como o FMI, a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), exercem o controle dos países periféricos.

No caso brasileiro, o aprofundamento da dívida externa leva à subordinação total aos Estados Unidos; restando o empobrecimento generalizado, agudização da informalidade e a não expansão de direitos sociais (Behring; Boschetti, 2011, p. 138). No âmbito político,

O grupo de coalizão civil-militar no poder, visando dividir e fragmentar a oposição e controlar a organização dos partidos políticos, a fim de evitar a polarização política do MDB, propôs a nova lei orgânica dos partidos, em 1979. [...] A nova lei extinguiu dois partidos, MDB e ARENA. Para os governistas, essa situação teria uma vantagem: o novo partido criado, o Partido Democrático Social (PDS) poderia se destacar das políticas impopulares do governo. Os membros do MDB, apesar de reagirem, tiveram como saída a recuperação da legenda através da adoção da sigla PMDB (Bravo, 2010, p. 62).

Bravo (2010) salienta que o contexto é marcado pela insatisfação com as políticas salariais e trabalhistas, fortalecendo assim o movimento sindical. Em 1981, a partir das bases sindicais, surge o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT). Assim, a Lei nº 6.767/1979 conhecida como a Lei Orgânica dos Partidos não impediu que, nas eleições de 1982 para o Legislativo e Executivo, candidatos de oposição de importantes estados vencessem.

Na década de 1980 há uma ampliação de “movimentos sociais urbanos” (Bravo, 2010), como associações de moradores/as, movimento negro, feminista e em torno de melhorias nas políticas públicas, como saúde e transporte. Escancarou-se a disputa de projetos políticos para a política de saúde, de um lado, os interesses capitalistas; de outro, o movimento pela democratização do acesso à saúde.

A VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), prevista para o ano de 1979, mas que ocorreu em março de 1980, teve como tema: “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Em documento, apresenta que

teve por finalidade promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento (Brasil, 1980).

Diante do quadro de abertura política, acreditava-se que trabalhadores/as e usuários/as, historicamente excluídos das estratégias de planejamento, seriam convocados. O CEBES defendeu que os organizadores da conferência convidassem sindicatos, associações de moradores e partidos políticos. Entretanto, isso não ocorreu (Bravo, 2010, p. 69).

Em setembro de 1980, o governo apresenta o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), um conjunto de proposições elaborado por um grupo de técnicos do Ministério da Saúde (MS), apesar de alguns destes comporem o MRS, não se deu a partir de uma construção coletiva (Bravo, 2010; Escorel, 2012). No entanto, Escorel (2012) aponta que este dispositivo seguia as diretrizes da OMS, da Conferência de Alma-Ata de 1978, visando a universalização do acesso à saúde, favorecendo o setor público, a democratização do acesso, passando a enfrentar

enormes resistências dos setores privatizantes e conservadores, da Previdência e do próprio Ministério da Saúde, que exigiam a sua reformulação. [...] Ao final de algumas reformulações, o Prevsauúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Gentile de Melo chamava de 'natimorto' (Escorel, 2012, p. 350).

No ano de 1981 o PREV-SAÚDE foi engavetado, no contexto em que a crise financeira da previdência social se tornou pública. Bravo (2010, p. 70) ressalta que essa crise “foi resultante de um processo estrutural gerado desde a década de 70, em decorrência do modelo de atenção médica implantado”. Cabe salientar que a década de 1980 foi marcada, no plano internacional, pelo esgotamento do padrão de política social keynesiana, isto é, pautada numa maior intervenção do Estado na economia.

Diante da recessão generalizada de 1980-1982, “entra-se num novo período, com a ascensão dos neoliberais conservadores nos EUA e na Inglaterra, e o desencadeamento de políticas que já não visam sustentar a demanda, mas exclusivamente restaurar o lucro (Behring; Boschetti, 2011, p. 120). Escorel (2012, p. 351) elenca que na entrada dos anos 1980 os gastos do Tesouro Federal com a saúde diminuíram: “em 1982 os gastos com assistência médico-hospitalar representavam 20% do total dos gastos da previdência social, uma diminuição importante comparando-se aos 30% dos gastos em 1976”.

Com isto, a classe trabalhadora foi amplamente afetada, e os benefícios ligados aos aposentados diminuíram; o acesso à saúde, já restrito, passou a ser

ainda mais racionalizado com a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). O referido órgão tinha em sua estrutura quatro tendências: a “conservadora-privatista”, que defendia a manutenção do modelo assistencial vigente; a “modernizante-privatista”, que defendia a organização por meio da medicina de grupos e pagamento feito diretamente pelo usuário; a “perspectiva estatizante, responsabilizava o ente público pela prestação dos serviços de saúde; e por fim, o de “caráter liberal”, defendendo a harmonia do público e do privado (Escorel, 2012, p. 351).

O CONASP, em 1982, divulga o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, recuperando “princípios gerais que constaram no PREV-SAÚDE, tais como a regionalização, a hierarquização, a desburocratização e a valorização dos recursos humanos” (Bravo, 2010, p. 72). Em 1983, a estratégia básica do órgão foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que encontrou resistências da ala conservadora, mas corroborou para a ampliação da assistência médica, atendendo ainda, apenas, trabalhadores/as com vínculo de trabalho formal.

Bravo (2010) defende que na década de 1980 a “questão saúde” assume uma dimensão política, ampliando-se para a sociedade civil, deixando de ser apenas uma discussão técnica. Essa autora destaca os/as trabalhadores/as da saúde, representados pelas suas entidades e pelo movimento sanitário, tendo como veículo difusor o CEBES, ampliando o debate em torno da “Saúde e Democracia”, e os partidos políticos de oposição, atrelados aos movimentos sociais urbanos, possibilitando que assumissem cargos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O ano de 1984 foi sublinhado pelo alargamento do movimento “Diretas já!”, reivindicando eleições para a presidência da república, conforme Jaguaribe (1985 *apud* Bravo, 2010), cerca de 50 milhões de pessoas ocuparam as ruas, sendo amplamente coberto pela imprensa nacional. Frente a perda do poder iminente, os “avanços políticos em direção às liberdades democráticas provocaram a reação da extrema direita, que começou a praticar sequestros e atos com bomba” (Escorel, 2012, p. 348). Esse cenário evidencia que uma parcela da sociedade brasileira, historicamente, mantém o desejo pelo poder de modo autoritário, desconsiderando os meios ou os custos necessários para alcançá-lo.



Em janeiro de 1985, com a eleição de Tancredo Neves, encerra-se o ciclo de governos militares, contudo dando continuidade a uma “transição sem rupturas, pactuada entre as elites e baseada em uma aliança político-partidária da qual faziam parte parlamentares que haviam sido da Arena e tinham sustentado o regime militar” (Escorel, 2012, p. 350). Durante tal governo, o MRS foi se construindo e se ampliando, aliando-se aos demais movimentos em defesa da democracia, sendo relevante apontar:

<b>QUADRO 4 – MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NA DÉCADA DE 1980</b>	
1984	V Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados, objetivando embasar a política de saúde no período da transição de regime.
1985	III Encontro Municipal do Setor Saúde, em Montes Claros (MG); ideias do movimento sanitário adentraram ao Programa de Governo de Tancredo Neves.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).
1987	Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS); Assembleia Nacional Constituinte; Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).
1988	Constituição Federal

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Bravo (2010).

A partir de 1985 tem-se início a “Nova República”, que para Viana (1986 apud Bravo, 2010, p. 74), corresponde à

conclusão do ciclo histórico da revolução burguesa autoritária, a constituição de um mercado capitalista que pretendia redefinir suas relações com a esfera pública, a afirmação do reino do interesse e o esforço emancipatório das classes subalternas no sentido de conquistar uma cidadania livre da tutela do Estado. É uma modalidade de transição informada pelo tema da continuidade *versus* descontinuidade em relação ao antigo regime.

Tem-se, assim, um “pacto conservador entre as elites políticas, empresários e militares” (Correia, 2000, p. 59), pacto este para dar continuidade à expansão do capitalismo monopolista, visto que o regime ditatorial dissipou-se perdendo a sua funcionalidade. O que não se esperava era que, às vésperas da posse da

Presidência da República, Tancredo Neves adoecesse, vindo a óbito em abril de 1985; tomando posse José Sarney, que compunha o antigo quadro político da Arena - partido que atuou em defesa da ditadura militar (Escorel, 2012, p. 355).

O Governo Sarney foi de 1985 a 1990; sendo que no primeiro ano, manteve as indicações de Tancredo Neves, uma composição heterogênea, com setores da esquerda. O que, para Bravo (2010, p. 75), representa o equilíbrio entre a centro-direita e a centro-esquerda: a primeira, tendo como principais focos Minas Gerais, Nordeste e São Paulo, aglutinava a seu lado o empresariado mais conservador. [...] A centro-esquerda congregava segmentos independentes da esquerda”.

O Pacto Social da Nova República foi assinalado pela disputa política entre a ala conservadora, tecnocrata, e pelo movimento sindical, sobretudo a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e o Partido dos Trabalhadores (PT), considerando que não poderia haver pacto entre as forças antagônicas – capital x trabalho (Bravo, 2010). Ao final, o slogan inicial do Governo Sarney “Tudo pelo social”, prevendo políticas sociais-democráticas, foram substituídas por políticas conservadoras (Escorel, 2012). Dessa forma, evidencia-se a prevalência histórica de processos de “Revolução pelo Alto”, ora excluindo a participação das forças democráticas; ora conservando elementos atrasados das relações sociais (Gramsci, 2000; Coutinho, 1981).

Para Behring e Boschetti (2011, p. 141), na década de 1980 o Brasil passou por uma “redefinição das regras políticas do jogo, no sentido da retomada do Estado democrático de direito. Essa foi uma tarefa designada para um Congresso Constituinte e não para uma Assembleia Nacional livre e soberana”. Ainda assim, a Constituinte representou uma arena de disputas, permeada por avanços e recuos no campo dos direitos fundamentais, bem como na relação entre Estado e Sociedade Civil (Mondaini, 2013; Bravo, 2010).

Apesar deste processo ter sido atravessado pelo controle das elites, no intento de esquivar-se da vontade popular radicalizada, Behring e Boschetti (2011, p. 150) apontam que

A Constituinte conseguiu uma coisa inédita no Brasil: a sociedade, apesar de precariamente organizada, mobilizou-se em certos setores e colocou no espaço público da política suas opções a respeito de questões cruciais. Esse é um avanço em termos de cultura política democrática

impressionante historicamente, pois as constituições anteriores foram elaboradas a partir de “notáveis”.

Neste mesmo período, considerando que “a vida não para”<sup>5</sup>, a crise econômica se agrava, “o governo restringiu cada vez mais sua base de apoio, retornando ao velho pacto político do autoritarismo” (Escorel, 2012, p. 356). Elucidando a dinâmica complexa e contraditória da vida, marcada pela luta de classes, integrantes de movimentos sociais, como do Movimento Sanitário, ocuparam cargos estratégicos; como Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Hésio Cordeiro, no Ministério da Previdência e Assistência Social, o que para Bravo (2010) e Escorel (2012), possibilitou tensionamentos no sentido de mudanças na política nacional de saúde.

Contudo, as mudanças pretendidas encontraram-se dissonantes dentro do próprio MRS, vestindo, cada qual, a camisa da sua instituição (Escorel, 2012). Demonstrando assim a heterogeneidade que compõe os movimentos sociais e a coletividade, como aponta Gramsci (2000), o movimento não é unívoco, mas dinâmico de alternativas. Este impasse, de acordo com Escorel (2012), foi a pedra de toque para o chamamento da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A VIII CNS foi convocada pelo então presidente da república José Sarney, por meio do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, inicialmente prevista para julho do referido ano, foi transferida para março de 1986. É consenso na literatura (Correia, 2000; Bravo, 2010; Escorel, 2012) que esta Conferência representou um marco histórico para a saúde pública brasileira, visto que foi assinalada pela democratização da participação de todas e todos (trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as dos serviços de saúde).

A “oitava”, como foi chamada pelos participantes, data de 1986, tendo como temas centrais “A saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial” (Brasil, 1986). Corresponde à primeira conferência de saúde com ampla participação popular no país, circunscrevendo os anseios da classe trabalhadora por políticas públicas pensadas para e pelos/as sujeitos que a acessam em seu cotidiano.

Para Bravo e Menezes (2022, p. 97), a oitava significou a “formatação política-ideológica do Projeto de Reforma Sanitária brasileiro”, ampliando o

---

<sup>5</sup> Em referência a Lenine, cantor e compositor recifense, na canção Paciência

conceito de saúde, apostando na necessidade de formatação do setor e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As propostas, fruto das etapas municipais e estaduais, condensadas em relatório final (Brasil, 1986), foram a base para o campo da saúde como direito na Constituinte, cristalizando a disputa entre o modelo privatista e o democratizante.

A Assembleia Nacional Constituinte sublinhava, em certa medida, a vontade coletiva em redemocratizar o país, visando uma ruptura com a gestão autoritária; sob esse espectro, encontrava-se à esquerda, em sua heterogeneidade, tendo um papel decisivo na restauração das liberdades democráticas. Enquanto arena de conflitos, tal processo foi permeado pela luta por promoção de mudanças estruturais, visando a garantia de direitos sociais, igualdade, justiça e participação social e a soberania popular (Mondaini, 2013; Behring; Boschetti, 2011).

Antes do SUS, criou-se o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), por meio do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Este representou, para Bravo (2010) e Cordeiro (1988), o pacto do governo federal, à época presidido por José Sarney, com a Reforma Sanitária. O SUDS contribuiu para a descentralização e redefinição das atribuições dos três poderes no âmbito da política de saúde.

No entanto, para Escorel (2012) sua criação

foi o centro de nova polarização no interior do movimento sanitário. Para uns, significava a tentativa do Inamps de esvaziar a Reforma Sanitária, reduzindo-a a uma mera reforma administrativa. Para outros, uma estratégia para implantação do SUS. Jairnilson Paim (2008) considera o SUDS como a “trincheira técnico-institucional da Reforma Sanitária, exercitando o planejamento, unificando estruturas administrativas, instalando canais de participação social (conselhos de saúde) e, em alguns estados, implantando distritos sanitários”. As outras duas trincheiras de luta da Reforma Sanitária seriam a sociocomunitária (estabelecimento de amplo arco de alianças) e a legislativo-parlamentar (elaboração do capítulo constitucional e da legislação ordinária da saúde).

Arouca (1988 apud Bravo, 2010), assinala que com o SUDS novos sujeitos foram colocados na arena de debates, como os Secretários Estaduais e Municipais; com ênfase para estes últimos que construíram o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), fruto de intensos debates iniciados já em 1977, com os Encontros Municipais de Saúde. Nota-se a frequente mobilização em torno dos processos de municipalização das políticas públicas.

Contudo, compreendendo que a correlação de forças é marcada por condições objetivas (as relações econômicas) e subjetivas (grau de

homogeneidade, autoconsciência e de organização dos grupos sociais), esta pode ser ora favorável à classe trabalhadora, ora à classe burguesa (Gramsci, 2000; Coutinho, 1987). Em meados de 1988 o SUDS foi sendo minado, principalmente com a retirada dos cargos de gestão ocupados por membros do movimento sanitário, substituídos pela ala conservadora (Bravo, 2010; Escorel, 2012).

Porém, considerando que “somos madeiras de lei que cupim não rói”<sup>6</sup>, durante a Constituinte, o movimento conquistou uma subcomissão própria, pautando o debate referenciado pela “Constituinte da Saúde”, isto é, as orientações da VIII CNS (Bravo, 2010). Reconhecemos que esta conferência foi uma estratégia de fundamental importância para a questão da saúde na Constituição que vinha sendo gestada.

A Plenária Nacional de Saúde composta por representantes da CUT, Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); partidos políticos como PT, PCdoB, PSB; Conselhos de Classe e Sindicatos de profissionais; ABRASCO; UNE; CEBES, CONASS e CONASEMS, obtiveram “vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional” (Escorel, 2012, p. 359).

Apesar das conquistas, Bravo (2010) menciona que este processo foi consubstanciado enquanto uma arena política, organizada em dois blocos. Estando de um lado os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais; e de outro, as forças da Reforma Sanitária, articulados à Plenária Nacional de Saúde. Este último apresenta a saúde enquanto direito humano, a ser garantido pelo Estado, de forma universal e equânime.

Destaca-se que a Assembleia Nacional Constituinte foi um espaço de intensos debates e disputas políticas, palco de distintos interesses ideológicos, penetrado por questões de raça, gênero e classe. A Constituição da República Federativa do Brasil foi publicada em 1988, “chamada pelo presidente da Assembleia Constituinte, o deputado federal Ulysses Guimarães, de ‘constituição cidadã’, a nova Carta Magna representa a consolidação no plano legal da nova ordem democrática” (Mondaini, 2013, p. 120).

A Constituição de 1988 abre a possibilidade legal de transformação do Estado brasileiro em um Estado Social de Direito, “seguindo uma tendência

---

<sup>6</sup> Madeira do Rosarinho, composição do pernambucano Lourenço da Fonseca Barbosa, socialmente conhecido como Capiba (Jornal do Comércio, 2017).

iniciada internacionalmente com a Constituição mexicana de 1917 e com a Constituição alemã (da República de Weimar) de 1919” (Mondaini, 2013, p. 120). Visto que apresenta-se como um importante marco jurídico-formal, a seguir tem-se um quadro-síntese com os fundamentos, objetivos, direitos e princípios que regem a República Federativa Brasileira e a sua interface com a Política de Saúde.

<b>QUADRO 5 – “CONSTITUIÇÃO CIDADÃ”: Saúde direito de todos e dever do Estado</b>	
Art. 1º A República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito.	Fundamenta-se na: <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Soberania;</li> <li>II. Cidadania;</li> <li>III. Dignidade da pessoa humana;</li> <li>IV. Valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;</li> <li>V. Pluralismo político.</li> </ul>
Art. 2º Objetivos fundamentais da República brasileira.	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Construir uma sociedade livre, justa e solidária;</li> <li>II. Garantir o desenvolvimento nacional;</li> <li>III. Erradicar a pobreza, reduzir desigualdades sociais e regionais;</li> <li>IV. Promover o bem de todos, sem preconceito de raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.</li> </ul>
Art. 6º Direitos Sociais	Educação; Saúde; Alimentação; Trabalho; Moradia; Transporte; Lazer; Segurança; Previdência Social; Proteção à maternidade e à infância e Assistência aos desamparados.

Título VIII – Da ordem social	Tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social.
Capítulo II - Da Seguridade Social	Art. 194. Conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social; Art. 195. Financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta.
Seção II – Da Saúde	Art. 196. Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
	Art. 198. As ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, tendo como diretrizes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</li> <li>2. Atendimento integral;</li> <li>3. Participação da comunidade.</li> </ol>

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Constituição Federal de 1988.

A carta magna abre as possibilidades para a construção de um autêntico Estado Democrático de Direito, como apontado nos objetivos descritos no Art. 2º exposto no quadro acima. Contudo, não deixou de ser reflexo da disputa entre as classes. Behring e Boschetti (2011) elucidam que os avanços estão no campo dos direitos sociais, com destaque para a Seguridade Social, fundamentada nos direitos humanos. Mas, ainda de acordo com estas autoras, acabou por manter

traços conservadores como a manutenção da militarização do poder, com a criação do Ministério da Defesa e a prerrogativa do Executivo com as medidas provisórias no campo econômico, isto é, o amplo poder conferido ao Executivo em editar medidas provisórias no campo econômico sem o devido debate democrático.

Dessa maneira, as “determinações econômico-objetivas limitam (mas sem anular) o âmbito de jogo da liberdade” (Coutinho, 1981, p. 75), fazendo com que a Constituição se configure como um ponto de tensão entre o novo e o velho. Esse cenário reflete a inclinação das elites de avançar em direção ao futuro, mas mantendo o olhar fixo no passado (Nogueira, 1998 apud Behring; Boschetti, 2011).

Em linhas anteriores expusemos que as crises são inerentes ao MPC, resultado da sua dinâmica contraditória, criando, no entanto, sua própria reanimação e novo auge. Assim, é a classe trabalhadora que paga o preço sempre mais alto (Marx, 2017; Netto; Braz, 2010). No cenário político-econômico têm-se as alterações do padrão de acumulação capitalista,

sob a hegemonia do capital financeiro, em resposta à crise do capital que eclodiu no cenário internacional nos anos 1970, vêm se consubstanciando no que David Harvey qualifica de ‘acumulação flexível’. Impulsionadas pela revolução tecnológica de base microeletrônica e pela robótica, verificam-se profundas alterações no âmbito da produção e comercialização, nas formas de gestão da força de trabalho, na estruturação de serviços comerciais e financeiros, entre outros. Amplia-se a competitividade intercapitalista nos mercados mundiais e nacionais, modificando as relações entre o Estado e a sociedade civil, conforme os parâmetros estabelecidos pelos organismos internacionais, a partir do Consenso de Washington, em 1989, que recomenda uma ampla Reforma do Estado, seguindo diretrizes de raiz neoliberal (Iamamoto, 2015, p. 112).

Com a Constituição da República Federativa Brasileira tem-se um país avançado no legal, mas que no real vive às margens das conquistas sociais obtidas (Mondaini, 2007), expressão da dominação neoliberal, que é expressão da colonialidades do poder no controle dos avanços tecidos nas lutas sociais, sobretudo na América Latina, visando suprimir a emancipação política, econômica, social e cultural deste continente.

Diante disso, a materialização da Reforma Sanitária tem, conforme Bravo (2010), dois elementos de tensão: o reformador e o revolucionário. O primeiro importante para a transformação das instituições e processos; e o segundo, na modificação da questão sanitária que só se dará na mudança efetiva das práticas e qualidade de saúde da população. Essa autora ressalta que a construção



democrática e a mobilização política são os desafios para os setores progressistas no campo da saúde.

A inscrição das prerrogativas do MRS na Constituição não significou o fim da luta. Ao longo de 1989 as negociações se concentraram na criação de uma lei complementar que regulamentasse o SUS, tendo como marco o VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde com o tema: “Saúde: municipalização é o caminho” e o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, “SUS: conquista da sociedade” (Escorel, 2012).

É notório que com a redemocratização e a mudança político-administrativa do país, por meio da CF de 1988, houve mudanças significativas nas políticas públicas brasileiras. A saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, conforme elucidado no quadro 5, configura-se um avanço inigualável, visto que nos períodos anteriores o acesso era restrito a quem podia pagar ou trabalhava com a carteira assinada, em uma espécie de cidadania regulada.

A redemocratização e a construção do SUS dão materialidade aos anseios do MRS, e refletem, também, nas aspirações e objetivos do MRP. Assim, antes de adentrar nessa discussão, tem-se como ponto de partida uma reflexão acerca da história da loucura e sua relação com a sociabilidade capitalista, visto que o modo como este sistema se organiza incide na forma como a sociedade se constitui e perpassa o lugar social que a loucura ocupa em cada conjuntura.

A loucura, enquanto construção social, atravessa a história da humanidade, variando o modo como a sociedade a enfrenta. Para Providello e Yasui (2013), embasados na análise de Foucault (2008), na Idade Média, a loucura era uma linguagem aceita; já no período renascentista, quando se inicia o domínio da ciência, ela assume o lugar do isolamento e da exclusão. Assim, de uma “experiência diferente de vida esse fenômeno passou a ser considerado como falta de razão” (Augusto Bisneto, 2007, p. 173).

A partir da apropriação pelo discurso médico, “de Pinel em diante, a história da loucura virou a história da psiquiatria” (Foucault, 1978). Franca e Franco Basaglia (2010, p. 35), na crítica à psiquiatria clássica, elucidam que esta, permeada pela ideologia burguesa, limitou-se ao etiquetamento, isto é, à “definição de síndromes”, uma ciência que ao invés de ocupar-se do sujeito, ocupou-se em formular a imagem de um ideal de homem, tendendo a “afastar e excluir tudo aquilo que não conseguia compreender”.

A própria sociedade constrói locais de isolamento, demandando a tutela da psiquiatria, que acaba por legitimar a exclusão, com base numa ciência positivista. Neste nível, a loucura é excluída enquanto incompreensível e reincluída enquanto perigosa. Nas palavras de Basaglia (2010, p. 44),

as ciências naturais limitavam-se a considerar o conceito de exclusão como modalidade passiva: o 'doente mental' era excluído por sua periculosidade. Os loucos são excluídos porque além de incompreensíveis e potencialmente perigosos, o 'doente mental' continua a ser mantido além do limite do humano, como expressão da nossa desumanização e da nossa incapacidade de compreender.

Por meio dessa análise, defende-se que sob o MPC, a loucura se encontra com um duplo violador: a psiquiatria e a criminologia, em sua face do direito penal (Basaglia, 2010; Assis e Silva, 2017). A “cultura psiquiátrica oficial ainda se mantém coerente com a camada econômica mais regressiva” (Basaglia, 2010, p. 173), assim a ideologia médica serve como um escudo para um julgamento político-moral que pouco tem a ver com ciência, dando eco para a perpetuação de práticas inspiradas em *Lombroso*<sup>7</sup>.

A saúde mental enquanto uma produção humana, portanto inerente a sua existência, está ancorada em relações sociais determinadas, delimitada pela sociabilidade capitalista, atrelada assim à questão social. No entanto, essa definição não é consenso, sobretudo no que tange à ciência positivista-funcionalista. Apresentam-se como concepções de saúde mental aquelas a consideram sinônimo ou ausência de transtornos mentais e/ou atrelada ao funcionamento congruente do organismo (Costa; Mendes, 2021a).

Comumente tais abordagens refletem a saúde mental como ausência de ‘patologias’, descritas em protocolos internacionais tais quais o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Neste quesito, a saúde mental é compreendida como uma característica individual, na qual a concepção hegemônica está embriagada e ancorada.

Desse modo, conceber a saúde mental a partir da questão social é superar a redução desta como fenômeno exclusivamente psicológico e/ou patológico, “não

---

<sup>7</sup> Cesare Lombroso, médico italiano, foi diretor do Manicômio de Pesaro, figura chave para a perpetuação da Criminologia Positivista. Defendia o estudo criminológico da espécie humana, como forma de elucidar o “ato criminoso” inerente aos traços genéticos. Abertamente racista, defendia que homens negros são ‘naturalmente delinquentes’ (Silva Junior, 2017; Carneiro, 2011).

negando as dimensões biológicas e psicológicas, mas interrelacionando-as, saúde mental, loucura e sofrimento seriam sinalizadores, no âmbito individual, da incongruência entre a potência do ser humano e sua sociabilidade” (Costa e Faria, 2021, p. 07). Isto é, a saúde mental de cada sujeito é singular, mas também vinculada à ordem social.

Temos, pois, a loucura não como um fenômeno em si, muito menos como uma questão individual, privada e (intra)psíquica, por mais que se expresse individual e psiquicamente - e possua uma dimensão orgânica. O que podemos extrair da análise marxiana é a dinâmica do sofrimento, da loucura como expressão da própria estrutura e dinâmica de funcionamento do MPC, ao mesmo tempo que a conforma: a loucura como manifestação ou desdobramento da “questão social” (Costa, 2022, p. 16).

Portanto, a saúde mental, bem como o que se rotulou como loucura associada à anormalidade, ao longo da história ora é controlada, ora explicada. Elucida assim a necessidade em desvelar o véu e as estratégias capitalistas que por meio de suas “camadas mascaram sua verdadeira natureza” (Basaglia, 2010, p. 185). Aquilo que é oriundo da contradição entre capital-trabalho, as diversas expressões da questão social, como a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, dentre outras situações que desencadeiam em sofrimento psíquico, são despidas dessa contradição e postas como exclusivamente individuais.

A partir do momento que movimentos organizados de trabalhadores/as, familiares e usuários/as iniciaram, no Brasil e no mundo, a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico/transtorno mental, a saúde mental passa para o campo político, deixando de ocupar espaços exclusivamente médicos e/ou privados (Passos, 2017). A subjetividade “não é só um fenômeno individual, mobilizado apenas nas abordagens profissionais individuais, mas que atravessa todos os fenômenos coletivos e políticos, passando por questões de classe, de gênero, etnias, cultura, religião, sexualidade, inconsciente, questões ambientais e *etc.*” (Vasconcelos, 2010, p. 12).

Arelada à realidade concreta, defendemos que a saúde mental não é um fenômeno meramente psíquico, não de modo a romantizar e/ou negar que este exista, mas a elencar que os sujeitos que a vivenciam são “decorrentes de relações sociais determinadas por suas condições históricas, políticas e culturais” (Gentili, 2013, p. 316). A RP, entrelaçada nesta concepção, coloca em voga a luta da classe trabalhadora pela garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos

mentais, reivindicando a necessidade de um “novo lugar social para a loucura” (Amarante, 2013), para além da caridade, do estigma e da repressão, seja da sociedade ou do Estado.

Tem-se que o MRS e o MRP brasileira se inspiraram na experiência italiana, reivindicando não apenas reformas, mas mudanças estruturais no conjunto da sociedade, incidindo no modo como o Estado conduz as políticas públicas (Escorel, 2012; Amarante, 2013). Para Amarante (2020) o MRS se desdobra em duas grandes vertentes, uma refletindo sobre a Política de Saúde de modo mais geral; e a outra, refletindo o campo específico da saúde mental, tanto que o MTSM se dá no interior deste movimento, elucidando-o enquanto movimento que “se insere no quadro mais geral da luta de classes no país” (Bravo, 2010, p. 29), reivindicando a saúde como direito de todos/as, que como vimos, inscreve-se na CF de 1988.

As mudanças pretendidas no período da redemocratização dizem respeito à mudança no modelo de assistência à saúde mental hegemônico, privatizante e institucionalizante (Amarante, 2020). Está alicerçado ainda no transformar a loucura em mercadoria, seja no campo da “loucura”, seja no uso de substâncias psicoativas, sendo este último uma discussão que ficou às margens na Luta Antimanicomial (Costa e Faria, 2021).

No “esquema institucionalizante” o sujeito não tem espaço para o exercício da sua subjetividade, é objetificado e mortificado (Basaglia, 2010), sendo assim uma resposta do capital para a superpopulação relativa, para o exército industrial de reserva, para os trabalhadores/as expropriados de si e da riqueza socialmente produzida. Em uma relação dialética, as piores condições objetivas se expressam na precarização da subjetividade. Sendo o capitalismo produtor de desigualdade o é também, na mesma proporção, fabricante do sofrimento psíquico (Marx, 2017; Costa, 2022).

Com isso não queremos ser fatalistas, já que o “culto ao pessimismo” impede que avancemos, mas, exercitar o otimismo da prática coletiva, em conjunto com os movimentos sociais organizados e no fazer profissional diário. Assimilamos que foi o “otimismo da vontade” que marcou a redemocratização brasileira, numa luta pela mudança na correlação de forças, reverberando na organização da classe trabalhadora em torno da assistência à saúde mental (Gramsci, 1981; Basaglia, 2010). Tem-se como principais acontecimentos, durante a redemocratização, no campo da saúde mental, o exposto no quadro a seguir:

<b>QUADRO 6 – MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NA DÉCADA DE 1980</b>	
1980	I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental (Rio de Janeiro); II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental; VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria.
1982	Curso de Especialização em Psiquiatria Social (CEPS), por meio de convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Centro Psiquiátrico Brasileiro Pedro III e DINSAM.
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM); II Congresso Nacional do MTSM; Criação do Dia Nacional de Luta Antimanicomial; Primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Brasil, na cidade de São Paulo;
1989	Intervenção na Casa de Saúde Anchieta – Santos-SP; Criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) – Santos/SP; Projeto de Lei Paulo Delgado.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2005) e Amarante (2013; 2020).

Mediante o exposto nos quadros 4 e 6 podemos verificar a importância dos encontros entre trabalhadores/as, bem como de agências como a CEBES e a ABRASCO para as mudanças na Política de Saúde e no modelo de assistência à saúde mental no Brasil, por meio de reflexões críticas e notoriamente à esquerda. No entanto, ressaltamos que as análises se concentram nas experiências do sudeste brasileiro, sobretudo nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo; com pouca menção aos estados do nordeste, com destaque para a Bahia, que como os outros estados, constituiu Comissões de Saúde Mental (Bravo, 2010; Amarante, 2012).

As primeiras concentrações expostas no quadro acima, conforme Amarante (2020), tiveram como pauta os aspectos da “proletarização” da medicina, quando alguns membros desta profissão passam a se reconhecer como classe trabalhadora; o lugar da psiquiatria no controle e exclusão; a crítica ao modelo

assistencial e a “mercantilização da loucura”. Neste mesmo período, ocorre a divulgação do documentário “Em nome da razão”<sup>8</sup>, tornando-se um importante instrumento de denúncia da violência asilar.

Dado que mencionamos anteriormente, a “oitava” representou um marco na ampliação da participação social em processos decisórios no âmbito da política de saúde. Com base no relatório final (Brasil, 1986), é possível verificar que foram requeridas modificações para além das reformas administrativas e financeiras, mas que envolvia a expansão do setor público, compreendendo a saúde como direito, relacionado a outros aspectos da vida como o acesso à moradia, à alimentação, ao emprego e renda, ao lazer, dentre outros.

Essa efervescência desdobra-se nas conferências temáticas, dentre as quais a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida entre os dias 25 e 28 de junho de 1987, no Rio de Janeiro. Conforme o relatório final, dividiu-se em três temas: 1. “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental”; 2. “Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental” e 3. “Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”, compilados no quadro a seguir:

<b>QUADRO 7 – SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA I CNSM</b>	
<b>Tema 1</b>	Análise mais geral sobre o capitalismo à brasileira, que promoveu a expulsão dos/as trabalhadores/as do campo; a precarização da vida material, levando-nos a refletir sobre a sua incidência na subjetividade. A análise de conjuntura levou os/as presentes a fortalecer o entendimento do conceito de saúde ampliado, já elucidado na “oitava”; defesa da ampliação de todas as políticas sociais. Localiza a saúde mental no seio da luta de classes, elucidando o compromisso do Estado brasileiro com o mercado da loucura. Chamamento aos/as trabalhadores/as da saúde mental para a saída da atuação asséptica, paternalista, alienada e alienante, para uma prática revolucionária e combativa às violências impetradas ao

<sup>8</sup> Documentário produzido no Hospital Colônia de Barbacena em 1979, por Helvécio Ratton, cineasta, graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O documentário questiona as instituições psiquiátricas e seu papel social, contribuindo para o fortalecimento da luta antimanicomial no Brasil.

	<p>“doente mental”. Neste período era utilizado o termo “doente mental”, que viria a ser problematizado posteriormente.</p>
Tema 2	<p>Reivindicação de uma reforma sanitária universalizante, acompanhada da necessidade de uma reforma agrária, urbana e tributária, ampliando a discussão para toda a população. Em linhas gerais, discute a Política de Saúde como já defendido pela VIII CNS, descentralizada, municipalização e direção única em cada esfera de governo. Estatização da indústria farmacêutica, defendendo a industrialização estatal de equipamentos de saúde. Reformulação da assistência em saúde mental e reorganização dos serviços, de modo a romper com a internação, seja em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Estabelecimento, em todos os distritos sanitários (que houvesse demanda), de porta de entrada para “emergências em psiquiatria” em hospitais gerais; reavaliando a eficácia e eficiência de das unidades de internação existentes. Elaboração de um censo para “revisão da população de internos”, sob a fiscalização de trabalhadores/as e movimentos sociais. Implantação de recursos assistenciais alternativo ao modelo asilar, como Hospital-dia, Hospital-noite, lares protegidos, núcleos autogestionados. Implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas, hospitais gerais e psiquiátricos. Formação e “reciclagem profissional”.</p>
Tema 3	<p>“Medicalização e psiquiatrização” como dispositivos que mascaram os “problemas sociais”, contribuindo para “a alienação psíquica e social”, excluindo o “doente mental” do usufruto dos direitos civis, sociais e políticos; defesa da cidadania plena, pressupondo uma legislação ordinária específica para “a pessoa com doença mental”, comprometida com uma sociedade democrática e justa; revisão das legislações existentes, incluindo a penal, que fomenta as noções de periculosidade e inimputabilidade, reconhecendo-as como categorias pautadas em juízo de valor para o cerceamento da liberdade; legislação sanitária e psiquiátrica que responsabilize o Poder Público no cumprimento de direitos “do doente mental” e na fiscalização.</p>
<b>PRINCIPAIS PROPOSTAS</b>	

- Saúde mental como questão de saúde pública: grande número de pessoas em sofrimento e postas às margens da sociedade;
- Mudança na priorização do modelo exclusivamente hospitalar. Estabelecimento de critérios, já que qualquer pessoa era internada, sem se quer ter um diagnóstico;
- Universalização e equidade: saúde mental como “direito inalienável de todo cidadão”;
- Articulação interinstitucional;
- Ações Integradas de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1988).

Este relatório materializa as reflexões em entusiasmo no âmbito do MRP, porém, como a contradição compõe o campo das relações humanas, Amarante (2020) destaca que o Ministério da Saúde, à época, apresentava certas resistências aos ideários e diretrizes da RP, portanto tentou imprimir a esta um caráter de congresso científico.

A partir dessa conferência tem-se início a organização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (CNTSM), realizado em dezembro de 1987, em Bauru/SP. O evento introduziu no Brasil o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que foi utilizado pela primeira vez no Encontro Internacional da Espanha, em 1986, “mas chegou ao nosso meio particularmente a partir do III Encontro Latino-Americano da Rede, realizado em Buenos Aires no período de 17 a 21 de dezembro daquele mesmo ano” (Amarante, 2012, p. 651).

Este congresso foi característico para o MRP, desembocando no Manifesto de Bauru, demarcando o compromisso com a luta pela ruptura da exclusão e da violência institucionalizada. Cerca de 350 trabalhadores/as de saúde mental presentes no II CNTSM ocuparam as ruas, sendo reconhecida como a primeira manifestação pública organizada no Brasil contra os manicômios, particularizando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Manifesto de Bauru, 1987).

O Manifesto de Bauru pauta a aliança da luta antimanicomial com os demais movimentos da classe trabalhadora organizada e popular, projetando a incorporação às lutas gerais por direitos humanos mínimos, como o acesso à saúde, à justiça e à melhores condições de vida, conclamando em coletivo



contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma **reforma sanitária democrática e popular**; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! **Por uma sociedade sem manicômios!** (Manifesto de Bauru, 1987 – grifos nosso).

Desde então ficou instituído o 18 de maio, também<sup>9</sup>, como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, propiciando o repensar, junto à sociedade, “um novo lugar social para a loucura”, alinhado à dimensão sociocultural da RPB (Amarante, 2013). Visando estabelecer possibilidades de diálogo e ruptura com o imaginário social de que a loucura é um fenômeno a ser isolado, como defendem, historicamente, os campos científicos mais conservadores.

O ano de 1987 foi palco, ainda, da criação do primeiro CAPS do país, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira<sup>10</sup>, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que para Amarante (2012, p. 642), “trata-se do primeiro serviço que procurava constituir-se fora da lógica manicomial”. Fora organizado por um conjunto de profissionais que atuavam na Divisão de Ambulatórios,

instância técnica e administrativa responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar. Do grupo que elaborou o projeto do CAPS, faziam parte a Diretora daquela Divisão, Dra. Ana Pitta e diversos técnicos responsáveis pela supervisão das unidades. [...] O CAPS incorporou diversos profissionais, oriundos de importantes experiências de transformação institucional que participavam da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental (Yasui, 2006, p. 37).

Por meio desta e de outras experiências, assinalamos a importância da ocupação de espaços estratégicos para a mudança da correlação de forças, em vias de encontrar possibilidades para a efetiva garantia de direitos humanos, não só em relação às pessoas em sofrimento psíquico. Em continuidade às conquistas, com a CF de 1988, a descentralização da Política de Saúde vai tomando contornos. Assim, em 03 de maio de 1989, a Prefeitura de Santos/SP, realizou uma

<sup>9</sup> “Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”, instituído pela Lei Federal 9.970/2000, conquista que demarca a luta pelos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.

<sup>10</sup> Natural de Alagoas, Luiz da Rocha Cerqueira estudou medicina em Pernambuco, onde conheceu Ulysses Pernambucano e a Psiquiatria Social. Atuou na defesa da desospitalização e na melhoria da assistência em saúde mental no Brasil, foi coordenador de Saúde Mental do estado de São Paulo e professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Importante personalidade da luta antimanicomial.

intervenção no Hospital Psiquiátrico conhecido como Casa de Saúde Anchieta, local de violências e óbitos (Amarante, 2012; Yasui, 2006; Brasil, 2005).

O município de Santos tornou-se referência, tendo alcançado por muitos anos repercussão nacional e internacional, demonstrando na concretude a modificação da estrutura manicomial, criando serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico. Tendo como base a experiência de Trieste, na Itália, criou-se uma rede territorial e complexa, formada pelos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS); Pronto-socorro Psiquiátrico Municipal, serviço de retaguarda para a atenção à crise em saúde mental; Unidade de Reabilitação Psicossocial, desenvolvendo empreendimentos voltados ao trabalho; Centro de Convivência “TAM-TAM”; Lar Abrigo “República Manoel da Silva Neto”, espaço de moradia para pessoas egressas de longa institucionalização (Amarante, 2012; Yasui, 2005).

No campo legislativo, como apregoado na I CNSM, bem como nos encontros do MRS e do MRP, ainda em 1989, passou a tramitar no Congresso Nacional por meio da iniciativa do então Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), o Projeto de Lei n.º 3.657, dispondo sobre “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição progressiva por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989).

O PL, objetivamente revolucionário, já no Art. 1º visava “proibir em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos”; no Art. 2º orientava as administrações regionais, como as secretarias, a instalar “recursos não manicomiais de atendimento”; no Art. 3º fomentava a criação de Conselhos Estaduais de Reforma Psiquiátrica (Brasil, 1989), bem como outros avanços. Demarcou assim o início das lutas antimanicomiais nos campos legislativos e normativos (CNS, 2021).

O referido projeto de lei ficou em tramitação por quase doze anos, sendo rejeitado pelo Senado (Amarante, 2012; 2020). Tal desfecho evidencia o caráter profundamente manicomial da sociedade brasileira, que perpetua reiteradas formas de reprodução de estruturas arcaicas. Amarante (2020) chama a atenção, por exemplo, para a Associação dos Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), que financiada pela Federação Brasileira de Hospitais era contra o PL de Paulo Delgado.

O MRP e o MRS correspondem a um processo social complexo em permanente disputa, inerente à dinâmica contraditória do MPC, em momentos

favoráveis avança, e em outros recua. De tal modo, o lugar da Política de Saúde Mental no período denominado de “redemocratização”, assim como a Política de Saúde, foi marcado pela disputa da hegemonia, ora se pautando nos MRS e MRP, democratizante e em ruptura com o paradigma manicomial; ora privatizante, relegando às pessoas em sofrimento psíquico o não acesso ou acesso precário aos serviços de saúde mental.

### **2.3. “Confluência perversa”: neoliberalismo e os impactos à Luta Antimanicomial**

Ao final dos anos de 1980 existiam avanços jurídico-políticos no campo dos direitos sociais e humanos, no entanto, em condições econômicas internas e externas desfavoráveis. A renovação das esperanças, ao menos no campo progressista, se deu em 1989, com a primeira disputa para a Presidência da República a partir do voto direto e com um novo pacto federativo. Dois projetos radicalmente distintos se apresentaram: Luiz Inácio Lula da Silva, radicalmente à esquerda; e Fernando Collor de Mello, o candidato das elites (Behring; Boschetti, 2011).

Collor saiu vitorioso, ou melhor, as classes dominantes saíram vitoriosas. Este assume a presidência em um contexto de reinvenção do liberalismo, estimulado, dentre outros mecanismos, por meio do Consenso de Washington (1989). Este constituiu-se como uma abordagem econômica e política para o enfrentamento à crise. Dentre as principais características estão a adoção da política neoliberal, como a privatização de empresas estatais; redução do papel do Estado na economia; desregulamentação financeira e corte nos investimentos públicos (Dagnino, 2004; Amaral, 2010; Braz; Netto, 2012).

Na sua primeira fase, o neoliberalismo promoveu o ataque ao keynesianismo e ao *Welfare State*; na segunda fase, promoveu a destruição dos programas sociais, por meio de uma política social dos mínimos, voltada apenas para o que não pode ser enfrentado pelo mercado (Behring, 2009). Para essa autora, com base em Draibe (1993), a inauguração do neoliberalismo se dá com o Chile e a Argentina, em meio às suas experiências de governos ditatoriais.

No Brasil, sob a presidência de Collor, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado, recém-saído de uma ditadura e na utopia da afirmação

das garantias legais. Resulta-se em inflexões no campo das políticas sociais, impactando a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social. Essas mudanças estão em consonância com as orientações de transformações no mundo do trabalho por meio da reestruturação produtiva e de redefinição das funções e responsabilidades do Estado com vistas à inserção do Brasil na economia mundializada (Harvey, 1993; Chesnais, 1996).

Ao analisar o contexto atual de crise estrutural do capital, pode-se afirmar que a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. O seu caráter público e universal, tão defendido pelo MRS brasileiro nos anos 1980 foi vigorosamente abalado. Apesar disso, tornou-se palco de importantes conquistas, como a promulgação das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990.

A LOS e a sua lei complementar, respectivamente, embora com aspectos contraditórios, representam o marco legal do MRS, inscrevendo os anseios deste, iniciado na década de 1970 almejando mudanças na política. Por estes avanços legais, em meio ao neoliberalismo, recorreremos à Dagnino (2004), especificamente ao conceito de “confluência perversa”.

O conceito refere-se a uma dinâmica complexa em que as forças sociais e políticas que historicamente se opunham, ou que eram consideradas antagônicas, acabam convergindo e contribuindo para a reprodução de estruturas de poder e desigualdades. Dagnino (2004) argumenta que, em determinados momentos, coalizões políticas emergem em torno de objetivos específicos, mas, paradoxalmente, a confluência dessas forças resulta na manutenção de estruturas de dominação e exclusão.

Enfatiza-se que essas alianças podem mascarar diferenças fundamentais, enfraquecer a capacidade de contestação e resistência social, e, por consequência, prejudicar o avanço de uma agenda mais igualitária e emancipatória. Essa dinâmica é vista como perversa, pois reforça a inércia das estruturas políticas e econômicas estabelecidas, perpetuando desigualdades e minando potenciais avanços democráticos e transformações sociais mais profundas na América Latina.

A análise da supracitada autora sobre a "confluência perversa" oferece uma perspectiva crítica e reflexiva sobre a política na região latino-americana, desafiando a ideia de que alianças políticas entre grupos historicamente distintos

sempre conduzem a avanços democráticos. Ressalta-se que é fundamental compreender as complexas dinâmicas de poder e interesses em jogo, especialmente quando diferentes atores se unem temporariamente.

Ao considerar as implicações dessa confluência, Dagnino (2004) destaca a importância de fortalecer as articulações sociais e políticas que genuinamente buscam transformações sociais e estruturais, evitando que as alianças passageiras perpetuem sistemas de dominação e desigualdades enraizados nas estruturas políticas e econômicas latino-americanas.

Embasada nessa autora e em Bravo (2010), assinalamos que esta “confluência perversa” acaba por incidir na participação social, assegurada na CF de 88, e, considerando o setor saúde, na Lei nº 8.142/1990. Pautada em Gramsci, para Dagnino (2004), a participação social é ressignificada, compreendendo o “Estado compartilhando o poder com a sociedade”. Bravo e Menezes (2022) ancoram-se, para discutir sobre o “controle social”, no conceito de “sociedade civil” de Gramsci, que de acordo com Coutinho (1981, p. 88), “é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria marxista do Estado”.

Em Gramsci, o Estado sob o “capitalismo desenvolvido”, divide-se em duas esferas: o “Estado-coerção” e a “sociedade civil”, elaborando e/ou difundindo ideologias, em um contexto que promove a “socialização da política”. Para Coutinho (1981, p. 90-92), “no âmbito e através da sociedade civil, as classes buscam exercer sua hegemonia, ou seja, buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso”.

Assim, a década de 1990 marca os movimentos aqui estudados. A construção da Luta Antimanicomial ocupa “diferentes caminhos para a viabilização das mudanças almejadas para a reformulação da assistência em saúde mental. Adotou-se a via institucional [...] e também o fortalecimento das bases dos movimentos sociais” (CFESS, 2022, p. 14).

Amarante (2020) registra como importantes momentos da RP nos anos de 1990 a experiência da “Rede de Atenção Integral à Saúde Mental Substitutiva ao Manicômio”, no Município de São Paulo, durante a gestão de Luiza Erundina (PT) e a criação dos Centros de Convivência e Cooperativa Social (CECCOS), promovendo o acesso ao trabalho e a cultura, bem como o direito à cidade.

A II CNSM, realizada em Brasília, de 01 a 04 de dezembro de 1992, com o tema: “A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil” (Brasil, 1992), para Paulo Amarante (2020), foi totalmente desvinculada da primeira, ocorrendo como espécie de desdobramento do I Congresso pan-americano de Saúde Mental, ocorrido em Caracas - Venezuela, em 1990. O Congresso contou com a aprovação da Declaração de Caracas, fundamental para mudanças na atenção à Saúde Mental na América Latina (Yasui, 2005).

O relatório final da II CNSM organiza-se em três partes, conforme descrito adiante:

<b>QUADRO 8 – SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA II CNSM</b>	
Primeira parte – Marcos Conceituais	<p>Reflete acerca da atenção integral e da cidadania, destacando-os como conceitos direcionadores das deliberações desta conferência. Vincula o conceito de saúde ao exercício da cidadania; defesa da construção de uma abordagem abrangente no campo da saúde mental, ruptura com as concepções hegemônicas que dissociam corpo/mente, trabalho/prazer; pessoas com transtornos mentais para além do diagnóstico; construção de uma ética da autonomia. Defende a atenção integral em saúde mental por meio de um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais, com intervenções de cunho educativo, assistencial e de reabilitação. Criação de Centros de Convivência com promoção de oficinas terapêuticas e culturais, atrelados à promoção e exercício da cidadania. Inserção das famílias em “grupos de ajuda mútua”. Atuação profissional pautada na desinstitucionalização, humanização e multiprofissional. Defesa da capacitação profissional, articulando o saber prático, político, administrativo e técnico. Defesa das investigações epidemiológicas e socioantropológicas.</p> <p>Cidadania enquanto construção histórica resultante de problematizações concretas, ressaltando que a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais deve,</p>

	<p>também, inserir-se no campo geral de luta por direitos. Defesa das pessoas com transtornos mentais como “sujeitos sociais” e da construção de mecanismos de participação social, como as associações. Lança mão da discussão acerca do uso de drogas, defendendo a mudança do enfoque punitivo e coercitivo, para a assistência, tratamento e programas voltados à prevenção.</p>
Segunda parte – Atenção à Saúde Mental e Municipalização	<p>Defesa do cumprimento da LOS e a Lei Complementar. Defesa da adoção dos conceitos de território e responsabilidade como estratégia para romper com o modelo hospitalocêntrico. Estabelecer a Coordenação de Saúde Mental, do MS, como captador e repassar de recursos e informações nacionais e internacionais. Criação de comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica no âmbito dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Discussão sobre o financiamento, defendendo que os orçamentos municipais destinem um percentual de 3% para a saúde mental; extinção do sistema AIH, por compreender que este propiciava as internações de longa permanência; sugere um protocolo de financiamento entre o MS e Ministério de Ação Social para ações de reabilitação psicossocial. Impedimento de internações de “alcoolistas” em hospitais psiquiátricos ou centro especializados, devendo esta ocorrer em hospital geral. Defesa da melhoria de espaços de trabalho; criação de plano de cargos e carreiras; remuneração justa; defesa do exercício profissional ético.</p>
Terceira parte – Direitos e Legislação	<p>Defesa da revisão situando-a não como “Legislação Psiquiátrica”, mas como “Legislação em Saúde Mental”; Revogação do Decreto nº 24.559/1934, que dispunha sobre a “profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Estimular</p>

que os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário providenciassem a incorporação aos “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria à saúde mental”, estes princípios foram instituídos Declaração de Caracas, realizado em 1990. Apoiar as iniciativas e elaboração de leis estaduais que estivessem em consonância com a II CNSM, Criação de mecanismos de participação da Defensoria Pública ou Ministério Público nas questões referentes à saúde mental. Regulamentação de legislações que amparassem a desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, assegurando a oferta de serviços extra-hospitalares. Proibição do uso de práticas violentas, tais quais o uso de camisa de força, ECT, medicação em excesso e psicocirurgias. Assegurar ao “deficiente mental” os mesmos “benefícios concedidos e garantidos pela CF de 1988 aos deficientes físicos”. Defesa da aprovação do PL de Paulo Delgado. Revisão do Código Civil, sobretudo ao que diz respeito a tutela, curatela, noção de periculosidade, inimputabilidade e imputabilidade jurídico-criminal. Garantir assessoria jurídica aos usuários dos serviços de saúde mental, em especial aos casos de “interdição e tutela”. Proposição ao Ministério da Justiça para a extinção dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Promover a articulação da Comissão que fiscalizará as ações de saúde mental nos HCTPs com as Comissões de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, a serem construídas em todos os estados brasileiros. Proposta de criação de mecanismos de contratação de trabalho às pessoas com transtornos mentais e deficiências, preferencialmente em cooperativas e associações. Defesa da descriminalização das pessoas que fazem uso de drogas; garantia de acesso e permanência na escola às pessoas “dependente de



	droga”; proibição de campanhas diretas ou indiretas sobre fumo, álcool, agrotóxicos e medicações; diferenciação entre traficante e usuário. Elaborar a “Carta de Direitos dos Usuários no Brasil”
--	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório Final da II CNSM (Brasil, 1994).

Como pode ser visualizado no quadro acima, a II CNSM trouxe aspectos importantes para a elaboração e modificação da assistência em saúde mental no Brasil, pautando questões caras à Luta Antimanicomial, como a discussão acerca: das pessoas em sofrimento psíquico e em conflito com a lei, bem como os direitos das pessoas com transtornos mentais equiparados às pessoas com deficiência (que serão discutidas no Capítulo 4).

A Declaração de Caracas (1990), adotada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi citada na II Conferência como referência para a reconfiguração da assistência em saúde mental. Contudo, apesar da relevância desta Declaração, Amarante (2020) pondera que esta se refere à reestruturação da assistência psiquiátrica de forma tímida e conservadora, enquanto que no Brasil já existiam experiências de superação do paradigma psiquiátrico, como a experiência de Santos/SP. Duarte (2016) pondera também que a Declaração promove a reestruturação da assistência psiquiátrica e não uma ruptura com o paradigma manicomial.

Além disso, para Amarante (2020) a II CNSM foi desvinculada da I CNSM, mediante a influência da Declaração de Caracas, mas contou com a participação expressiva de usuários/as e familiares. Já Yasui (2006) pontua que esta conferência consolidou a oficialidade das mudanças assistenciais, desencadeando no reconhecimento, em cenário nacional, dos CAPS, que se transformaram em referências nos modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, assim como os NAPS.

Enquanto desdobramento desta conferência houve a criação na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP) em 1993, representando a conquista do MRP dos espaços institucionais (Yasui, 2005). Configurou-se na mesma estratégia adotada pelo MRS, estabelecendo a institucionalização da RP como política oficial. Neste mesmo ano ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador, onde nasceu o então Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

(MNLA). Ao longo da sua constituição ocorreram mudanças de terminologia, como em 1987 que de MTSM passou para “Movimento Social por uma Sociedade sem Manicômios” e a partir de 1993, MNLA, conforme Amarante (2020), incorporando novos sujeitos políticos como as associações de familiares.

Ao longo deste trabalho estabelecemos que as contradições e disputas são constitutivas do capitalismo, que acaba por impactar a construção das políticas públicas a partir dos interesses da classe trabalhadora organizada. O PL nº 3.657/1989 do então Deputado Estadual Paulo Delgado deixa, no campo da saúde mental, a contradição entre a disputa pela permanência do velho e o estabelecimento de um novo paradigma em evidência.

Este PL apontava a extinção progressiva dos manicômios, bem como a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos em todo o território nacional. A aprovação ocorreu apenas em 2001, por meio da Lei nº 10.216, com uma abordagem mais moderada e conciliatória. Apesar disso, esta lei reconhecida como a Lei Paulo Delgado, é fruto do acúmulo teórico-prático da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil.

<b>QUADRO 9 – Marco legal da RPB: a Lei nº 10.216/2001</b>	
Preâmbulo: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”	
Art. 1º e 2º - Direitos das pessoas com transtornos mentais	Direito à proteção e ao melhor tratamento sem distinção de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e “grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno”.
Art. 3º - Responsabilidade do Estado	No desenvolvimento da Política de Saúde Mental e no fomento à participação social.
Art. 4º, 6º e 8º - Diretrizes para a Internação Psiquiátrica	Internação indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes; ocorrerá apenas mediante laudo médico circunstanciado; veda a internação em locais com características asilares.

	Estabelece três tipos de internação: I. Voluntária – mediante consentimento da pessoa com transtorno mental; II. Involuntária – sem o consentimento e a pedido de terceiros, deve ser comunicada ao Ministério Público em até 72h; III. Compulsória – mediante determinação judicial.
Art. 5º - Políticas específicas	Para pessoas em longa internação ou em situação de grave dependência institucional, por meio de estratégias de reabilitação psicossocial.
Art. 10 - Comunicação de intercorrências	Os familiares e autoridades sanitárias devem ser comunicados no prazo máximo de 24h, em caso de evasão, transferência e qualquer intercorrência clínica.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Lei nº 10.216/2001.

Destacamos que algumas terminologias, como “portador”, não fazem mais parte do arcabouço jurídico brasileiro, fortalecido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006, ratificado no Brasil e pela Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015) por não proporcionar uma linguagem inclusiva.

Para cada direito expresso no Art. 2º da Lei nº 10.216/2001, como “ser tratado com humanidade e respeito” e “ser protegida de qualquer forma de abuso e exploração”, tem-se a existência de violações, sobretudo na era da “mercantilização da loucura” e das instituições totais - o que não significa que atualmente as pessoas com deficiências psicossociais não sejam estigmatizadas e violadas no exercício da sua cidadania. O art. 5º celebra a relevância da desinstitucionalização e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dispostos na Portaria MS nº 106, desde o ano 2000.

A promulgação da nova Lei Federal de Saúde Mental em 2001 foi fruto da intensa mobilização do Movimento de Luta Antimanicomial, além de ter sido impulsionada pela primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) (Correia, 2018). Esse episódio histórico está relacionado ao Caso Damião Ximenes Lopes, pessoa com transtorno mental encontrado pela

genitora, em 04 de outubro de 1999, agonizando e com sinais de tortura na Casa de Repoucos Guararapes, localizada em Sobral, no Ceará (CIDH, 2006).

A denúncia de nº 12.237 foi formulada pela irmã de Damião, a Sra. Irene Ximenes Lopes Miranda, em 22 de novembro de 1999. A sentença da CIDH foi prolatada em 04 de julho de 2006 e estabeleceu o Brasil como violador dos seguintes direitos:

1. À vida – “o Estado não cumpriu sua obrigação de proteger e preservar a vida do senhor Damião Ximenes Lopes. Esta violação pode ser percebida não somente porque seus agentes causaram sua morte, mas porque o Estado não exerceu adequadamente a fiscalização da Casa de Repouso Guararapes”;

2. Violação do direito à integridade pessoal – as condições de hospitalização na Casa de Repouso Guararapes eram incompatíveis com o respeito à dignidade humana; foi submetido a tratamento cruel e degradantes; contenção física que “não levou em conta as normas internacionais sobre a matéria”;

3. Garantias judiciais e proteção judicial – a investigação policial apresentou uma série de irregularidades que comprometeram a elucidação da sua morte. As autoridades internas foram omissas em recolher provas, visto que a investigação iniciou 35 dias após a prestação da queixa. Bem como a morosidade na responsabilização dos sujeitos envolvidos na morte de Damião Ximenes e em outras violências causadas a outras pessoas que lá estiveram internadas.

A repercussão do caso ocasionou a reorganização da atenção em saúde mental em Sobral, em 10 de julho de 2000, conforme o então Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde do município, Luís Fernando Farah de Toffoli, a Casa de Repouso Guararapes foi descredenciada do SUS “simbolicamente considerado pelos profissionais de saúde mental de Sobral como a data de início do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral” (CIDH, 2006, p. 10).

Pedro Gabriel Godinho Delgado, então Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, informou à Corte (2006) que desde a morte de Damião ocorreu uma redução de 19.000 leitos psiquiátricos em instituições semelhantes à de Sobral; entre 1999 a 2005 foram criados 500/600 serviços extra-hospitalares como CAPS e SRTs; cita a promulgação da Lei nº 10.216/2001 e a reconfiguração da assistência em saúde mental no Brasil; bem

como a relevância do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH).

Assim, torna evidente a “confluência perversa”, visto que foi necessário o Estado brasileiro ser denunciado ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos para que a Lei nº 10.216 fosse desengavetada e aprovada, apesar da luta em torno da reconfiguração à assistência em saúde mental desde a década de 1970. Elucida-se mais uma vez que a garantia dos direitos humanos na cena capitalista está atravessada pelas conjunturas políticas, sociais e econômicas.

Ainda nos anos 2000, em um cenário de efervescência na participação social do Movimento de Luta Antimanicomial, aconteceu a III CNSM, momento em que

foram mais numerosos, organizados, mais implicados na grave responsabilidade de que estavam investidos, como cidadãos que estavam criando, no sentido de Castoriadis, em diálogo com os profissionais de Estado, as bases consensuais para a construção e consolidação da política pública de saúde mental (Correia, 2018 apud Pedro Delgado, 2011, p. 116)

A III CNSM ocorreu em dezembro de 2001, tendo por título “Cuidar sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Ainda na apresentação, o relatório final coloca a necessidade “urgente” em avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica “propondo novos caminhos para a sua efetivação”. O tema central compunha as discussões internacionais propostas pela OMS (Brasil, 2001, p. 14).

O relatório final organiza-se de acordo com o exposto no quadro a seguir:

<b>QUADRO 10 – SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL III CNSM</b>	
I. Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental	Neste item as propostas estavam em torno da reafirmação do SUS; a regulamentação imediata da Lei nº 10.216/2001; a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos até 2004 e estruturação de uma rede substitutiva. Defesa da política de saúde mental efetivamente pública de responsabilidade das três esferas de governo, com ênfase para a municipalização; defesa de equipes de saúde mental na atenção básica; a definição dos CAPS como

	<p>referência local, microrregional e regional para assistência em saúde mental. Abolição do eletrochoque; garantia de espaços de promoção da saúde mental, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade. Garantia da intersetorialidade; defesa da construção, pelo MS, de um Plano Nacional de Saúde Mental; exigir das SMS e SES estabeleçam planos de ação em saúde mental que respeitem as conferências municipais e estaduais que estejam em acordo com os princípios do SUS e da RPB; garantir que o MS crie um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a PNSM; criar mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços do SUS; implementar um sistema de informação sobre saúde mental, uma política de avaliação epidemiológica e de qualidade de serviços e ações de saúde mental; fiscalização permanente dos hospitais psiquiátricos. Pela primeira vez tem-se uma parte especificamente dedicado à discussão sobre a “Atenção aos usuários de álcool e outras drogas” – com a defesa de estratégias de redução de danos garantia do atendimento de forma integral e humanizado e a “Atenção à criança e ao adolescente” – respeitando as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), abre-se a discussão para a implementação de CAPS infantil.</p>
II. Recursos Humanos	<p>Este item em geral faz a defesa da atuação profissional com qualidade e remuneração justa. Defesa da realização de concursos públicos, tendo no conteúdo programático assuntos pertinentes a RP e o paradigma da atenção psicossocial; qualificação</p>

	<p>e capacitação dos trabalhadores em saúde mental; criação de Núcleos de Referência Estadual em Saúde Mental com participação de trabalhadores, usuários e familiares voltado para estudo e capacitação. Defesa de que as coordenações de saúde mental sejam compostas por equipes que cumpram as ações de supervisão, assessoria e acompanhamento contínuo dos serviços de saúde. Reflete ainda sobre a saúde mental do trabalhador, visando a criação de programas de saúde mental (administração municipal) para funcionários.</p>
III. Financiamento	<p>Defende que o financiamento deve “acompanhar o usuário nos diferentes espaços”, ou seja, centrado nas pessoas e não nos serviços. Tem como foco a defesa da reorientação das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos (transferido fundo a fundo) e para os usuários “desospitalizados”. Garantir que os serviços tenham dotação orçamentária e gerenciem os recursos financeiros para medicamentos, materiais para atividades de oficinas, transporte, alimentação, publicações e capacitação de profissionais. Destinação de recursos para implantação de uma “Central de Regulação, composta por equipe multidisciplinar, que estabeleça protocolo único para as urgências e emergências em saúde mental”. Defesa do financiamento público da seguridade social. Exigência ao MS para que este identificasse e realocasse os recursos decorrentes do fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos. Repasse de 3% a 5% das arrecadações líquidas das loterias para aplicação em projetos ou ações de saúde mental e defesa do abatimento no imposto de renda de</p>

	<p>peças físicas e jurídicas, investido em projetos de saúde mental. Defesa do financiamento de ações de saúde mental na Atenção Básica. Garantia de recursos para projetos intersetoriais como com a Habitação; para a realização de cursos profissionalizantes e oficinas de produção, visando a capacitação para o mercado de trabalho. Garantir o livre acesso ao transporte coletivo de usuários/as e acompanhantes.</p>
IV. Acessibilidade	<p>O item apresenta as propostas para a garantia do acesso às informações sobre o SUS, a promoção dos “direitos e deveres dos cidadãos”, bem como a fiscalização dos recursos financeiros aplicados na saúde mental e o acesso aos serviços de saúde mental substitutivos. Defende a ampliação dos meios de comunicação para que estes divulguem os serviços e a política de saúde mental; criação de uma cartilha com informações sobre a Saúde Mental e a RP; acesso dos usuários aos seus prontuários e projeto terapêutico; defesa de “leitos clínicos em hospitais gerais para usuários de álcool e outras drogas” para extinguir as internações em hospitais psiquiátricos. Pontua o “atendimento às situações de crise” em unidades de atenção ou residências por equipe especializada, “sem recorrer às práticas coercitivas e violentas”. A promoção do acesso à saúde mental pelas populações ribeirinhas, comunidades indígenas e quilombolas.</p>
V. Direitos e Cidadania	<p>O capítulo apresenta as principais propostas em torno do exercício da cidadania pelas pessoas com transtornos mentais, visando a ruptura de práticas de tutela e a revisão do Código Civil e Penal brasileiro. Coloca a importância do incentivo de “parcerias entre</p>



	<p>o Poder Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs). Defesa da inserção ao mercado de trabalho, por meio de projetos de geração de renda e formação de cooperativas sociais. Elencam-se como principais propostas: - a garantia no mercado de trabalho e em concursos públicos um percentual de vagas para “o portador de transtorno mental que esteja preparado para esta inserção”; - inserção em cursos profissionalizantes em instituições como SESC, SENAI, SESI; - combate e modificação da noção de “loucos de todos os gêneros”, colocados como “incapazes para a vida civil”; - revisão dos critérios de interdição do código civil, respeitando a autonomia; - exclusão da “presunção de periculosidade”; - descriminalização do uso de drogas; - defesa da adoção pelo Brasil da “Justiça Terapêutica” para garantir a inserção das pessoas com transtorno que infringem lei; - “condenar a reclusão em Manicômio Judiciário” e em caso de “internados” garantir o acesso destes à assistência em saúde mental, bem como a viabilidade de penas alternativas; - defesa da garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às pessoas com transtorno sem condições para o trabalho (ênfase no laudo psiquiátrico), assim como o acesso a outros benefícios previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); - garantia da assessoria jurídica pública e gratuita às pessoas com transtornos mentais.</p>
VI. Controle Social	<p>Respalda-se na importância do controle social (participação) como estratégia de garantia do avanço da RPB. Defesa dos Conselhos e das Comissões de Saúde Mental e as Conferências, bem como outros</p>

	dispositivos de organização da sociedade civil, prezando pela paridade entre usuários/as, familiares e trabalhadores. Principais propostas: - Estabelecer como atribuição dos Conselhos Municipais de Saúde a fiscalização do gestor local na implementação dos serviços substitutivos e o seu financiamento; - Criação de fórum permanente nos bairros para denunciar e fiscalizar as ações e serviços de saúde; - Fiscalização por parte do Ministério Público visando assegurar a composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional; - Prestação de contas das ações, serviços e financiamento concernentes à saúde mental por meio de audiências públicas promovida pelos Conselhos de Saúde.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório Final da III CNSM (Brasil, 2002).

Por meio do quadro-síntese é possível visualizar que a III CNSM foi marcada pela defesa dos princípios do SUS como a participação social enquanto estratégia de fortalecimento deste sistema e dos princípios da RPB; a municipalização como estratégia de execução das políticas públicas em saúde, com ênfase aos serviços substitutivos aos manicômios; e o financiamento de qualidade, realocando os recursos de hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários.

Tem-se ainda a discussão acerca dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), os manicômios judiciários, sendo reconhecidos como um não lugar para o cuidado em saúde mental às pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei. Sobre a dimensão jurídico-formal, o reconhecimento da importância da Lei nº 10.216/2001, mas a necessidade das adequações às proposições do PL Paulo Delgado (1989), sobretudo no que diz respeito à extinção dos manicômios e à regulamentação das internações voluntárias e involuntárias.

Esta conferência ocorre no bojo da “crise do movimento”, visto que após o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado no Rio de Janeiro em 2001, o movimento dividiu-se em duas frentes, um seguindo a denominação

original, Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA); e o segundo nomeado de Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), o que marca as contradições e conflitos dentro do movimento (Amarante, 2020; Costa, 2016; Barbosa, 2012).

Desse modo, podemos considerar que a III CNSM tem continuidade com as proposituras das conferências anteriores, apresentando novos desafios e necessidades para o avanço de política em saúde mental necessariamente antimanicomial. Evidencia ainda que a sua afirmação, para além do âmbito jurídico formal, depende de vontade política e uma conjuntura política, econômica e social favorável.

As conferências constituem-se em importantes espaços de participação social e disputa pela hegemonia, mas não devem ser um fim em si mesmas, isto é, devem se espalhar para a realidade concreta – a efetivação da política, aqui a política de saúde mental. Logo, os anos 1990 e início dos anos 2000, atravessado pelas relações sociais capitalistas de cunho neoliberal acabou por desaguar na luta antimanicomial, conforme Costa (2016; 2019) em um cenário de intensas negociações e articulações, mas que o movimento se encontrava despolitizado e com a identidade política fragilizada. Impõem-se, assim, novos desafios para os avanços da reforma psiquiátrica com incidências antimanicomiais.

### **3. Reforma Psiquiátrica Antimanicomial? A implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB)**

“O otimista é um tolo. O pessimista, um chato. Bom mesmo é ser um realista esperançoso” – SUASSUNA, Ariano.

Nas linhas anteriores discutimos sobre o MRS e a sua incidência nos dispositivos legais que desembocam na construção do SUS. Este sistema, um dos maiores do mundo, dá a base para a efetivação da RPB, fruto do MRP, isto é, da luta antimanicomial. A RPB e os segmentos do MLA apresentam especificidades loco-regionais, ainda mais considerando a dimensão continental do Brasil. A fim de particularizar esta discussão, o presente capítulo tem o objetivo de analisar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB) no período de 2013 a 2024.

#### **3.1. Do litoral ao sertão: trajetória da Reforma Psiquiátrica Paraibana**

As mobilizações para as mudanças na assistência em saúde mental no mundo têm como pano de fundo as violações aos direitos humanos perpetradas por instituições asilares, os manicômios. No estado da Paraíba, não foi diferente, de acordo com Gomes (2013), as primeiras denúncias ocorreram na capital, João Pessoa. As denúncias revelaram situações de maus-tratos, negligências e violações que ferem a dignidade humana.

Conforme a tese de Silvana Carneiro Maciel (2007, p. 76-77), na Paraíba em 1859, foi criado o *Asylo* de Sant’Anna, considerado o primeiro hospital do estado a atender exclusivamente “pacientes psiquiátricos”. No entanto, em virtude de um “surto de varíola” foi transformado em “hospital dos variólogos”. Ao passar dos anos, transformou-se em um depósito onde “toda a sorte de pessoas marginalizadas socialmente, já que essa classe de pessoas não faziam parte do novo contexto da cidade que se preocupava com o embelezamento urbanístico”.

O que seria este se não um retrato de um hospício, de um manicômio? O local, também denominado *Asylo* de Alienados ou Hospício da Cruz do Peixe, era anexo à Santa Casa da Misericórdia da Paraíba (onde atualmente localiza-se o Hospital Santa Izabel). Em 1906 diretores da Santa Casa passaram a questionar o “tratamento dado aos doentes mentais”, em 1910, o psiquiatra Octávio Ferreira Soares passou a atender gratuitamente no local e a reivindicar aos governantes a construção de “um novo hospício para doentes mentais paraibanos” (Maciel, 2007,

p. 78).

O prédio do Asylo de Sant'anna foi demolido em 23 de junho de 1928, dando espaço à inauguração do Hospital Colônia Juliano Moreira (Maciel, 2007). Localizado na capital, João Pessoa, correspondeu por muitos anos à principal assistência psiquiátrica no estado. Circunscreve-se ainda em solo paraibano o Manicômio Judiciário, inaugurado em 1943, posteriormente denominado Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB), localizado na Av. Pedro II, nº 1826 b, no bairro da Torre - João Pessoa, ao lado da sede da SES/PB.

Os manicômios judiciários compõem o sistema prisional e são destinados às pessoas “loucas infratoras”. Segundo Magno (2021, p. 73), esses espaços representam o “pacto perverso entre direito, psiquiatria e funcionalizações do racismo estrutural no paradigma etiológico racista da criminologia brasileira que está fulcrado na periculosidade”.

No estado da Paraíba está sob a administração da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP/PB) e até a presente data, a PPF/PB permanece com a seguinte placa:

**Imagem 1 – 1826: Manicômio Judiciário da Paraíba**



Fonte: Foto de arquivo pessoal (2024).

Salienta-se que o Interventor Ruy Carneiro “foi peça fundamental para o projeto estadonovista” (Silva, 2019, p. 11) do então presidente Getúlio Vargas, isto é, outro período ditatorial da história do Brasil. Este interventor contribuiu para a manutenção do sistema oligárquico; da cultura coronelista, do mando e favor; por meio de práticas assistencialistas, repressivas e autoritárias no estado da Paraíba (Silva, 2019; Silva, 2011).

Assim, mais uma vez observa-se a relação íntima das estruturas manicomiais

com as práticas e governos ditatoriais. O manicômio judiciário destinava-se ao cumprimento da medida de segurança, quer seja a internação ou o tratamento ambulatorial, de acordo com o Código Penal brasileiro de 1940, determinada às pessoas “loucas” em conflito com a lei. Pondera-se que o espaço físico da PPF/PB se destina aos homens, já as mulheres são encaminhadas ao CPJM (Correia, 2018).

Desde 28 de fevereiro de 2024 a porta de entrada da PPF/PB encontra-se fechada, isto é, impossibilitada de receber novas internações, efeito do Ato Conjunto nº 01/2024 da Corregedoria-Geral de Justiça da Paraíba e do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo da Paraíba (GMF/PB), que se deu em decorrência da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Contudo, salientamos que essa medida compõe as reivindicações dos MLA, inscritas nos relatórios finais das CNSM (TJPB, 2024; CNJ, 2023; Santos, *et al.* 2024).

As primeiras denúncias de violações aos direitos humanos na Paraíba se deram no interior do CPJM, especificamente no Sanatório Clifford, quando estudantes da UFPB, ao desenvolverem seus estágios, passaram a denunciar as violações existentes (Gomes, 2013). Porém, em decorrência da fragilização dos vínculos trabalhistas – mas não só, apenas em 1980 um conjunto de trabalhadores/as passaram a se opor às arbitrariedades e irregularidades existentes no interior da instituição.

A partir de então eclode o processo paraibano de luta pela reforma psiquiátrica. Na década de 1990 o movimento vai se afirmando, tendo como marcos históricos a criação do Núcleo do Movimento da Luta Antimanicomial (NMLA/PB), em parceria com o Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Paraíba (SES/PB); em 1992 ocorreu o I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental e a I Conferência Estadual de Saúde Mental; em 1993 a I Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba; em 1994 realizou-se a II Feira e o I Seminário Paraibano de Saúde Mental; no ano de 1996 ocorre o II Seminário, neste mesmo ano foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde a criação da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica.

Apesar da efervescência do movimento, as contradições se fizeram presentes, o estado não rompeu com o modelo asilar tradicional, tanto que a SES/PB promoveu “em 08 de abril de 1998, a reorganização geo-administrativa desses serviços, mediante a reunião de todas as instituições psiquiátricas no CPJM, um espaço murado da antiga colônia, que adotou uma direção centralizadora denominada de superintendência” (Gomes, 2013, p. 107).

Isto acabou por abalar a luta antimanicomial paraibana. Ainda em 1998, numa tentativa de mostrar à sociedade o compromisso com a ruptura do modelo hospitalocêntrico, o governo do estado implantou o CAPS AD Jovem Cidadão e o Hospital Dia dentro do CPJM. Com isso ficou evidente que “os interesses políticos da época divergiam das propostas do Movimento da Luta Antimanicomial” (Gomes, 2013, p. 107).

Para Medeiros (2005 *apud* Gomes, 2013) esse cenário foi uma tentativa do Governo Estadual – à época o governador era Ronaldo Cunha Lima, mostrar à sociedade que tinha interesse em caminhar em direção à desospitalização e à reforma do modelo hospitalocêntrico. Isso acabou por tardar a implantação de serviços, de fato, comunitários, beneficiando interesses políticos, isto é, de quem lucrava – os donos de hospitais psiquiátricos.

Em nossa leitura este panorama deflagrou a tentativa de cooptação do movimento para que estes aceitassem as reformas possíveis, demarcando que estas reformas tinham características e vieses conservadores, indo completamente de encontro às diretrizes de criação de modelos substitutivos fora das estruturas hospitalares. Tais aspectos elucidam a luta de classe e que “na sociedade brasileira, enclaves de modernidade convivem com a recriação de formas antigas de barbárie” (Iamamoto, 2015, p. 120).

Nos anos de 1990 a militância antimanicomial voltou seus esforços para as articulações junto ao poder legislativo estadual, reivindicando, em acordo com o movimento nacional, a elaboração de uma lei de reforma psiquiátrica estritamente paraibana, a Lei Chico Lopes. Contudo, entraves políticos inviabilizaram a sua aprovação. Em 2001 foi inaugurado o primeiro CAPS de João Pessoa, o CAPS Dr. Gutemberg Botelho, que se caracterizou como uma extensão do CPJM em substituição ao ambulatório que existia desde 1978 (Gomes, 2013).

Este aspecto para Carvalho (2006 *apud* Gomes, 2013) demarca a tendência conservadora de manutenção do modelo asilar na capital, que sob um viés mercantilizante visava apenas subtrair os incentivos aos serviços substitutivos em alta no MS. Apenas em 2004 tem-se a Lei Estadual nº 7.639, aprovada durante o Governo de Cássio Cunha Lima (PSDB), de autoria do então Deputado Ricardo Coutinho (PT). Esta lei organiza-se em 22 artigos, sendo os principais elencados no quadro adiante:

<b>QUADRO 11 – Marco jurídico da Reforma Psiquiátrica Paraibana: Lei nº 7.639, de 23 de julho de 2004</b>	
Preâmbulo: Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba e dá outras providências.	
Art. 1º	Ninguém será limitado da sua condição de cidadão e de sujeito de direito nem será submetido a internações de qualquer natureza com “fundamento em transtorno da saúde mental”. Parágrafo único. Ressalvado pela vigência de atestado médico.
Art. 2º	Reorientação do Modelo de Atenção à Saúde Mental integrada por serviços assistenciais como CAPS, SRTs, oficinas comunitárias e Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral.
Art. 4º	Construção de Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral [referindo-se à leitos de saúde mental em hospital geral].
Art. 7º	Cria a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica tendo caráter consultivo e vinculado ao Conselho Estadual de Saúde.
Art. 9º	Proibição de utilização de celas, camisa de força e qualquer outro procedimento desumano e violento.
Art. 10	Veda a realização de psicocirurgias ou qualquer outro procedimento a título de tratamento de enfermidade mental.
Art. 11	Os dispêndios orçamentários para a implementação da lei deverão estar em atenção à Lei de Responsabilidade Fiscal, Plano Plurianual e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).
Art. 13	Defesa da autonomia e articulação intersetorial para inserção das pessoas com perdas familiares em decorrência do longo internamento em manicômios.
Art. 14	Estabelece que a SES apresente Relatório de Gestão em Atenção à Saúde Mental ao Conselho Estadual de Saúde.



Art. 15	Dispõe sobre as internações involuntárias e compulsórias; sendo obrigatório a comunicação da internação involuntária, em até 24h, ao Ministério Público e à Defensoria Pública
---------	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Diário Oficial do Estado da Paraíba (2004)

Conforme se visualiza no quadro 11, a lei paraibana de reforma psiquiátrica apresenta-se em continuidade com a Lei nº 10.216/2001, expondo, assim como esta, as contradições e conflitos em torno da ruptura ao modelo manicomial. A Lei Estadual, conforme Gomes (2013), fomentou a municipalização do CAPS Gutemberg Botelho; a implantação do CAPS Caminhar (2001); o SRT “Nossa Casa” (2007); o CAPSi Cirandar e o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) em 2008; o CAPS Ad David Capistrano (2010); a Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil e outro SRT (2012).

Ao longo da construção da Política de Saúde Mental em João Pessoa, algumas legislações desempenharam papel fundamental, como a Lei nº 12.069/2011, que instituiu o Passe Livre. Esta, apesar de nunca ter sido executada, representou um importante marco no imaginário dos/as usuários/as de saúde mental do município, simbolizando uma conquista potencial de direitos e reforçando a luta por inclusão social e o direito à cidade.

A Lei do Passe Livre, que dispunha sobre “a gratuidade no transporte coletivo e urbano no município de João Pessoa para pessoas *portadoras* de transtorno mental”, direcionava-se a usuários/as dos CAPS e demais serviços de saúde mental, mediante cadastro na Superintendência de Transportes e Trânsito (STTRANS). Conforme seu art. 7º as despesas seriam custeadas totalmente pelo município, com dotação orçamentária vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES).

Por intermédio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 0801869-44.2018.815.0000, o Prefeito de João Pessoa – Luciano Cartaxo (PT), parte autora,

alegou que houve vício de iniciativa no processo legislativo que culminou com a publicação da referida lei municipal, referindo-se a não observância da regra constitucional, segundo a qual compete privativamente ao chefe do Executivo iniciar o processo legislativo que vise a criar atribuições e gerar despesas para órgãos da Administração (GECOM-TJPB, 2020).

Desse modo, em 2020, por meio de videoconferência, visto a situação de crise sanitária em decorrência da pandemia da COVID-19, o Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ/PB) decidiu pela inconstitucionalidade da Lei do Passe Livre. Na ocasião, apenas o Desembargador Márcio Murilo de Cunha Ramos votou pela improcedência da ação.

Apesar da sua não implementação, a Lei do Passe Livre se faz presente no

ideário social de trabalhadores/as e usuários/as da RAPS de João Pessoa, como demonstra o Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de João Pessoa (2022), apresentando-se como uma das propostas mais citadas. Além disso, pontuamos que há um desconhecimento da inconstitucionalidade desta lei, explicitando a fragilidade de controle social da Política de Saúde Mental no município.

Outra legislação de grande relevância é a lei nº 12.269/2012, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica Municipal, de autoria do então Vereador Ubiratan Pereira (PT), popularmente conhecido como Bira. Esta dispõe sobre a “rede de atenção à saúde mental com ênfase na desinstitucionalização e na integralidade das ações em saúde no âmbito do município de João Pessoa”. Apresenta-se como um importante referencial na garantia de direitos e afirmação da RP no município, com destaque para a reorientação do modelo de atenção à saúde mental.

Destaca-se nesta lei a criação de leitos de atenção integral – apesar de trazer no texto a criação de “unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais”; Centros de Convivência; a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, ligada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS); a importância da Reabilitação Psicossocial, mediante a articulação intersetorial no fomento à criação de cooperativas e iniciativas de economia solidária.

A Lei de Reforma Psiquiátrica Municipal, instituída para regulamentar e consolidar as diretrizes da política de saúde mental em João Pessoa, tem sua execução e fiscalização precária, a exemplo, o Art. 8º que estabelece a criação, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS), da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica. Contudo, até o presente momento, não há registro de sua formação.

Outro ponto refere-se aos leitos de saúde mental em Hospital Geral, elucidado também no Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde (2013), que aguardam execução até os dias atuais, visto que não há registro da existência no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) ou junto à Área Técnica de Saúde Mental da SES/PB.

Estas leis configuram-se como um marco legal significativo da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa. Todavia, refletem uma característica histórica recorrente no Brasil: o descompasso entre o “legal” e o “real”, no qual as leis são como letras mortas. No contexto da luta antimanicomial, pondera-se que não é suficiente apenas mudar as leis, é necessário transformar as mentalidades perpassadas pelos desejos manicomiais (Passos, 2020).

Como importante momento à luta antimanicomial paraibana, tem-se em 2015 o fechamento do Sanatório Clifford, que funcionava no interior do CPJM. O momento

contou com uma “cerimônia de abertura simbólica das grades do hospital psiquiátrico”. Em entrevista, a então Secretária de Estado da Saúde, Roberta Abath declarou que este fechamento representou um marco da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial da Paraíba (G1, 2015).

Registra-se ainda que a capital foi chão para outros hospitais psiquiátricos privados com financiamento do SUS, sendo eles a Casa de Saúde São Pedro, descredenciada em 2014; o Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP), avaliado negativamente pelo PNASH entre 2006/2008, no qual “obteve o percentual 56,76%, considerado péssimo ou ruim”. Neste período o MS concedeu ao IPP um prazo de 90 dias para realizar as adequações, o que não ocorreu.

Entre 2012/2014 o MS, a SES/PB e a Agência Estadual Vigilância Sanitária (AGEVISA) realizaram visita conjunta e o IPP continuou sem condições mínimas para assistência necessária a um serviço de saúde (JUSBRASIL, 2017). O Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos no Brasil (2020) reúne o resultado da inspeção nacional realizada em dezembro de 2018, em 40 Hospitais Psiquiátricos, em ação interinstitucional organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP). Dentre os hospitais, encontrava-se o IPP, no qual constatarem-se precárias condições de infraestrutura, ambientes insalubres, mal conservados; falta de acesso a tratamento humanizado, inexistência de estratégias terapêuticas, contenção física e isolamento; superlotação; maus-tratos e negligência, relatos de pessoas submetidas a violências, abandono e tratamento desumano.

Refletindo graves violações aos direitos humanos, incoerentes com as prerrogativas de um Estado Democrático de Direito, em 2018 o IPP foi descredenciado do SUS e fechado em 2019. O fechamento destes hospitais encontra-se no escopo de disputas e intensas mobilizações para o seu fechamento; mas também, para a sua continuidade, diante da defesa de seus donos que chegaram a cooptar alguns familiares (Brasil de Fato PB, 2019; LouCid/UFPB, 2019).

Destacamos que as audiências públicas desempenharam um papel de extrema relevância para o descredenciamento do SUS e o fechamento destes hospitais, sobretudo entre 2018 e 2019. Apesar de não haver escritos sobre estas, algumas estão registradas no canal do YouTube da TV Câmara João Pessoa. Em 09 de maio de 2018, no mês da Luta Antimanicomial, ocorreu a audiência para discussão do descredenciamento do IPP, a partir de proposição do então Vereador Tibério Limeira (PSB).

Esta foi permeada pelo intenso debate em torno da manutenção do modelo hospitalocêntrico e da implantação do cuidado pautado na desinstitucionalização. O Vereador João Almeida de Carvalho Júnior (SD)<sup>13</sup> foi um dos defensores ativos da manutenção do IPP, reconhecendo-o como um “excelente local que há quase 54 anos prestava serviços psiquiátricos à população” e criticou a Lei nº 10.216/2001, por considerá-la utópica e impossível de se concretizar. A fala deste foi contemplada com aplausos e vaias.

Seguindo os pressupostos deste vereador, a Sra. Maria das Graças Azevedo Santos, representante da Promotoria de Saúde do Ministério Público da Paraíba (MP/PB), além de defender o IPP colocou as pessoas com transtornos mentais como “não cidadãos”. Rompendo com esta lógica, Shirlene de Queiroz, Coordenadora de Saúde Mental da SES/PB saiu em defesa da dignidade da pessoa humana, destacando que o IPP há uma década recebeu orientações acerca da necessidade de melhorias das suas instalações e dos (não) cuidados existentes. A modificação, já que a razão de ser do manicômio é a opressão, não ocorreu.

A fala da então Coordenadora Estadual de Saúde Mental foi finalizada com o apoio da plenária com a proclamação: **“O IPP é ilegal, descredencia pela saúde mental!”**. Em continuidade, o vereador Marcos Henriques (PT) salientou a necessidade da garantia da dignidade humana e da mobilização social em torno da cidadania das pessoas em sofrimento mental. A Sra. Maria dos Remédios, representante da Defensoria Pública da Paraíba (DP/PB), seguiu pela defesa dos direitos humanos e do cuidado junto às famílias, em liberdade e em serviços de qualidade.

Evidencia-se a participação da Sra. Maria Leda Alves, representante de familiares de pessoas com transtornos mentais, esta fez uma importante contextualização histórica sobre o trato da sociedade para com a loucura, o preconceito, o estigma e o isolamento; sustentou que a luta pelo descredenciamento não é contra os profissionais, mas pela dignidade das pessoas; defendeu o cuidado desenvolvido pelos CAPS e pontuou que a Luta Antimanicomial deve ser uma luta de todas as pessoas.

Como representante de usuários/as, a audiência contou com a participação do Sr. Jackson Pereira, que passou pelo IPP e por outras instituições manicomiais, este escancarou as violências vividas na pele, como a violência física, o isolamento<sup>14</sup> e em momentos de discussões e violência entres os “pacientes” declarou que não havia a intervenção dos profissionais, em uma completa falta de “humanidade e solidariedade”. Jackson afirmou ter iniciado o acompanhamento no CAPS III

Gutemberg Botelho e destacou que lá foi “tratado como ser humano”, com respeito e dignidade; defendeu o fechamento do IPP e a abertura de mais CAPS no município de João Pessoa.

Na audiência de 11 de setembro de 2018, também conduzida pelos Vereadores Marcos Henriques e Tibério Limeira, estiveram presentes professores da UFPB, como a Professora Lenilma Bento (Enfermeira) e o Professor Aurenildo de Moraes (Medicina), a Sra. Ana Giovana, secretária adjunta da SMS de João Pessoa e o Sr. Lucilvio Silva, representando a Coordenação de Saúde Mental da SES/PB.

A plenária, conforme o presidente da mesa, era composta por Residentes de Saúde Mental (RESMEN/UFPB); não havendo menção a usuários/as e familiares, apenas durante a provocação do representante da SES/PB. Importa-nos citar que o Sr. Clysten Corgelis (Enfermeiro), representante do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS/JP) saiu em defesa do não fechamento do IPP, declarando que o município não tinha estrutura para o fechamento daquela rede hospitalar, o seu discurso foi permeado da noção de periculosidade e do ‘cuidado’ centralizado na figura do médico.

Na ocasião, a representante da SMS destacou que o fechamento do IPP se deu por determinação da justiça e do MS, haja vista a não adequação deste a um serviço de saúde, ausência de estrutura física e de recursos humanos (má qualificação), bem como a existência de violações físicas. A audiência de 22 de maio de 2019, novamente sob a propositura dos Vereadores Marcos Henriques e Tibério Limeira, teve o objetivo de debater a “Questão da saúde mental e a luta antimanicomial no município”.

Constata-se como membros da mesa de debate a Sra. Marcela Sangnete, representante da Defensoria Pública da União (DPU); Maria dos Remédios, DP/PB; Iaciara Mendes, Coordenadora de Saúde Mental da SES/PB; Vinícius Soares,

Coletivo Paraibano de Luta Antimanicomial; Daniel Adolpho, representante do CMS/JP; Ludmila Correia e Lenilma Bento professoras da UFPB; e José Carlos, socialmente conhecido como Juruna, representante dos/as usuários/as dos CAPS.

As discussões estiveram em torno dos descaminhos na Política de Saúde Mental pautada na RP Antimanicomial em nível nacional e local, que após o descredenciamento do IPP não caminhou para o fortalecimento e ampliação dos serviços territoriais como CAPS e SRTs, a precarização dos profissionais que compunham esta rede e a necessidade da realização de concurso público.

Por meio das falas, sobretudo dos representantes do Coletivo Paraibano de Luta Antimanicomial da Paraíba, do CMS/JP e da SES/PB, constata-se que no município ocorreu uma desinstitucionalização incompleta, visto a não ampliação da RAPS, sobretudo a desassistência para atenção às urgências e emergências em saúde mental; o não conhecimento, por parte dos/as profissionais sobre os serviços em que atuam, como os CAPS; a centralização no saber médico, desconsiderando a atuação da equipe multiprofissional na perspectiva interprofissional.

O Sr. Juruna expressou a sua indignação com o esfacelamento da Rede de Saúde Mental, o não investimento nesta rede com o recurso que era direcionado ao IPP e que isto se daria em decorrência do não reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como cidadãos. A professora Ludmila Cerqueira lembrou que a luta pelo fechamento de estruturas asilares, como o IPP, não se finda com o seu fechamento, mas com a garantia de direitos como a que ocorreu no município de Santos/SP; ressaltou ainda a necessidade da qualificação profissional para a não reprodução de práticas manicomiais.

Além disso, a professora Lenilma Bento, concluindo o debate, realçou a importância da audiência enquanto mobilização social em um contexto nacional de **“golpes a galope”**, já que desde 2016 a política de saúde e a educação vinham passando por profundos ataques, indo de encontro aos princípios do SUS e da RP. Ao nível local, enfatizou a importância de vínculos estáveis, salários justos e a qualificação profissional, destacando o papel da RESMEN/UFPB na rede e rememorou a pactuação de leitos de saúde mental no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU/UFPB) e no Hospital Municipal do Valentina, que atende o público infantojuvenil.

A escuta atenta destas audiências elucida as vozes conservadoras e manicomiais existentes em João Pessoa, bem como seu culto ao pessimismo que acaba por impedir avanços, fazendo referência a Basaglia (2010). Assim, apesar das vozes em torno do fechamento de instituições asilares e pela ampliação da RAPS, em 2019, como mencionou-se na audiência pública daquele ano, João Pessoa não avançou, demarcando simbólica e praticamente<sup>15</sup> sua falta de compromisso com a RP e com a luta antimanicomial.

Adentrando para o interior do estado, em Campina Grande/PB existiu o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) ou simplesmente Hospital Psiquiátrico Dr. João Ribeiro, inaugurado em 1963, 35 anos após a criação do CPJM. Este correspondia ao espaço destinado às mulheres, homens, crianças, idosos com sofrimento mental – ou loucos/as, que não se deslocavam para a capital.

Por meio deste, a loucura em Campina Grande passou a ter um espaço próprio, isto é, um local para depositar seus “malditos”, não mais recorrendo a João Pessoa ou a Recife<sup>16</sup>. A inauguração do Hospital João Ribeiro se deu sob um discurso de inovação e modernização para a cidade; em 1966, três anos após a entrega deste, foi inaugurado o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, conhecido como Clínica Psiquiátrica Dr. Maia (Brito, 2011).

Sublinhamos que o município, antes mesmo da Lei Estadual de RP, pioneiramente aprovou a primeira lei de saúde mental em território paraibano, a Lei nº 4.068, de 30 de dezembro de 2002. Configurou-se no aparato para a implantação do primeiro CAPS da cidade, o CAPS II Novos Tempos, inaugurado em 18 de dezembro de 2003, e mudanças ao encontro da RP Antimanicomial (Brito, 2011; Campina Grande, 2002).

Esta lei é de autoria da Vereadora Maria Lopes Barbosa<sup>17</sup>, estando na ocasião da sua aprovação o executivo municipal ocupado pela Prefeita Cozete Barbosa (à época filiada ao PT), empossada em decorrência da renúncia de

---

<sup>15</sup> Na audiência pública ocorrida em 2019 em algumas das falas foi mencionado que as pessoas que saíram do IPP foram realocadas no CPJM. Logo, considerando as contribuições de Costa-Rosa, demarcamos que não houve uma superação do modelo manicomial, pois não se rompeu com a sua lógica. Ao contrário, as pessoas foram “desospitalizadas” e inseridas em uma lógica de “institucionalização branda”, na qual os sujeitos continuam em uma atmosfera alienante, mas com sentimentos de devoção e gratidão (Basaglia, 2010).

<sup>16</sup> Brito (2011) refere-se ao atual Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, localizado no bairro da Tamarineira, Recife – PE.

<sup>17</sup> Segunda mulher a ser eleita vereadora de Campina Grande (PB em Diante, 2017).

Cassio Cunha Lima (PSDB). Para Brito (2011) esta lei representou um avanço na implementação da política de saúde mental no município, já utilizando a noção de “sofrimento mental”, buscando o distanciamento da loucura no sentido estritamente patológico.

No documento “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”, apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (Brasil, 2005), Campina Grande/PB foi caracterizado como um município exemplar, por demonstrar as possibilidades de cuidado para além dos muros do manicômio.

Isto ocorreu por conta das negativas avaliações no PNASH/Psiquiatria em relação ao Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, que, por meio de negociações de gestores federais, estaduais, municipais e o controle social foi descredenciado do SUS. Brito (2011) elenca as disputas para o não fechamento deste manicômio por intermédio de vereadores e jornais locais, que glorificavam o “excelente” serviço prestado aos campinenses e aos municípios vizinhos em 40 anos, na tentativa de manobrar a opinião pública.

Um dos defensores, o presidente do sindicato dos hospitais, o médico José Targino, apelava para a noção de periculosidade, buscando ludibriar a população para que acreditassem que isto era uma ameaça ao “bem estar dos demais cidadãos” (Brito, 2011, p. 76). Nota-se um vínculo umbilical com o que há de mais arcaico na psiquiatria e na psicopatologia do século passado, em que a loucura foi/é historicamente associada à criminalidade, devendo ser o “tratamento” o isolamento e o cerceamento da liberdade.

Sob uma leitura dialética, apontamos que estava em voga a disputa da hegemonia, de um lado a defesa da continuidade do paradigma manicomial; e, de outro, o paradigma da desinstitucionalização. O então secretário municipal de saúde, Geraldo Medeiros, em defesa da RP e do fechamento daquele hospício, afirmou que o

que se tinha naquele momento era a possibilidade concreta de levar para aqueles cidadãos, para quem a ‘aurora’ não é possível, para que os ‘amores desfolhados’ também, qualidade de vida e dignidade. [...] Então, esta era a oportunidade de levar para eles a possibilidade que essa aurora volte a existir e para que o amanhã volte a ser possível (Brito, 2011, p. 79).

Destaca-se a participação e a defesa da RP no município de Campina Grande pela então coordenadora de saúde mental, Vitória Maria Barbosa, que em suas falas deixava em evidência seu posicionamento em favor de uma assistência humanizada e digna. Elencou ainda que o João Ribeiro era uma instituição habitada pela morte,



“existências que morriam todos os dias e tornavam a viver, para em seguida morrer novamente. Homens e mulheres estigmatizados por um diagnóstico médico” (Brito, 2011, p. 80).

Isto posto, elencamos que o manicômio tem em sua razão de ser a mortificação dos sujeitos, conforme Basaglia (2010), na situação de isolamento “o médico” – hoje ampliando-se aos demais profissionais, têm um papel de mero vigilante, tutor para que os “internos” não fujam às regras impostas. Este espaço construído para o aniquilamento, a objetificação é a representação da defesa do *status quo* dentro de uma estrutura capitalista.

Como já assinalava Lima Barreto (2019, p. 21) estar em um “sanatório” é como estar morto em vida,

penso assim, às vezes, mas, em outras, queria matar em mim todo o desejo, aniquilar aos poucos a minha vida e sumir-me no todo universal. Esta passagem várias vezes no Hospício e outros hospitais deu-me não sei que dolorosa angústia de viver que me parece ser sem remédio a minha dor.

A partir de 2002 Campina Grande vivenciou profundas mudanças na assistência em saúde mental. Habilitou-se no Programa de Volta para Casa (PVC), implantou SRT, CAPS, iniciou as articulações com o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) e realizou um concurso público para a contratação de profissionais para os serviços substitutivos. Em 2005 foram desinstitucionalizados 176 pacientes do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, e em abril do mesmo ano, finalmente foi descredenciado do SUS (Brasil, 2005; Brito, 2011; Souza; Eulálio, 2011).

No sertão paraibano, seguindo o modelo hospitalocêntrico, tinha-se em Cajazeiras (a 471 km da capital) a Clínica Santa Helena, inaugurada em 1977 (Santos, 2019). Diante da ausência de pesquisas sobre a instituição e/ou uma análise da RP e MLA no sertão e/ou no município recorremos ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2024), no qual consta o nome empresarial de Clínica Psiquiátrica e Psicológica de Cajazeiras, tendo como diretor e fundador o psiquiatra João Pessoa de Souza.

Constata-se que este local foi descredenciado do SUS por meio do fechamento de internações desde 31 de dezembro de 2014 (Santos, 2019). Nas buscas por referências e documentos encontramos uma entrevista com o proprietário da referida clínica, Dr. Pessoa (assim conhecido popularmente) ao Jornal Diário do Sertão – PB (2015). Na matéria, o psiquiatra externou o seu desapontamento com a Luta Antimanicomial, considerando-a um movimento ultrapassado e a defesa do modelo hospitalocêntrico, por ser o hospital psiquiátrico

uma estrutura “secular” necessária aos “pacientes que resistem a medicação e têm alteração de comportamento”.

Desse modo, o Dr. Pessoa foi uma das vozes contrárias às mudanças no município, ainda mais considerando a perda de seu próprio lucro, já que a sua Clínica, por quase 37 anos prestou essa “assistência” mediante, também, recursos provenientes do SUS. Conforme Santos (2019), o CAPS de Cajazeiras foi inaugurado em 04 de outubro de 2001, o primeiro do alto sertão paraibano, representou assim um marco na saúde mental naquele território. Tem-se como destaque para a sua implantação a Professora Dra. Maria Lucinete Fortunato (UFPB)<sup>18</sup> por meio do projeto de extensão: “Implantação do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar” (Oliveira, Fortunato e Farias, 2001).

O estudo de Santos (2019) vai elucidar algumas contradições para a efetividade dos pressupostos da RP e da Luta Antimanicomial em Cajazeiras, sobretudo os impasses na implementação do próprio modelo substitutivo no município. Destacam-se a ausência de qualificação dos profissionais do CAPS, inexistência da atenção às urgências e emergências em saúde mental e a contínua busca de familiares por emergências psiquiátricas. E por último, mas não menos importante, o sinal de alerta para a atuação do Dr. Pessoa no CAPSi do município.

Ao fim, Santos (2019) pontua a concentração das discussões sobre a história da loucura, RP e MRP nos países centrais; e no Brasil, no eixo sul/sudeste. A pesquisa demarca que no sertão paraibano não há uma hegemonia no cuidado pautado na desinstitucionalização, mas no preconceito; escancara as relações de poder que visavam perpetuar o modelo hospitalocêntrico e privado, representado pela Clínica Santa Helena; a necessidade do fortalecimento das equipes que atuam nos CAPS e a ruptura com a cultura manicomial.

Retornando ao contexto estadual da Política de Saúde Mental, desde 2011 a Coordenação de Saúde Mental – atualmente Gerência Operacional de Atenção Psicossocial (GOAP), ligada à Gerência Executiva de Atenção à Saúde (GEAS) da SES/PB, realiza a Semana Estadual de Luta Antimanicomial (SELA). Esta ocorre no mês de maio, tendo por objetivo mobilizar a sociedade civil em torno do debate de um “novo” paradigma em saúde mental, a atenção psicossocial, o cuidado em liberdade, pautado na garantia de direitos humanos e na defesa da cidadania. Isto é, seguindo os pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial iniciado na década de 1970.

A primeira edição ocorreu em 2011 com o tema: “Além dos loucos muros”.

Desde então, com diferentes programações, a SELA ocorre contando com a participação de usuários/as, familiares e trabalhadores de saúde mental e de outras políticas públicas. As edições ocorreram com as seguintes temáticas:

<b>QUADRO 12 – EDIÇÕES DA SEMANA ESTADUAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL</b>		
<b>ANO</b>	<b>EDIÇÃO</b>	<b>TEMA</b>
2012	II	“Cuidar é libertar!”
2013	III	“Que lugar ocupar?”
2014	IV	“Em cada Loucura um grito de Liberdade”
2015	V	“O meu lugar é todo lugar”
2016	VI	“Não NEGO, Eu LUTO!”
2017	VII	“Loucura e democracia: a luta não pode parar!”
2018	VIII	“A mesma luta para outro tempo”
2019	IX	“Nossa luta continua: CAPS sim! Manicômio não!”
2020	X	“Fazer marchar a liberdade quando não sabe se pode ir às ruas!”
2021	XI	“Também podemos sonhar sem dormir”
2022	XII	“É preciso estar atento e forte!”
2023	XIII	“Resistir para existir”
2024	XIV	“Caminhos para a liberdade: minha loucura não se prende”

Fonte: Elaborado pela autora a partir de arquivos da GOAP/SES-PB, 2024.

A principal atividade desta semana ocorreu no dia 18 de maio, ou às vésperas, por meio de uma caminhada, marcha e/ou ato político cultural, em locais da cidade de João Pessoa, como na orla de Cabo Branco ou no Parque Sólon de Lucena, ou Lagoa, como é reconhecida socialmente. Apenas duas edições se deram no formato virtual, 2020 e 2021, em decorrência da pandemia da COVID-19.

A SELA relaciona-se com a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, no entanto, centralizando-se no mês de maio – por ser reconhecido como o mês da Luta Antimanicomial e o dia 18 de maio é o dia nacional da Luta Antimanicomial. Diante da relevância, a Deputada Estadual Cida Ramos (PT) propôs projeto de lei, que veio a ser aprovado como a Lei nº 11.490, de 01 de novembro de 2019, sancionada pelo Governador João Azevêdo (PSB), instituindo a Semana de Conscientização sobre a Luta Antimanicomial.

Observa-se uma certa institucionalidade, que, embora relevante, enfrenta barreiras políticas-administrativas, uma vez que não é conduzida pela sociedade civil e/ou movimentos sociais organizados. Isso reflete a fragilização política do Movimento de Luta Antimanicomial no estado da Paraíba. Assim, conforme as pesquisas analisadas, a Política de Saúde Mental na Paraíba tem como eixo central a criação de serviços CAPS, atrelando-se à dimensão técnico-assistencial, e à criação de dispositivos legais (leis municipais e estaduais), associando-se à dimensão jurídico-política.

### **3.2. As dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Paradigma Psicossocial**

O acúmulo prático da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é teorizado por inúmeros autores e autoras, no entanto, cabe-nos ressaltar a posição de destaque de Amarante (2012; 2013; 2020), que embebido da fonte basagliana, a caracteriza em quatro dimensões, sendo elas a teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Para Amarante (2013, p. 64) a RP é um processo político e social complexo, que compreende um conjunto de transformações práticas, dos saberes, valores culturais e sociais; por ser processo refere-se a movimento, sendo assim algo que se transforma permanentemente.

Novos elementos, novas situações, pressupõem que exista, novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

A **dimensão teórico-conceitual ou epistemológica** diz respeito à produção de conhecimento, isto é, a ruptura com a ciência psiquiátrica, sua revisão conceitual. Visto que esta ciência, associada ao ideário burguês, forja-se na autorização da

violência. Revoga-se a colocação da “doença entre parênteses” para além de qualquer esquema e qualquer definição de doença (Basaglia, 2010).

Neste sentido, Amarante (2013, p. 67) esclarece que tal fato não corresponde à negação da doença – ou do sofrimento psíquico, não recusamos em aceitar que exista uma “experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar”; mas a considerar as pessoas que a atravessam enquanto sujeitos de direitos. Sob esta lógica, a doença perde a sua centralidade, sendo expressão singular do sujeito no mundo e no modo como a realidade social rebate na sua constituição subjetiva e objetiva (Passos, 2022).

Por meio dessa revisão epistemológica são questionados os conceitos da alienação e degeneração mental, os primeiros termos científicos para tratar a loucura (Gomes, 2013). E ainda mais na contemporaneidade, as terminologias doença/transtorno mental que “reforçam a concepção de perturbação e desordem, o que dá a ideia de que o sujeito porta um desequilíbrio”. Essa noção de ‘normalidade’ é estratégica por perpetuar a sociabilidade burguesa, que produz e reproduz o sofrimento psíquico. Esta conceituação ou o “adoecimento psicossocial” permite que as pessoas não sejam reduzidas a uma desordem ou à noção de periculosidade (Passos, 2022, p. 13).

A ruptura epistemológica desencadeou a reorganização da operacionalização da assistência em saúde mental, sendo assim **dimensão técnico-assistencial**, que seguindo a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, visa a ruptura do modelo asilar, voltando-se à construção de serviços abertos e de base territorial (Amarante, 2013). No entanto, Basaglia (2010) já alertou que “sem a crítica política constante, todo e qualquer dispositivo de saúde mental, por maior que sejam as eternas e boas intenções, cairá na lógica da disciplina e do controle”. Sendo assim, necessário a superação da ordem social burguesa e a construção de uma nova sociabilidade.

As dimensões da RP têm como eixo central a desinstitucionalização, substituindo a relação de tutela por uma relação de contrato, ou seja, uma relação que produza autonomia. Para Gomes (2013, p. 79),

a compreensão de Basaglia, Rotelli, Amarante, Nicácio, Lancetti entre outros aponta uma prática em saúde mental que promova além da intervenção clínica, a restituição da contratualidade social entre usuários, familiares, técnicos e comunidade e a produção de sujeitos conscientes, ativos e que resistam aos processos de anulação das suas identidades.

Na dimensão técnico-assistencial, o território assume um lugar privilegiado, atrelado à conceituação de Milton Santos (2002 apud Yasui, Luzio e Amarante,

2018), sendo este relacional que se constrói e se transforma entre os cenários naturais e a história social que as pessoas inscrevem e produzem. No Brasil os serviços de base territorial foram apontados no primeiro capítulo, como os NAPS e os CAPS, sendo este último ampliado enquanto política pública do MS, inscrito na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Nesta Portaria apresentam-se as modalidades de CAPS, variando a equipe mínima e a abrangência populacional, direcionadas ao atendimento às pessoas com “transtornos mentais severos e persistentes” (Brasil, 2002). Para fins de elucidação, o Quadro que segue apresenta a principal distinção de modalidades de CAPS, a abrangência populacional:

<b>QUADRO 13 – OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b>		
<b>MODALIDADE</b>	<b>ABRANGÊNCIA POPULACIONAL</b>	<b>FUNCIONAMENTO</b>
CAPS I	Capacidade operacional para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes.	Cinco dias da semana, de 8 às 18h.
CAPS II	Municípios com população entre 70 e 200.000 mil habitantes.	Cinco dias úteis, de 8 às 18h. Podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até às 21h.
CAPS III	Municípios com população acima de 200.000 mil habitantes.	Atenção contínua, durante 24h (vinte e quatro horas).
CAPSi	População de cerca de 200.000 mil habitantes.	Cinco dias úteis, de 8 às 18h. Podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até às 21h.

CAPS AD	População superior a 70.000 mil habitantes.	Cinco dias úteis, de 8 às 18h. Podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até às 21h.
---------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Portaria nº 336/2002.

Pondera-se que o CAPSi se refere ao serviço de referência para crianças e adolescentes e o CAPS AD para pessoas em uso de substâncias psicoativas (SPAs), no entanto, as demais modalidades também são responsáveis pelo atendimento a esse público, ressaltando as especificidades, como o respeito ao que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No que tange ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso de SPAs, a Portaria nº 130/2012, cria o CAPS AD III, isto é, ampliando e criando a modalidade 24h. Conforme o Art. 4º da referida Portaria, o serviço pode constituir-se em referência regional, de acordo com a pactuação em CIR; sendo o critério populacional de 150 a 300 mil habitantes.

A criação destes serviços, até então substitutivos aos hospitais psiquiátricos, não garantem a ruptura com o aparato manicomial – que não diz respeito apenas à estrutura física fria dos manicômios, mas ao conjunto de práticas sociais chanceladas pela sociedade burguesa.

A atenção psicossocial com seus serviços constrói-se em um campo de tensão que atravessa a vida no contemporâneo, na qual práticas de resistência – que afirmam a potência da vida de reinventar-se permanentemente – estão em embate com linhas que tendem a vigilância e o controle (Yasui, Luzio e Amarante, 2018, p. 181).

Ressalta-se que a ampliação dos CAPS em território nacional não consegue sozinha dar conta da complexidade que envolve as questões da saúde mental. Nesse quesito, em 2013, a Paraíba ocupava o primeiro lugar nacional em cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, sendo o índice de 1,55 CAPS/hab, conforme Gomes (2013).

Em acordo com dados do Ministério da Saúde (2022), a distribuição de CAPS no território nacional encontra-se da seguinte forma:

**TABELA 1 – TAXA DE COBERTURA DE CAPS NO BRASIL**

Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes											
Região	UF	População Estimada (IBGE 2021)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total Geral	Relação de CAPS por 100 mil hab.
Centro-Oeste	Distrito Federal	3.094.325	1	3		2	4	3	-	13	0,42
Centro-Oeste	Goiás	7.206.589	50	15	3	3	7	3	-	81	1,12
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.839.188	17	6	3	2	3		1	32	1,13
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.567.234	32	3		3	5		-	43	1,21
<b>Centro-Oeste</b>		<b>16.707.336</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>169</b>	<b>1,01</b>
Nordeste	Alagoas	3.365.351	55	7		1	2	1	-	66	1,96
Nordeste	Bahia	14.985.284	192	35	5	11	17	6	-	266	1,78
Nordeste	Ceará	9.240.580	79	30	4	11	23	5	-	152	1,64
Nordeste	Maranhão	7.153.262	55	17	4	3	7		-	86	1,20
Nordeste	Paraíba	4.059.905	71	8	5	12	6	11	-	113	2,78
Nordeste	Pernambuco	9.674.793	78	25	6	13	12	7	-	141	1,46
Nordeste	Piauí	3.289.290	43	11	1	2	7	2	-	66	2,01
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.560.903	20	11	1	3	6	4	-	45	1,26
Nordeste	Sergipe	2.338.474	29	5	3	2	2	3	-	44	1,88
<b>Nordeste</b>		<b>57.667.842</b>	<b>622</b>	<b>149</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>82</b>	<b>39</b>	<b>-</b>	<b>979</b>	<b>1,70</b>
Norte	Acre	906.876	6	1				1	-	8	0,88
Norte	Amapá	877.613	2			1	1	1	-	5	0,57
Norte	Amazonas	4.269.995	16	4	2	1	1	1	-	25	0,59
Norte	Pará	8.777.124	60	17	5	4	7	1	-	94	1,07
Norte	Rondônia	1.815.278	14	5		1	1		-	21	1,16
Norte	Roraima	652.713	7	1	1	-	-	1	-	10	1,53
Norte	Tocantins	1.607.363	10	5	-	-	1	4	-	20	1,24
<b>Norte</b>		<b>18.906.962</b>	<b>115</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>183</b>	<b>0,97</b>
Sudeste	Espírito Santo	4.108.508	13	9	1	4	5	1	-	33	0,80
Sudeste	Minas Gerais	21.411.923	189	64	20	41	40	24	1	379	1,77
Sudeste	Rio de Janeiro	17.463.349	49	52	6	32	23	7	-	169	0,97
Sudeste	São Paulo	46.649.132	123	110	46	79	83	21	-	462	0,99
<b>Sudeste</b>		<b>89.632.912</b>	<b>374</b>	<b>235</b>	<b>73</b>	<b>156</b>	<b>151</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>1.043</b>	<b>1,16</b>
Sul	Paraná	11.597.484	71	26	6	14	25	11	-	153	1,32
Sul	Rio Grande do Sul	11.466.630	81	42	2	30	30	15	1	201	1,75
Sul	Santa Catarina	7.338.473	66	15	2	10	13	2	-	108	1,47
<b>Sul</b>		<b>30.402.587</b>	<b>218</b>	<b>83</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>68</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>462</b>	<b>1,52</b>
<b>BRASIL</b>		<b>213.317.639</b>	<b>1.429</b>	<b>527</b>	<b>126</b>	<b>285</b>	<b>331</b>	<b>135</b>	<b>3</b>	<b>2.836</b>	<b>1,33</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/MS, junho/2022.

A tabela acima demonstra que as regiões Nordeste e Sul têm a cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior que a média nacional. O estado da Paraíba tem uma taxa de 2,78 CAPS por 100 mil hab., seguindo assim com o primeiro lugar nacional por cobertura de CAPS. Reconhecemos a importância da taxa de cobertura, porém ressaltamos que deve estar associada às outras dimensões da RP e em articulação com outras políticas públicas por meio da intersetorialidade.

No que tange à **dimensão jurídico-política**, Amarante (2013) sublinha que diz respeito à luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e novos direitos para as pessoas em sofrimento psicossocial. Para Correia (2018) se dá por meio da revisão das legislações sanitária, civil e penal acerca dos conceitos como periculosidade, irracionalidade e incapacidade civil; corresponde a uma das principais bases de luta pelo acesso ao direito e à justiça na trajetória da luta antimanicomial do Brasil.



Sob este horizonte busca-se a alteração do aparato jurídico-formal com vias ao exercício da cidadania e da autonomia pelas pessoas em sofrimento mental, ancorada na noção dos direitos humanos. Tem-se como marcos legais a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 10.216/2001, a Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei nº 10.708/2003 que institui o auxílio reabilitação psicossocial para “pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” – o Programa de Volta para Casa (PVC).

A **dimensão sociocultural** atrela-se às mobilizações para a desconstrução do imaginário social acerca da loucura, “envolve a participação social e política de sujeitos sociais na discussão sobre os temas da Reforma Psiquiátrica e implica toda a sociedade nas questões que dizem respeito à loucura” (Gomes, 2013). Para Amarante (2013) tem como potencial a formulação de um “**novo lugar social para a loucura**”, desloca-se do campo exclusivamente médico-psiquiátrico para os diversos espaços no meio social.

Nesta dimensão a arte e a cultura assumem um lócus privilegiado e estratégico, não como era utilizado pelos manicômios como forma de “adestramento, docilização e alienação” (Gomes, 2013, p. 89); mas como crítica, produção de vida e transformação. Por via desta provoca-se a ruptura e o distanciamento que a sociedade impõe à loucura, aproximando-se por meio da produção artística e cultural dos atores sociais envolvidos (Amarante, 2013).

Estas dimensões demonstram a necessidade de uma Luta Antimanicomial universalizante, que leve em consideração a totalidade, sobretudo em um contexto de fragmentação e heterogeneidade da classe trabalhadora. Faz-se necessário observar as conjunturas políticas, econômicas e sociais e como estas impactam as conquistas coletivas, visto que a qualquer crise são estas facilmente eliminadas. A estrutura manicomial e o capitalismo consistem em um matrimônio ideal que perpetua o adoecimento psíquico de trabalhadores/as.

O modo como as políticas públicas se organizam, sob a égide neoliberal, bem como o entendimento social sobre o fenômeno da loucura enumera a necessidade de “mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações” (Amarante, 2013, p. 72). Logo, as mudanças almejadas no campo antimanicomial devem ser estreitamente revolucionárias, pois partem da necessidade de transformações estruturais e não apenas assistenciais, tendo em vista o caráter conservador, desigual, racista, patriarcal e manicomial da sociabilidade capitalista.

### **3.3. Planejamento e Gestão do SUS: impactos à dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica**

O acúmulo da discussão até aqui permitiu-nos elucidar que a pauta comum ao MRS e MRP diz respeito à assistência em saúde e saúde mental de forma qualitativa, tendo como horizonte a garantia da saúde como direito humano. Esta assistência pauta-se na municipalização como expressão do cuidado em saúde no território.

Tem-se como arcabouço jurídico central a Constituição Federal de 1988 que inaugura no Brasil

a passagem de um Estado liberal-democrático para um Estado social-democrático, que não nega, mas incorpora, o patrimônio universal legado pelo primeiro no que diz respeito à defesa e garantia das liberdades individuais. Chamada de “Constituição Cidadã” a nova Carta Magna representa uma referência legal indubitável para a luta em torno da afirmação dos direitos humanos em nosso país, muito em função do fato de ter trazido consigo os princípios mais progressistas das tradições políticas liberal-democrática (o pluralismo político, a separação dos poderes do Estado e a representação eleitoral) e social-democrática (participação e combate às desigualdades sociais e regionais), sem desprezar as demandas de caráter multifacetário apresentadas pelos chamados novos movimentos sociais (Mondaini, 2013, p. 105-106).

A lei máxima brasileira incorpora, ao mesmo tempo, as aspirações da classe trabalhadora, organizada por meio dos movimentos sociais; e da classe dominante, ordenada em grupos corporativos. Consagra a criação da Seguridade Social modificando de forma expressiva a intervenção do Estado nas expressões da questão social (Behring; Boschetti, 2011). No entanto, com a virada para a década de 1990 torna-se ainda mais evidente a disputa entre um “projeto participativo e democratizante e o projeto neoliberal” (Dagnino, 2004, p. 97).

A Seguridade Social brasileira se desenvolve em conexão com os direitos sociais, inscritos no artigo 6º da CF de 1988, sendo estes a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Conforme o artigo 194, esta abrange um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

Consiste em um mecanismo fundamental à estabilidade de uma sociedade democrática, tendo como “finalidade a garantia de certos patamares mínimos de vida da população em face de reduções provocadas por contingências sociais e econômicas” (Simões, 2014, p. 101). No quadro abaixo elencam-se as diretrizes da

Política de Saúde, da Previdência Social e da Política de Assistência Social:

<b>QUADRO 14 - TRIPÉ DA SEGURIDADE SOCIAL</b>		
<b>SAÚDE</b>	<b>PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>	<b>ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
“Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao <b>acesso universal e igualitário</b> às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”	“Organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social. De <b>caráter contributivo e de filiação obrigatória</b> , observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial [...]”	“Prestada <b>a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social</b> ”. Objetivando, dentre outros, a “redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza”.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos artigos 196, 201 e 203 da Constituição Federal de 1988.

Este tripé tem em comum a defesa da participação social para a ampliação, fortalecimento e a fiscalização; bem como a descentralização político-administrativa com direção única, com algumas especificidades para a previdência social, tendo em vista seu caráter contributivo. Para Simões (2014) a ordem social que consta no artigo 193 da CF de 1988, objetivando o bem-estar e a justiça social, mediante a concepção de universalização, rompe com o assistencialismo no qual o acesso se dava mediante a inserção no mercado de trabalho e/ou a caridade e a filantropia.

O fundamento dos direitos sociais, humanos e a Seguridade Social têm como alvo a erradicação da pobreza, da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais (Simões, 2014; Brasil, 1988). Para tanto, goza dos seguintes objetivos: I. a universalidade da cobertura e do atendimento; II. a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços prestados às populações urbanas e rurais; III. seletividade e distributividade na prestação dos serviços e benefícios; IV. irredutibilidade do valor dos benefícios; V. equidade na forma de participação e no custeio; VI. diversidade da base de financiamento; e o VII. caráter democrático e descentralizado da administração, descritos no artigo 194 da CF de 1988.

O inciso VII, um dos mais importantes por apresentar um forte conteúdo político, aponta a necessidade de

superação da concepção tecnocrática da administração estatal, evidenciando que suas decisões mais importantes não são apenas técnicas, como também políticas, expressando opções valorativas acerca dos quais, portanto, a população deve opinar. [...] A participação da comunidade na gestão administrativa dá-se por meio dos conselhos, integrados por representantes da comunidade e do Poder Público. A descentralização administrativa propicia a participação direta dos representantes dos setores interessados da população, especialmente em nível municipal, mais sensível aos problemas da comunidade. Nesse ponto, a Constituição inovou, distribuindo competências entre a União, Estados, Distrito Federal e municípios (Simões, 2014, p. 110-111).

Por meio dessa lógica o Estado brasileiro passa a apostar expressamente na municipalização e na participação social por via dos conselhos de políticas públicas, que se disseminaram na década de 1990 (Simões, 2014; Correia, 2000). Vale ressaltar que a descentralização se dá de forma diversa, variando de acordo com o contexto político, econômico, social e regional (Bichir, 2020).

Assim, apesar do avanço jurídico-político, deve-se considerar que

o modelo de gestão brasileiro é, predominantemente, tradicional. A condução da coisa pública tem sido operada historicamente pelas lideranças políticas de forma patrimonial, administrando os interesses coletivos mediante práticas clientelistas, com pouca transparência, sem abrir espaços para que a população possa ser legitimamente representada, elaborando seus próprios projetos. Essas práticas persistem como vias de obtenção de recursos e poder, favorecendo a mercantilização e a inoperância das políticas públicas (Freitas, 2015, p. 114).

Desse modo, a descentralização se apresenta como um conceito polissêmico, diferenciando-se internacional e nacionalmente, implica em “um processo de realocação de autoridade, recursos ou atribuições desenvolvidas em diferentes setores de política” (Bichir, 2020, p. 190). Tem-se a descentralização fiscal, que diz respeito à distribuição de despesas e receitas entre os níveis de governo; descentralização política, abrangendo a distribuição de poder na arena política; descentralização administrativa que se refere à administração de serviços e políticas e à transferência da provisão e gestão de serviços (Falleti, 2006; Bechir, 2020).

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, faz-se a junção da descentralização política e administrativa, que incide na transferência de responsabilidades e autoridade do governo federal para os estados e municípios, buscando promover autonomia e participação na tomada de decisões e implementação de políticas públicas. Assim, passa a estar associada a ampliação do processo democrático por possibilitar não só a distribuição de responsabilidades como também o exercício do poder a partir de distintas esferas. Cada ente federativo,

união, estados e municípios passa a ter responsabilidades específicas, assim como a sociedade civil por meio da participação social (Simões, 2014; Freitas, 2015).

Tal processo não se dá desassociado da totalidade, mas a partir das transformações da economia e do próprio MPC, sobretudo a partir dos anos de 1980 em que na América Latina se “fizeram emergir o tema da instância local de poder, posicionando, no caso brasileiro, o papel dos municípios” (Freitas, 2015, p. 117). Os espaços locais passam a ser vistos como territórios políticos, diversos e com atravessamentos de classe, raça e gênero em decorrência da luta democrática.

Enquanto *lócus* privilegiado, o território propicia o reconhecimento das necessidades e aspirações de determinada população, “além de sede importante para a integração, coordenação e definição do perfil das políticas sociais públicas” (Freitas, 2015, p. 117). No entanto, o capitalismo apresenta-se em diversas formas de reinvenção e no Brasil este “não se operou contra o atraso, mas mediante a sua contínua reposição em patamares mais complexos, funcionais e integrados” (Netto, 2011, p. 38).

Assim a descentralização pode tomar distintas orientações, visto a arena de disputa que compõe o campo das políticas públicas (Pereira, 2009). Esta pode ser pautada na ampliação ou restrição, sendo este último, sob o neoliberalismo, o mais proeminente,

concretamente, muitos dos modelos conhecidos de descentralização intergovernamental e territorial e de redes de parcerias propostos e desenvolvidos mundo afora, têm vínculos claros e fortes com políticas utilitaristas de privatização, de desmantelamento de direitos sociais sacramentados, de reorientação de gastos públicos em favor de setores produtivos, de seletividade na cobertura da proteção social e, consequentemente, de descompromisso e negligência com as necessidades sociais (Freitas, 2015, p. 118).

A descentralização defendida nesta pesquisa pauta-se nas aspirações do MRS e dos movimentos populares em defesa do fim da ditadura militar, que condensou a centralização das tomadas de decisões no âmbito federal. Tais movimentos passam a defender o reconhecimento do município enquanto ente autônomo da federação, com novas competências e recursos públicos capazes de fomentar a participação da sociedade civil nas decisões políticas (Bravo, 2009; Teixeira, 2009; Behring; Boschetti, 2011; Netto, 2011).

Tem-se como horizonte que “a descentralização é uma tentativa de democratização das decisões de interesse coletivo” (Teixeira, 2009, p. 649), que apresenta variações em sua condução, a partir das especificidades regionais e em que política se dará, a exemplo, o modo como a Política de Saúde se organiza, distingue-se da forma como a Política de Assistência Social a concretiza (Bichir,

2020).

Diante das especificidades, esta pesquisa se detém sobre a descentralização no campo da saúde. Conforme já fora apontado, nesta esfera, a descentralização se deu por meio de mobilizações históricas, sobretudo as iniciadas pelo MRS, quando inscritas na CF de 1988, representando uma conquista do movimento (Bravo; Menezes, 2022). No entanto, ao longo do seu desenvolvimento vem sendo pautada uma “descentralização regulada”, isto é, tendo imposição de limites mínimos de gastos, transferência condicionada à oferta de programas e a exigência de contrapartidas de recursos municipais (Gomes, 2009 *apud* Bichir, 2020, p. 191).

A partir da CF de 1988, da Lei nº 8.080 e nº 8.142/1990 nasce o SUS em um cenário assinalado pelo neoliberalismo, que acaba por atacar os pressupostos democráticos e universalizantes no acesso à saúde. Assim, este sistema ora se afasta, ora se aproxima das perspectivas do MRS. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) no art. 3º aponta que

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990). Desse modo, a garantia do direito à saúde pressupõe a garantia de outros direitos sociais e humanos, faz-se necessário a intersetorialidade, visto que as desigualdades sociais, inerentes ao capitalismo, perpetradas pela “desigualdade estrutural brasileira determinada pela concentração de riqueza e propriedade” vem aumentando, afetando a classe trabalhadora, desencadeando a precisão de políticas sociais públicas enquanto resposta às expressões da questão social (Bravo; Menezes, 2022, p. 103).

O artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 enumera os princípios e diretrizes do SUS, apresentados no quadro a seguir

<b>QUADRO 15 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS</b>	
I. Universalidade	Visando o acesso à saúde em todos os níveis de assistência;
II. Integralidade	Articulação entre os serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos;
III. Preservação da autonomia	Apontando a necessidade da integridade física e moral;

IV. Igualdade	Aspirando o fim dos preconceitos ou privilégios;
V. Direito à informação	Sobre as suas próprias condições de saúde;
VI. Divulgação de informações	Relacionada a democratização dos serviços e a sua funcionalidade;
VII. Utilização da epidemiologia	Objetivando o estabelecimento de prioridades;
<b>VIII. Participação da comunidade</b>	Seja por meio dos Conselhos e Conferências, como a partir dos Movimentos Sociais Organizados;
<b>IX. Descentralização político-administrativa</b>	Trazendo uma ênfase para os municípios e a relevância da regionalização da saúde;
X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico	
XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos	Entre as três esferas de governo: União, estados e municípios, observando a especificidade do Distrito Federal;
XII. Capacidade de resolução em todos os níveis da assistência	Possibilitando a defesa da horizontalidade nos níveis de assistência à saúde;
XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos	
XIV. Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica.	Prevendo o acompanhamento psicológico e cirurgias reparadoras, acrescentado pela Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013.

A construção desses princípios reflete um olhar para as violações de direitos humanos presentes nos parques serviços que prestavam a assistência à saúde no país até a década de 1980. Anteriormente à criação dos SUS tinha-se a fragmentação no acesso e a presença de iniquidades, privilegiando-se o acesso a quem podia pagar; desigualdades regionais, principalmente entre as áreas urbanas e rurais; fragilidade da atenção primária à saúde; atendimento filantrópico e assistencialista (Bravo, 2010).

Estes princípios e diretrizes visam refletir um sistema de saúde pautado na promoção da cidadania e na redução das desigualdades, assim como no atentar-se à equidade, reconhecendo as disparidades existentes, sobretudo regionais, procurando garantir que as diferenças sejam tratadas com justiça social (Fagnani, 2019). A LOS consiste na principal referência para a organização do SUS, pontuando no artigo 9º que a direção é única, exercida no âmbito da União pelo Ministério da Saúde, dos estados e Distrito Federal pela Secretaria de Saúde e nos municípios pela respectiva Secretaria de Saúde (Brasil, 1990).

Para fins desta pesquisa nos deteremos nos princípios VIII e IX, no entanto, pondera-se que estes não apresentam uma hierarquia, ao contrário, visam se desenvolver de forma articulada e concomitante. Para tanto, faz-se relevante pontuar as atribuições e competências das esferas do SUS, considerando-se a relevância para o presente trabalho, descritas no quadro abaixo:

<b>QUADRO 16 - COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO NO SUS</b>		
<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
XI. Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;	I. <b>Promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde;</b>	I. Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e <b>gerir e executar os serviços públicos de saúde;</b>



XIII. Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;	II. Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;	II. Participar do planejamento, programação, e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;
<b>XIV. Promover a descentralização</b> para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;	III. Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde	VII. Formar consórcios administrativos intermunicipais.
XVII. Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de ações respeitadas as competências estaduais e municipais;		
XVIII. Elaborar o Planejamento Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		
Fonte: Elaborado pela autora a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 16, 17 e 18.		

Por meio do quadro 16 pode-se visualizar a ênfase na gestão municipal e que este apresenta-se enquanto ente executor dos serviços públicos de saúde que pode se organizar por meio de distritos sanitários<sup>19</sup>. Ressalta-se que compete à gestão nacional e estadual a promoção desta descentralização (Brasil, 1990). Desse modo, o município passa a ser reconhecido como um ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos (Bravo; Menezes, 2022).

Ao longo da sua existência, atentando-se ao movimento do real, o SUS vem passando por significativas modificações, de modo a atender as demandas do mercado, e contraditoriamente, as demandas da classe trabalhadora. Dentre as significativas mudanças, importa-nos discorrer sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que acabam por trazer novos subsídios à descentralização, convocando mudanças radicais no modo como se dá a atenção à saúde, demandando a necessidade de implantação de novos modelos de organização (Mendes, 2011).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, e Mendes (2011) apontam que a esta corresponde uma estratégia organizativa que visa integrar diferentes serviços e níveis de atenção para ofertar um cuidado integral, eficiente e contínuo; superar a fragmentação da atenção e da gestão; bem como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

A RAS se constitui em um “arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam garantir a integralidade do cuidado”. Caracteriza-se por formar relações horizontais, sendo o centro da comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS) – coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (Brasil, 2010).

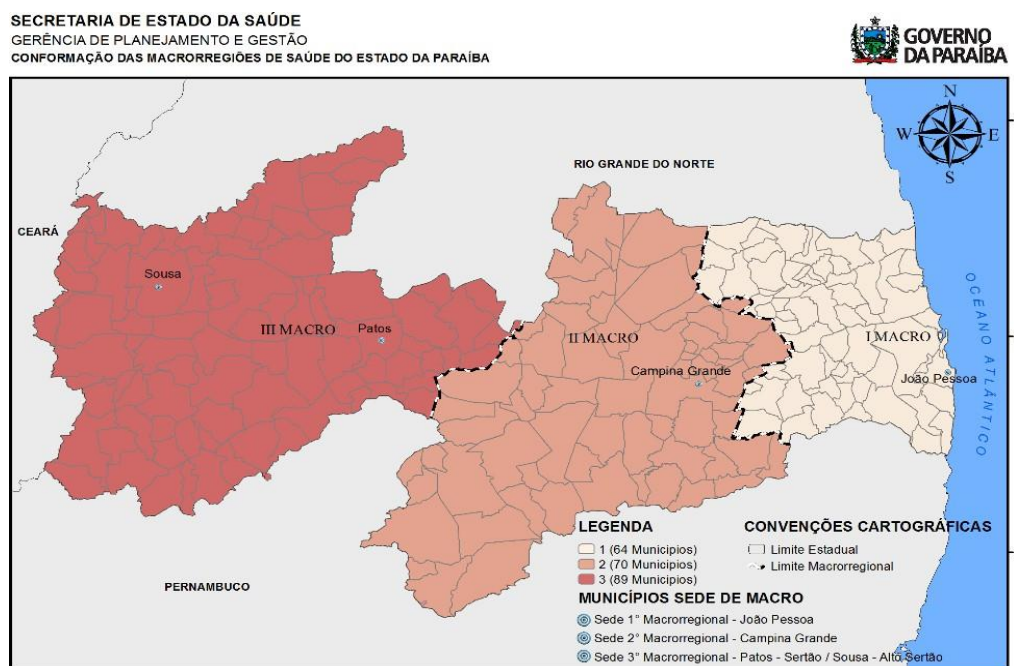
A partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a LOS, a noção de RAS se fortalece passando a conferir segurança jurídica e transparência sobre as ferramentas e recursos, bem como dispor sobre a organização, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa no SUS. Seguindo tais pressupostos, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprova a Resolução nº 203/2011, que institui a conformação de 16 Regiões de Saúde (RS) no estado, sendo atualizada pela Resolução da CIB nº 13/2015.

Esta Resolução organizava o estado da Paraíba em 4 Macrorregiões,

contemplando 223 municípios. A primeira macro com sede em João Pessoa, contava com 4 RS; a segunda com sede em Campina Grande era composta por 5 RS; a terceira com sede em Patos, organizava-se em 4 RS e por fim, Souza organizada em 3 RS (Paraíba, 2016).

No entanto, por meio da Resolução nº 43, de 25 de junho de 2018, da CIB, houve uma repactuação entre os gestores, com o objetivo de reorganizar a Paraíba em 3 Macrorregiões de Saúde, conforme as figuras subsequentes:

**FIGURA 1 – CONFORMAÇÃO DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA**



Fonte: Gerência de Planejamento e Gestão, SES/PB, 2024.

Esta figura demarca que a primeira Macro está sediada na capital do estado, João Pessoa, a segunda em Campina Grande e a terceira dividida entre Patos e Souza. A primeira macrorregião, apresentada na figura 2, conta com quatro RS sendo elas a 1ª, 2ª, 12ª e 14ª, que no total conformam 64 municípios:

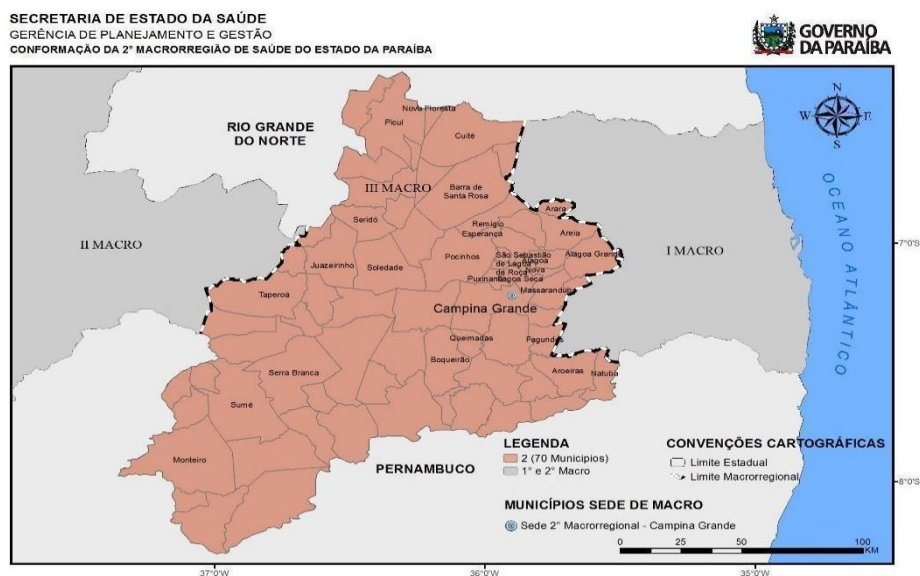
**FIGURA 2 – CONFORMAÇÃO DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**



Fonte: Gerência de Planejamento e Gestão, SES/PB, 2024.

A segunda Macrorregião, conforme a figura 3, organiza-se em cinco regiões de saúde, sendo elas a 3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª, que somadas contam com 70 municípios. A título de informação na Figura 3 consta “III Macro”, sendo o correto II Macro.

### FIGURA 3 – CONFORMAÇÃO DA 2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA



Fonte: Gerência de Planejamento e Gestão, SES/PB, 2024.

Por fim, a terceira Macrorregião composta por 89 municípios e pela 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª RS, com sede em Patos (Sertão) e Sousa (Alto Sertão) conforme a figura a seguir:

**FIGURA 4 – CONFORMAÇÃO DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**



Fonte: Gerência de Planejamento e Gestão, SES/PB, 2024.

A conformação destas Macrorregiões e Regiões de Saúde corresponde ao processo de planejamento necessário à elaboração e execução da Política de Saúde no estado da Paraíba. Este consiste em um mecanismo que deve assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, sendo de responsabilidade dos/as gestores/as e da sociedade, por meio da participação via órgãos de controle social, como os Conselhos de Saúde em suas distintas esferas, a fiscalização.

O Decreto nº 7.508/2011, no seu art. 15, ressalta que o planejamento se dará ouvindo o respectivo Conselho de Saúde e deve conter metas de saúde, assim como seguir as diretrizes formuladas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta organização compõe os pressupostos da organização da Política de Saúde, que conforme a LOS em seu art. 36, § 1º, enumera que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, sendo os planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União a base das atividades e programações em cada nível de direção.

Preza-se que o planejamento no SUS tenha como base territorial as RS, por serem espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde. Além de um espaço geográfico, são constituídas por um agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados (Brasil, 2011).

Para ser constituída uma RS faz-se necessário, no mínimo, conforme o art. 5º

do Decreto 7.508/2011, a existência de I. Atenção primária; II. Urgência e Emergência; III. Atenção Psicossocial; IV. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V. Vigilância em saúde. A constituição de uma RS tem como objetivos a garantia do acesso e a resolutividade em tempo hábil e com qualidade; efetivação da descentralização das ações e serviços de saúde, responsabilização do cuidado e “ação solidária e cooperativa entre gestores”; racionalização dos gastos, otimização de recursos e eficiência (Brasil, 2016, p. 93).

A implementação da RAS no Brasil visa superar a fragmentação da assistência e da gestão nas regiões de saúde, fortalecer a integralidade e a centralidade no/a usuário/a. Objetiva promover a integração das ações e serviços de saúde; a atenção contínua, integral e humanizada. Tem-se como característica a formação de relações horizontais, sendo o centro de comunicação a atenção primária à saúde (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

A partir da organização do SUS em Redes de Atenção, institui-se a RAPS por meio da Portaria nº 3.088, de 28 de dezembro de 2011, condensada na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 – Anexo V. Conforme este arcabouço jurídico, a RAPS dispõe das seguintes características:

<b>QUADRO 17 - ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA RAPS</b>	
<b>DIRETRIZES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
I. Respeito aos Direitos Humanos, garantia da autonomia e a liberdade; II. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III. Combate a estigmas e preconceitos; IV. Garantia do acesso de qualidade, cuidado integral e assistência multiprofissional; V. Atenção humanizada; VI. Diversificação das estratégias de cuidado; VII. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social e o exercício da cidadania; VIII. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos (RD);	<b>GERAIS</b>
	I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II. Promover o acesso à atenção psicossocial, incluindo as famílias; III. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências.
	<b>ESPECÍFICOS</b>

<p>IX. Ênfase em serviços de base territorial, com participação e controle social;</p> <p>X. Organização dos serviços em redes de atenção à saúde regionalizada, com práticas intersetoriais;</p> <p>XI. Promoção de estratégias de educação permanente;</p> <p>XII. Eixo central de cuidado às pessoas em sofrimento mental, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas pautado na construção do Projeto Terapêutico Singular.</p>	<p>I. Promover o cuidado em saúde;</p> <p>II. Prevenir o consumo e a dependência de substâncias psicoativas;</p> <p>III. Reduzir danos;</p> <p>IV. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas;</p> <p>V. Promover a educação permanente de profissionais de saúde;</p> <p>VI. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos;</p> <p>VII. Produzir e ofertar informações sobre direito das pessoas;</p> <p>VIII. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção;</p> <p>IX. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.</p>
<b>COMPONENTES DA RAPS</b>	
<p><b>1. Atenção Básica em Saúde</b></p> <p>a) Unidade Básica de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipes de Atenção Básica</li> <li>- Equipes de Atenção Básica para populações específicas;</li> <li>- Equipes de Consultório na Rua;</li> <li>- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.</li> </ul> <p>b) Centro de Convivência e Cultura.</p>	<p><b>2. Atenção Psicossocial</b></p> <p>a) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas distintas modalidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CAPS I</li> <li>- CAPS II</li> <li>- CAPS III</li> <li>- CAPS Álcool e outras Drogas (AD)</li> <li>- CAPS AD III</li> <li>- CAPSi para atendimento de crianças e adolescentes</li> </ul> <p>* Regulamentados por portarias específicas, Portaria nº 336/2002 e 130/2012</p>
<p><b>1. Atenção de Urgência e Emergência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) SAMU;</li> <li>b) Sala de Estabilização;</li> <li>c) UPA 24h;</li> <li>d) Portas hospitalares de atenção à urgência;</li> <li>e) Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>	<p><b>2. Atenção Residencial de Caráter Transitório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Unidade de Acolhimento; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adulto (UAA) e Infantojuvenil (UAI).</li> </ul> </li> <li>b) Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>
<p><b>3. Atenção Hospitalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral;</li> <li>- Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSM)</li> </ul> <p>* Redação dada pela Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023.</p>	<p><b>4. Estratégias de Desinstitucionalização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> <li>- Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst).</li> </ul>

	<p><b>5. Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b></p> <p>- Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil, 2011.

No componente Estratégias de Desinstitucionalização, insere-se também, as estratégias de desinstitucionalização voltadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Em âmbito nacional, demarcada pela Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que instituiu o “serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, a época, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Conforme Correia e Magno (2021) trata-se de um mecanismo de desinstitucionalização e conexão entre o sistema de saúde, assistência social e justiça.

No entanto, diante dos ventos manicomiais, a partir da Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020, este serviço foi extinto. Por meio desta Portaria, as equipes habilitadas pelo MS receberiam o repasse por apenas 180 dias. Sendo assim uma afronta ao MLA, já que sua promulgação se deu no dia Nacional da Luta Antimanicomial, data em que tradicionalmente se celebram as conquistas de uma “sociedade sem manicômios”.

Acerca disso, Correia e Magno (2021, p. 225) destacam o “caráter deliberadamente retroativo” e o descumprimento das orientações do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), indicando, assim, a perversidade, diante da ausência de justificativa e da apresentação de alternativas aos cuidados destinados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. As autoras ressaltam que, mesmo em período de austeridade, não é admissível adotar práticas que configuram o chamado “austericídio” dos direitos sociais (Correia e Magno, 2021; Ventura, 2013)

Isto posto, ponderamos a necessidade de olhar para a totalidade social, marcada pelo capitalismo predatório em que as políticas sociais, incluída a política de saúde, são postas a um conjunto de limitações e retrocessos (Costa; Faria, 2021). Na atual fase do capitalismo, “a saúde tem sido um espaço de grande



interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos” (Bravo; Menezes, 2021, p. 145).

Esta revogação, no bojo do Governo Bolsonaro (PL), que “representa a radicalização e ofensiva da política ultraneoliberal, com fortes ataques às liberdades democráticas” (Bravo; Menezes, 2021, p. 246), não se deu em silêncio. Conforme Correia e Magno (2021) várias instituições manifestaram, dentre as quais o CFP, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), Defensoria Pública da União (DPU), grupos de pesquisa e extensão ligados à Luta Antimanicomial, dentre outros.

Nesta trincheira, destaca-se o papel estratégico do CNJ, que “determinou a intimação da Secretaria Executiva do MS para que prestasse esclarecimentos circunstanciados sobre a existência de ações e estratégias adotadas” para suprir o vazio assistencial às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Correia; Magno, 2021, p. 231). As pessoas privadas de liberdade e em sofrimento mental encontram-se no mais perverso “circuito do controle”, visto a sua captura pelo saber jurídico e psiquiátrico (Basaglia, 2010; Correia; Magno, 2021).

Historicamente prevalece a noção de inimputabilidade e periculosidade que têm como espaço reservado os manicômios judiciais. No entanto, Assis e Silva (2017, p. 155) apontam a existência de “pistas para a construção de outras vias possíveis de respostas ao chamado louco infrator”, com destaque para a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015).

Estas normativas, acreditamos, subsidiam o enfrentamento à manicomialização das pessoas com deficiência psicossocial e em conflito com a lei, fortalecidas pelas mobilizações às garantias dos direitos fundamentais. Sendo assim, apontamos que a Resolução nº 487/2023, do CNJ, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, serve como instrumento que anuncia os ventos de mudanças.

Nesta mesma perspectiva, a Portaria nº 4.876, de 18 de julho de 2024, do Ministério da Saúde, que altera a Portaria de Consolidação nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, que institui a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, a EAP-Desinst.

Apesar disso, coadunamos com Correia e Magno (2021) quando estas ponderam que os instrumentos jurídicos são importantes para promover mudanças, mas estas sozinhas não garantem que ocorram. E isto se deve ao fato de que, na ordem social capitalista, as

políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta entre os interesses das classes sociais e segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe (Behring, 2009, p. 375)

A organização disposta no quadro 17 proporciona que os estados e municípios organizem e sistematizem a atenção psicossocial em seus territórios. Duarte (2017) elenca a importância da organização do SUS em redes de atenção, mas pondera que estas são operadas por sujeitos, movimentos e instituições atravessadas pela ideologia capitalista. Logo, faz-se necessário não perder de vista as resistências em torno de políticas públicas pautadas na defesa da democracia. E, ao que tange à PNSM, a defesa da estratégia central formulada pelo MRP, a desinstitucionalização.

A luta antimanicomial brasileira orienta-se pela transformação radical da sociedade, ocupando-se de diferentes caminhos para a viabilização das mudanças almejadas na assistência em saúde mental, adotou-se as vias institucionais e o fortalecimento dos movimentos sociais (Duarte, 2017; CFESS, 2022). A construção da RAPS, mais do que uma normativa legal, se deu considerando a “pluralidade das experiências e dos sofrimentos, sendo necessária uma cobertura que não se limita à intervenção na crise, mas direciona para a promoção do suporte diário e na produção da vida” (CFESS, 2022, p. 14).

Ressalta-se que a noção de rede no SUS vem sendo tecida nos espaços de Conferências do nível municipal ao federal. Na atenção psicossocial se dá a partir da Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001. Duarte (2017, p. 64) explicita que “sua efetivação partiu muito mais do otimismo da prática de trabalhadores, usuários e familiares, do que propriamente dos dispositivos normativos e legais”, tanto que apenas em 2011, com a Portaria nº 3.088 foi instituída a RAPS.

O objetivo em discorrer sobre o processo de planejamento no SUS e a sua organização em rede se dá por compreender que esta incide diretamente na dimensão técnico-assistencial da RPB, isto é, no modo como a assistência em

saúde mental se executa no Brasil. Assim como para elucidar que este perpassa diretamente a implantação e implementação da RAPS no estado da Paraíba, que iremos discutir no item que segue.

### 3.4. A Rede de Atenção Psicossocial no estado da Paraíba (RAPS/PB)

A partir da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011) os estados e municípios brasileiros passaram a reorganizar a assistência em saúde mental. Como discutido até aqui, as últimas décadas demarcam as significativas mudanças, sobretudo no que diz respeito à substituição do foco na assistência hospitalar, destacando-se a estruturação de serviços comunitários, integrados à Atenção Primária à Saúde (APS), a proteção aos direitos humanos e a autonomia/protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Estes pressupostos dialogam, como elencado anteriormente, com a estruturação da RAS no SUS. Pondera-se que de 2001, ano de promulgação da Lei nº 10.216, até meados de 2015, “o cenário nacional era de transição entre o cuidado centralizado na assistência hospitalar e o cuidado em liberdade, pela organização e qualificação da RAPS. Ainda que com enormes desafios e contradições, a mudança de modelo de atenção no Brasil se consolidava” (Desinstitute; Weber, 2021, p. 17).

Em face desta conjuntura, a Paraíba, por meio da SES e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), iniciou o processo de reestruturação da Política de Saúde Mental, através da elaboração e aprovação dos Planos Regionais da RAPS. Como apresentado na Figura I, o estado dispõe atualmente de 3 Macrorregiões, constituídas por 16 Regiões de Saúde, conformadas da seguinte maneira:

<b>QUADRO 18 – REGIÕES DE SAÚDE NA PARAÍBA</b>	
<b>Região de Saúde (RS)</b>	<b>Comissão Intergestores Regional (CIR)</b>
1 <sup>a</sup>	Mata Atlântica
2 <sup>a</sup>	Piemont Borborema
3 <sup>a</sup>	Renascer do Brejo
4 <sup>a</sup>	Curimataú e Seridó Paraibano

5 <sup>a</sup>	Cariri Ocidental
6 <sup>a</sup>	Sertão
7 <sup>a</sup>	Sertão da 7 <sup>a</sup> RS
8 <sup>a</sup>	Não nomeada
9 <sup>a</sup>	Sertão Saúde Univale
10 <sup>a</sup>	Vale dos Dinossauros
11 <sup>a</sup>	Sertão da 11 <sup>a</sup> Região
12 <sup>a</sup>	Vale do Paraíba
13 <sup>a</sup>	Terra de Maringá
14 <sup>a</sup>	Vale do Mamanguape
15 <sup>a</sup>	Cariri Oriental
16 <sup>a</sup>	Borborema

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da SES PB, 2024.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES) de 2020-2023, a organização da saúde paraibana em redes de atenção segue as diretrizes do Decreto nº 7.508/2011, que consagra a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Estas se constituem em instâncias de pactuação para a definição de regras e gestão compartilhada do SUS. Conforme explicitado no quadro 18, compõem as 16 RS do estado, cada qual contando com seu Plano da RAPS.

Os Planos da RAPS das RS foram aprovados, em sua maioria, em 2013, contando com a participação dos municípios via SMS, responsáveis pela execução; e do estado, por meio da SES, enquanto apoio técnico, acompanhamento, controle e avaliação. Ponderamos que um Plano, atrelado à determinada política pública, conforme Teixeira (2009) é um dos meios pelo qual o planejamento se expressa, apesar da noção tradicional de “instrumental técnico neutro”, este dá um sentido político à gestão pública, possibilitando a demonstração das trincheiras que se apresentam em determinado campo.

Destacamos que na visão de Teixeira (2009), ao superar o velho enfoque de técnicas e métodos sem reflexão, adotou-se no âmbito da planificação, a noção de planejamento estratégico. Esta concepção, implica “absorver um sentido político para a gestão pública, concebendo-se a unidade a ser gerida como uma unidade

plural (não consensual), onde a inconformação está presente e a utopia é o horizonte” (Teixeira, 2009, p. 645).

Associado a esta visão, Souza Filho e Gurgel (2018) apontam que o planejamento estratégico se articula à gestão democrática, envolvendo processos de participação social. Abrange mais do que a administração técnica, permite que seja um instrumento de transformação social, essencial para a construção de políticas públicas que atuam no enfrentamento das expressões da questão social e promovam a equidade.

#### **3.4.1. A RAPS da 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba**

Espera-se que os Planos da RAPS sejam um instrumento de planejamento estratégico de execução da política de saúde mental. Considerando que não há uma ordem hierárquica, nem distinção no que tange ao ano de aprovação, iniciaremos com a análise dos Planos da RAPS das RS que se encontram na 1ª Macrorregião de Saúde.

O Plano da 1ª RS foi elaborado para organizar a RAPS de 14 municípios, sendo eles: Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mari, Pitimbu, Riachão do Poço, Santa Rita, Sapé e Sobrado. Este Plano foi aprovado pela Resolução da CIB nº 73, de 23 de julho de 2013.

O documento apresenta a conformação da RAPS na ocasião da aprovação, isto é, em 2013, nos 14 municípios:

<b>QUADRO 19 – CONFORMAÇÃO DA RAPS NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE EM 2013</b>	
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>SERVIÇOS</b>
Alhandra	1 CAPS I e 1 Ambulatório de Psiquiatria.
Bayeux	1 CAPS II e 1 Ambulatório de Psiquiatria.
Caaporã	1 CAPS I e 1 Leito de Saúde Mental em Hospital Geral.
Cabedelo	1 CAPS I; 1 CAPS AD; 1 Ambulatório de Psiquiatria.
Conde	1 CAPS I e 1 Ambulatório de Psiquiatria.

João Pessoa	2 CAPS II; 1 CAPS AD III; 1 CAPSi; 1 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil; 1 Serviço Hospitalar de Referência; 2 Serviços Residenciais Terapêuticos.
Mari	1 CAPS I.
Santa Rita	1 CAPS II.
Sapé	1 CAPS II; 1 CAPS AD; 1 CAPS I e 1 Ambulatório de Psiquiatria.
Cruz do Espírito Santo	Sem serviço especializado, referenciado para Santa Rita.
Lucena	Sem serviço especializado, referenciado para Cabedelo.
Pitimbu	Sem serviço especializado, referenciado para Caaporã.
Riachão do Poço e Sobrado	Sem serviço especializado, referenciados para Mari.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde, 2013.

Assim, tem-se que na 1ª RS, no ano de 2013, a rede substitutiva era composta basicamente por serviços CAPS e ambulatórios de psiquiatria; sendo o município com uma rede mais ampliada o de João Pessoa, único desta região com atenção vinte e quatro horas a pessoas em sofrimento psicossocial decorrente do uso de SPA's.

Destaca-se ainda que o serviço hospitalar de referência de João Pessoa é o PASM; mas o município tem ainda o CPJM – já mencionado nesta pesquisa, que atende pessoas em situação de crise em saúde mental advindos de municípios que compõem a 2ª e 3ª Macrorregião de Saúde. Em relação ao Leito de Saúde Mental em Hospital Geral, em Caaporã, não consta o nome do hospital no Plano, porém constata-se que o município tem apenas uma unidade hospitalar, o Hospital Geral Ana Virginia.

O documento apresenta os “novos serviços” a serem implantados com previsão para 2014/2015, descritos assim:

<b>QUADRO 20 – SERVIÇOS A SEREM IMPLANTADOS RAPS 1ª RS ENTRE 2014/2015</b>	
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>SERVIÇO</b>

Alhandra	1 CAPSi Regional
Bayeux	1 Equipe de Consultório na Rua; 1 CAPS III Regional; 1 CAPSi; 1 UAi; 4 LSM
Caaporã	1 CAPS AD III Regional e 4 LSM.
Cabedelo	1 CAPS II Regional; 1 CAPSi Regional; 1 UAi Regional; 4 LSM.
Conde	1 CAPSi e 1 UAi, ambas regionais.
Cruz do Espírito Santo	1 CAPS I .
João Pessoa	1 Equipe de Consultório na Rua; 1 Centro de Convivência; 1 CAPS AD II; 1 CAPSi; 2 UAA; 1 UAi; 28 LSM; 1 SRTs.
Santa Rita	1 Equipe de Consultório na Rua; 1 Centro de Convivência; 1 CAPS AD III Regional; 1 CAPSi e 1 UAA.
Sapé	1 CAPS AD III Regional e 4 LSM.
Pitimbu	1 CAPS I

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 1ª Região, 2013.

Dentre os serviços descritos no quadro acima, receberam recurso de implantação 1 CAPS AD III Caaporã, porém passou a ter como sede o município de Cabedelo; 1 CAPS III e 1 SRT – João Pessoa; 1 CAPS I em Cruz do Espírito Santo e 2 UAA Regional, sendo de gestão da SES. O Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde (2013) não apresenta o valor de repasse por serviço, mas o total, que contabilizou R\$ 239.449,38 (duzentos e trinta e nove mil, quatrocentos e quarenta e nove reais e trinta e oito centavos).

Este valor foi repassado fundo a fundo para as referidas SMS e, quanto ao valor referente a UAA Regional, para a SES pelo MS, conforme o financiamento do SUS disposto no Art. 31 da Lei nº 8.080/1990 e Lei Complementar nº 141/2012. Para o recebimento do custeio mensal, também de repasse federal, os serviços precisam estar habilitados, procedimento este realizado pela SES, que elabora um parecer técnico – favorável, quando de acordo com as normativas da RAPS. Vale mencionar que a solicitação de recurso para implantação, habilitação, credenciamento de equipes e serviços de saúde é realizada por meio do Sistema

de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS). Esta ferramenta de gestão do SUS foi instituída pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014.

Posteriormente o Plano da RAPS da 1ª RS (2013) apresenta os “novos investimentos” pactuados para a referida região, de acordo com a figura abaixo:

**FIGURA 5 – INVESTIMENTOS PACTUADOS PARA A RAPS 1ª RS**

COMPONENTES	SERVIÇOS	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	PREVISÃO DE IMPLANTAÇÃO	RECURSO PARA IMPLANTAÇÃO	CUSTÉIO MENSAL
Atenção Básica	Consultório na Rua Modalidade II	Bayeux	01 tipo II	2014/2015	-	R\$13.000,00
		João Pessoa	01 tipo II	2014/2015	-	R\$13.000,00
		Santa Rita	01 tipo II	2014/2015	-	R\$13.000,00
	Centros de Convivência e Cultura	João Pessoa	01	2014/2015	-	-
		Santa Rita	01	2014/2015	-	-
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	Pitimbu	01	2014/2015	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00
	CAPS II	Regional Qualificado c/ sede em Cabedelo com abrangência p/ o município de Lucena	01	2014/2015	R\$ 10.000,00 (diferença do inventivo de CAPS I p/ II)	R\$ 33.086,25
	CAPS III	Regional Qualificado c/ sede Bayeux c/ abrangência p/ o município de Santa Rita	01	2014/2015	R\$ 20.000,00 (diferença do incentivo de CAPS II p/ III)	R\$ 63.144,38
	CAPS AD III	Regional com sede em Caaporã	01	2014/2015	R\$ 150.000,00	R\$ 78.800,00



		c/ abrangência p/ os municípios de Alhandra, Pitimbu e Conde				
		João Pessoa	01	2014/2015	R\$ 150.000,00	R\$ 78.800,00
		Regional c/ sede em Santa Rita c/ abrangência p/ Bayeux e Cruz do Espírito Santo	01	2014/2015	R\$ 150.000,00	R\$ 78.800,00
		Regional Qualificado c/ sede em Sapé c/ abrangência p/ Mari, Riachão do Poço e Sobrado	01	2014/2015	R\$ 75.000,00 (diferença do incentivo de CAPS AD p/ AD III)	R\$ 78.800,00
	CAPS i	Regional c/sede em Alhandra c/ abrangência p/ Caaporã, Pitimbu e Conde	01	2014/2015	R\$ 30.000,00	R\$ 32.130,00
		Bayeux	01	2014/2015	R\$ 30.000,00	R\$ 32.130,00
		Regional c/sede em Cabedelo c/ abrangência p/ Lucena	01	2015	R\$ 30.000,00	R\$ 32.130,00
		João Pessoa	01	2014/2015	R\$ 30.000,00	R\$
						32.130,00
		Santa Rita	01	2014/2015	R\$ 30.000,00	R\$ 32.130,00
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto	João Pessoa	02	2014/2015	R\$ 140.000,00	R\$ 50.000,00
		Regional, Sede em Santa Rita, c/ abrangência p/ o município de Bayeux	01	2014/2015	R\$ 70.000,00	R\$ 25.000,00
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil	Regional c/ sede em Bayeux c/ abrangência p/ o município de Santa Rita	01	2014/2015	R\$ 70.000,00	R\$ 30.000,00
		Regional c/ sede em Cabedelo c/abrangência p/ o município de Lucena	01	2014/2015	R\$ 70.000,00	R\$ 30.000,00
		João Pessoa	01	2014/2015	R\$ 70.000,00	R\$ 30.000,00
Atenção Hospitalar	Serviços Hospitalar de Referência	Bayeux	4 leitos	2014/2015	R\$ 16.000,00	R\$ 22.440,44
		Caaporã c/ abrangência p/ os municípios Pitimbu, Alhandra	4 leitos	2014/2015	R\$ 16.000,00	R\$ 22.440,44

		e Conde				
		Cabedelo c/ abrangência p/ o município de Lucena	4 leitos	2014/2015	R\$ 16.000,00	R\$ 22.440,44
		João Pessoa	12 leitos no C.H.M. Tarcisio Buriti 4 Hosp. Valentina 12 Hospital Universitário L.W	2014/2015	R\$ 64.000,00	R\$ 89.761,76
		Santa Rita c/ abrangência p/ município de Cruz do Espírito Santo	6 leitos	2014/2015	R\$24.000,00	R\$ 33.660,66
		Sapé c/ abrangência p/ Mari, Sobrado e Riachão do Poço	4 leitos	2014/2015	R\$ 16.000,00	R\$ 22.440,44
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	João Pessoa	04 Tipo II	2014/2015	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00
TOTAL					R\$ 1.357,00	R\$ 1.077.568,49

Fonte: Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde, 2013.

Como pode ser visualizado na figura, entre 2014/2015 nesta região de saúde, a RAPS vinha sendo fortalecida, ao menos no que tange a incentivos financeiros, parte constitutiva de qualquer política pública. Tem-se que, com a implantação destes serviços, a RAPS da 1ª RS se ampliaria quantitativamente em consideração à apresentada em 2013.

No entanto, dentre os serviços previstos para implantação pouco se efetivou na prática. Com base no Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde (2013) e dados recentes da Gerência de Atenção Psicossocial (GOAP-SES/PB, 2024), constatamos uma discrepância entre o “real” – serviço existente; e o “legal”, serviços que foram pactuados na Resolução nº 73/2013, da CIB:

QUADRO 21 – ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 1ª RS		
MUNICÍPIO	REAL	LEGAL
Alhandra	1 CAPS I	1 CAPSi Regional para atender a demanda infantojuvenil de Caaporã, Pitimbu e Conde.
Bayeux	1 CAPS II 1 CAPSi (não habilitado)	1 UAi com abrangência para Santa Rita e 4 LSM.

Caaporã	1 CAPS I	1 CAPS AD III Regional para atender os municípios de Pitimbu, Alhandra e Conde e 4 LSM.
Cabedelo	1 CAPS I 1 CAPS AD	CAPS I deveria ter sido qualificado para CAPS II e atender também o município de Lucena; 1 CAPSi; 1 UAi e 4 LSM.
Conde	1 CAPS I	1 CAPSi e 1 UAi
João Pessoa	2 CAPS III 1 CAPSi 1 CAPS AD III 3 SRT (não habilitados) 1 UAi (não habilitado) 1 UAA (de gestão da SES/PB, inaugurado em 2024 e ainda em processo de habilitação) 4 LSM na Maternidade Cândida Vargas	1 CAPS AD II 1 CAPSi 1 UAA (gestão estadual) 28 LSM 1 SRT
Santa Rita	1 CAPS II	1 CAPS AD III para atender também os municípios de Bayeux e Cruz do Espírito Santo; 1 CAPSi e 1 UAi.
Sapé	1 CAPS II 1 CAPSi 1 CAPS AD III 1 SRT	4 LSM

Fonte: Plano da RAPS da 1ª Região de Saúde, 2013.

Com a análise do Plano da RAPS da 1ª RS (2013), transcrito nos Quadros 20 e 21, bem como na Figura 6, afirmamos que há nesta região um distanciamento entre o “legal” e o “real”. Deste Plano, poucos municípios cumpriram como o compromisso estabelecido em CIB (2013), dentre os quais apenas o município de Pitimbu implantou o CAPS I previsto; Sapé qualificou o CAPS AD para CAPS AD

III; João Pessoa teve os 2 CAPS II qualificados para CAPS III. Sendo assim, destacamos que os avanços foram poucos.

A 2ª RS, pertencente à 2ª Gerência Regional de Saúde, situada na cidade de Guarabira, no brejo paraibano organiza-se em 25 municípios, sendo eles: Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Cacimba de Dentro, Caiçara, Casserengue, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serraria, Serra da Raiz, Sertãozinho, Solânea e Tacima.

Dentre estes, no que diz respeito ao ponto de atenção psicossocial, isto é, CAPS, em 2013 dispunham deste serviço os municípios de Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Mulungu e Solânea, todos na modalidade CAPS I. Na ocasião, apenas Guarabira dispunha de 1 CAPS II e um CAPS AD. Diante do vazio assistencial, os municípios tinham como referência os demais municípios com CAPS, e João Pessoa, em grande medida, pelo acesso ao CPJM.

<b>QUADRO 22 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS 2ª RS ATÉ 2014</b>		
<b>SERVIÇO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
<b>CAPS I</b>	Pirpirituba	Sertãozinho
	Alagoinha	-
	Cacimba de Dentro	-
	Tacima	Riachão
	Logradouro	Caiçara
	Dona Inês	-
	Serraria	Borborema
	Lagoa de Dentro	Serra da Raiz e Duas Estradas
	Cuitegi	Pilões
<b>CAPS AD III</b>	Solânea	Todos os municípios da 2ª RS
<b>CAPSi</b>	Bananeiras	Todos os municípios da 2ª RS
<b>UAA</b>	Solânea	Todos os municípios da 2ª RS
<b>UAi</b>	Bananeiras	Todos os municípios da 2ª RS
	Solânea	Todos os municípios da 2ª RS

LSM	Guarabira (4)	Todos os municípios da 2ª RS
	Belém (4)	Todos os municípios da 2ª RS

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Regional da RAPS 2ª RS, 2013.

De acordo com o Plano da RAPS da 2ª RS (2013) o recurso de implantação destes serviços, somados, contabilizou R\$ 548.000,00 (quinhentos e quarenta e oito mil reais). Pondera-se que a maioria dos municípios dessa região de saúde, à época, contava com menos de 20 mil habitantes, assim, para a implantação dos serviços, fez-se necessário a pactuação de municípios-sede com a junção de outros municípios. Ressaltamos ainda que apenas o município de Solânea não apresentou o quantitativo de leitos de saúde mental.

O Plano da 2ª RS apresenta, pioneiramente, as responsabilidades, dentre as quais destacamos: aos municípios-sede coube a disponibilização de estrutura adequada; recrutamento, seleção, contratação e remuneração dos/as profissionais; registro das atividades desenvolvidas. Ao município partícipe pactuou-se o apoio ao município-sede; realizar avaliações das atividades desenvolvidas; assegurar o deslocamento para o atendimento (transporte). Além disso, pondera a necessidade da Educação Permanente dos profissionais e o exercício da articulação intermunicipal.

Seguindo da análise do “real” e do “legal”, a 2ª RS se encontra da seguinte forma:

<b>QUADRO 23 – ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 2ª RS</b>		
MUNICÍPIO	“REAL”	“LEGAL”
Bananeiras	1 CAPS I	1 CAPSi e 1 UAi
Belém	1 CAPS I	4 LSM
Guarabira	1 CAPS II 1 CAPS AD	4 LSM
Solânea	1 CAPS I	1 CAPS AD III; 1 UAA; LSM
Pirpirituba	-	1 CAPS I
Cacimba de Dentro	-	1 CAPS I
Logradouro	-	1 CAPS I
Lagoa de Dentro	-	1 CAPS I

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Regional da RAPS 2ª RS, 2013.

Nesta região, os municípios de Alagoinha, Dona Inês, Serraria e Tacima implantaram seus CAPS I conforme previa a Resolução nº 56/2013, da CIB. Contudo, como elucidado no quadro 23, os demais municípios não cumpriram com o acordado. Destes, destacamos que os quatro últimos municípios, dispostos no quadro, não são constituídos por nenhum componente de Atenção Psicossocial da RAPS. Elucidando assim um vazio assistencial para o cuidado às pessoas em sofrimento mental grave e persistente.

A 12ª RS é composta por 14 municípios, sendo eles Caldas Brandão, Gurinhém, Itatuba, Itabaiana, Ingá, Juripiranga, Juarez Távora, Mogeiro, Pedras de Fogo, Pilar, Riachão de Bacamarte, São Miguel de Taipu, São Miguel de Taipu, Salgado de São Félix e São José dos Ramos. O Plano da RAPS desta RS foi aprovado pela Resolução da CIB nº 73, de 23 de julho de 2013.

No ano de aprovação deste Plano, 2013, apenas três cidades contavam com CAPS, sendo elas Ingá, Pedras de Fogo e Itabaiana, todos CAPS I. Pactuou-se para a ampliação da RAPS nesta região os seguintes serviços:

<b>QUADRO 24 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 12ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Gurinhém	Caldas Brandão
	Mogeiro	Salgado de São Félix
	Juripiranga	-
CAPSi	Pedras de Fogo	Juripiranga, Itabaiana, Pilar e São Miguel de Taipu
	Mogeiro	Salgado de São Félix, Itatuba, Ingá, Juarez Távora, Gurinhém, Caldas Brandão e São José dos Ramos
CAPS AD III	Itabaiana	Todos os municípios da 12ª RS
UAA	Itabaiana	Todos os municípios da 12ª RS
UAi	Pedras de Fogo	Todos os municípios da 12ª RS

Leitos de Saúde Mental	04 em Itabaiana	Todos os municípios da 12ª RS
	04 em Pedras de Fogo	Todos os municípios da 12ª RS
Cooperativa/Centro de Convivência	Itabaiana	Não especificado

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Regional da RAPS da 12ª RS, 2013.

A implantação destes serviços fora prevista para 2014, totalizando cerca de R\$ 442.000,00 (quatrocentos e quarenta e dois mil reais), conforme a Resolução nº 73/2013, da CIB. No que tange à implantação dos Leitos de Saúde Mental, previa-se o Hospital Regional de Itabaiana e o Hospital Distrital José de Souza Maciel (Pedras de Fogo). Traz como inovação a implantação de uma Cooperativa, sem recurso financeiro a ser repassado pelo MS. Com a implantação dos serviços descritos no Quadro acima previa-se a superação, ou melhor, diminuição do vazio assistencial da 12ª RS.

Contudo, 11 anos após a aprovação do Plano da RAPS, esta Região encontra-se assim configurada:

<b>QUADRO 25 – ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 12ª RS</b>		
MUNICÍPIO	“REAL”	“LEGAL”
Ingá	CAPS I	-
Itabaiana	CAPS I	1 CAPS Ad III e 1 UAA
Pedras de Fogo	CAPS I	1 CAPSi e UAi
Pilar	CAPS I	-
CAPS I	-	Gurinhém
		Mogei
		Juripiranga
CAPSi	-	Mogei

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Regional da RAPS da 12ª RS, 2013.

Como pode ser visualizado, os municípios de Ingá, Itabaiana e Pedras de Fogo permanecem com 1 CAPS I, sem ampliação da RAPS, como previa o Plano

da RAPS da 12ª RS. Destaca-se o contínuo vazio assistencial em alguns municípios, dentre os quais Gurinhém, Mogeiro e Juripiranga que deveriam ter implantado CAPS I; bem como o CAPSi, com sede em Mogeiro, espraiando o vazio assistencial aos demais município que deveria ter o atendimento às crianças e adolescentes em grave e persistente sofrimento mental garantido.

Por fim, a última RS de saúde da 1ª Macrorregião, a 14ª RS, teve seu Plano da RAPS aprovado pela Resolução nº 142/2013, da CIB. Esta RS organiza-se em 11 municípios, sendo eles: Mamanguape, Capim, Cuité de Mamanguape, Rio Tinto, Itapororoca, Curral de Cima, Marcação, Mataraca, Baía da Traição, Pedro Régis e Jacaraú. Apesar de não haver menção no Plano, a região do Vale do Mamanguape corresponde a maior parte da população indígena do estado (Paraíba, 2020).

Em 2013 apenas os municípios de Mamanguape e Rio Tinto dispunham de serviços CAPS, sendo assim uma baixa taxa de cobertura por serviços especializados na atenção psicossocial. Pactuaram-se os seguintes serviços:

<b>QUADRO 26 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 14ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Marcação	Baía da Traição
	Itapororoca	-
	Jacaraú	Curral de Cima e Pedro Regis
	Capim	Cuité de Mamanguape
CAPS II	Mamanguape	-
CAPSi	Mataraca	Mamanguape, Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto
	Curral de Cima	Itapororoca, Capim, Jacaraú, Cuité de Mamanguape e Pedro Regis.
CAPS AD III	Mamanguape	Todos os municípios da 14ª RS
UAA	Mamanguape	Todos os municípios da 14ª RS



UAI	Mataraca	Todos os municípios da 14ª RS
Leitos de Saúde Mental	04 Mamanguape	Todos os municípios da 14ª RS
	04 Itapororoca	Todos os municípios da 14ª RS

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 14ª RS, 2013.

Os serviços descritos no quadro acima estavam previstos para implantação em 2014, com previsão orçamentária de R\$ 462.000,00 (quatrocentos e sessenta e dois mil reais), conforme o Plano da RAPS da 14ª Região (2013). Os Leitos de Saúde Mental foram previstos para o Hospital Regional de Itapororoca e no Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rosário (Mamanguape).

No entanto, poucos avanços ocorreram de lá pra cá, isto é, de 2013 a 2024, conforme pode ser visualizado no quadro a seguir:

<b>QUADRO 27 – ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 14ª RS</b>		
MUNICÍPIO	“REAL”	“LEGAL”
Itapororoca	1 CAPS I	4 LSM
Jacaraú	1 CAPS I	1 CAPS I
Mamanguape	1 CAPS I 1 CAPS Ad III	Qualificar para CAPS II; 1 UAA; 4 LSM
Mataraca	1 CAPSi	1 CAPSi
Marcação	-	1 CAPS I
Capim		
Curral de Cima	-	1 CAPSi

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 14ª RS, 2013.

Apesar da pouca implantação de serviços, considerando que a Região dispunha de apenas 2 CAPS I em 2013, consideramos que houveram alguns avanços, já que atualmente dispõe de 3 CAPS I, 1 CAPSi e 1 CAPS AD III. Porém, em decorrência da ausência de implantações, sobretudo os previstos no Plano da RAPS da 14ª Região, como disposto no quadro acima, tem-se a prevalência da

demanda reprimida no que às necessidades de saúde mental na atenção psicossocial da RAPS.

A análise dos Planos da RAPS da 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba demonstra um significativo distanciamento entre a pactuação de 2013 e a realidade observada em 2024. Apesar dos incentivos financeiros e a previsão de ampliação dos serviços, verificamos que poucos municípios efetivaram estas implantações. Isso acabou por resultar em uma cobertura limitada e desigualmente distribuída, concentrando-se em cidades maiores, enquanto outras permanecem sem a atenção especializada.

### 3.4.2. A RAPS da 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba

Conforme apresentado na Figura 3, a 2ª Macrorregião de Saúde é constituída por 5 RS, sendo elas a 3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª. O Plano da RAPS da 3ª RS foi aprovado pela Resolução nº 184/2013, da CIB. Esta RS é composta por 12 municípios: Alagoa Grande, Alagoa Nova, Algodão de Jandaíra, Arara, Areia, Areial, Esperança, Lagoa Seca, Matinhas, Montadas, Remígio e São Sebastião de Lagoa de Roça. O Plano apresenta que somados os habitantes de todos os municípios, conforme os dados do IBGE 2012, essa RS comportava cerca de 189 mil habitantes.

Apenas os municípios de Alagoa Grande, Esperança e Lagoa Seca possuíam CAPS I. O Plano ressalta que a atenção em saúde mental era respondida pela Atenção Básica, com uma taxa de cobertura de 95% (Paraíba, 2013). Visando dirimir o vazio assistencial pactuaram-se os seguintes serviços:

QUADRO 28 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 3ª RS		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Areia	-
	Arara	-
	Remígio	Algodão de Jandaíra.
	Montadas	Areial.

CAPSi	Lagoa Seca	São Sebastião de Lagoa de Roça, Alagoa Nova, Areial, Montadas, Matinhas e Esperança.
	Arara	Alagoa Grande, Areia, Algodão de Jandaíra e Remígio.
CAPS AD III	Areia	Toda a população da 3ª RS
UAA	Areia	Toda a população da 3ª RS
UAI	Lagoa Seca	São Sebastião de Lagoa de Roça, Alagoa Nova, Areial, Montadas, Matinhas e Esperança.
	Arara	Alagoa Grande, Areia, Algodão de Jandaíra e Remígio.
Leitos de Saúde Mental	04 em Alagoa Grande	Areia, Arara, Algodão de Jandaíra, Esperança e Remígio.
	04 em Lagoa Seca	São Sebastião de Lagoa de Roça, Alagoa Nova, Areial, Montadas e Matinhas.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 3ª RS, 2013.

As implantações destes serviços foram previstas para os anos de 2014 e 2015, sendo ainda pactuado no Plano atividades periódicas de Educação Permanente e articulações junto ao SAMU e à Rede Hospitalar (Paraíba, 2013). Os hospitais previstos para a implantação dos LSM foram o Hospital Municipal Ministro Osvaldo Trigueiro (Alagoa Grande) e o Hospital Geral Municipal Ana Maria Coutinho Ramalho (Lagoa Seca).

A dotação orçamentária prevista no Plano da RAPS da 3ª RS (2013) foi de 590.000,00 (quinhentos e noventa mil reais) para a implantação. Mediante a habilitação destes junto ao MS, o custeio mensal seria de R\$ 412.360,88 (quatrocentos e doze trezentos e sessenta reais e oitenta e oito centavos). O documento ainda ressalta as competências dos municípios-sede, como a

responsabilidade pela contratação e remuneração dos profissionais; e do município participe, no compromisso de garantir o transporte e logística para que os/as usuários/as acessem o atendimento.

<b>QUADRO 29 – ENTRE O REAL E O LEGAL NA RAPS DA 3ª RS</b>		
MUNICÍPIO	“REAL”	“LEGAL”
Alagoa Grande	1 CAPS I	4 LSM.
Areia	1 CAPS I	1 CAPS I, 1 CAPS Ad III e 1 UA.
Esperança	1 CAPS I	-
Lagoa Seca	1 CAPS I	4 LSM e 1 CAPSi
Arara	-	1 CAPS I e 1 CAPSi
Montadas		1 CAPS I
São Sebastião de Lagoa de Roça	1 CAPS I	1 CAPS I

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 3ª RS, 2013.

No quadro acima visualiza-se que três municípios implantaram o CAPS I, conforme previu o Plano da RAPS desta região, sendo eles Areia, Remígio e São Sebastião de Lagoa de Roça; com isso, a região dobrou o quantitativo de CAPS I. Contudo, prevalece a ausência de implantação em dois municípios, Arara e Montadas, que não dispõem de atenção psicossocial. Desse modo, concluímos que a região tem uma ausência de atenção 24h, sobrecarga dos serviços existentes, o que pode gerar uma alta demanda de encaminhamentos ao CPJM.

Seguindo na análise da 2ª Macro, o Plano da 4ª RS foi aprovado pela Resolução nº 142/2013, da CIB, esta região organiza-se em 12 municípios, sendo eles: Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cubatí, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, São Vicente do Seridó e Sossego. No ano de elaboração deste Plano, a referida RS contava com apenas 3 CAPS I, localizados nos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité e Picuí.

Pactuaram-se os seguintes serviços:

<b>QUADRO 30 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 4ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA

CAPS I	São Vicente	Cubatí.
CAPSi	Cuité	Todos os municípios da 4ª RS.
CAPS AD III	Picuí	Todos os municípios da 4ª RS.
UAA	Picuí	Todos os municípios da 4ª RS.
UAI	Cuité	Todos os municípios da 4ª RS.
Leitos de Saúde Mental	04 em Cuité	Todos os municípios da 4ª RS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 4ª RS, 2013.

A implantação dos referidos serviços fora prevista para 2014, com previsão orçamentária de R\$ 356.000,00 (trezentos e cinquenta e seis mil reais) (Paraíba, 2013). Além do mais, o Plano da RAPS da 4ª Região (2013) menciona um “Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde”, visando a qualificação da prestação dos serviços. Interessante ressaltar que se insere como público-alvo não só profissionais de saúde, mas também da Política de Assistência Social, por meio de profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), bem como a Segurança Pública da região.

Distante do aparato legal, isto é, do Plano da RAPS (2013), a 4ª Região é composta, em 2024, basicamente pelos menos serviços que no ano de aprovação do plano, acrescentando apenas a implantação do CAPSi no município de Cuité. Sendo assim, a realidade está completamente distante do esperado para serviços a serem implantados, conforme descrito no quadro 29.

Seguindo a análise, o Plano da RAPS da 5ª RS foi aprovado pela Resolução 184/2013, da CIB. A região é constituída pelos municípios de Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé e Zabelê, totalizando 17 cidades.

Em 2013, a RS era composta por um quantitativo pouco expressivo de serviços especializados em Saúde Mental, sendo 2 CAPS I, localizados em Monteiro e Sumé. No Plano é notório a citação a “Clínicas Psiquiátricas Particulares”, porém não menciona o quantitativo e os nomes. Os municípios desta

RS são em geral de pequeno porte, com menos de 5 mil habitantes; sendo os maiores, em número de habitantes, Sumé (17.166) e Serra Branca (13.614).

No quadro abaixo podem ser visualizados os serviços a serem implantados na região:

<b>QUADRO 31 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 5ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Sumé	-
	Serra Branca	Coxixola
	Congo	Caraúbas
	Camalaú	São João do Tigre
	São João do Cariri	São José dos Cordeiros e Gurjão
	Prata	Ouro Velho e Amparo
CAPSi	Sumé	Todos os municípios da 5ª RS.
CAPS AD III	Monteiro	Todos os municípios da 5ª RS.
UAA	Monteiro	Todos os municípios da 5ª RS.
UAI	Sumé	Todos os municípios da 5ª RS.
Leitos de Saúde Mental	04 em Sumé	Não especificado
	04 em Serra Branca	Não especificado

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 5ª RS, 2013.

No cronograma disposto no Plano não está a previsão da implantação dos serviços, apenas a apresentação deste à CIB e à CIT, configurando-se como uma fragilidade. Ressalta-se ainda que o documento coloca os leitos de saúde mental como “Leitos Psiquiátricos”, a serem implantados no Hospital de Serra Branca e no Hospital e Maternidade de Sumé. Previa-se, no Plano da RAPS da 5ª Região (2013), como recurso de implantação 502.000,00 (quinhentos e dois mil reais).

Considerando que em 2013 a 5ª Região era constituída por 2 CAPS I, ao analisar o quantitativo de serviços, até 2024, a região avançou; visto que implantou alguns dos serviços previstos no Plano da RAPS da região. Constituída atualmente

por CAPS I, sendo implantados após 2013 nos municípios Congo, Prata, São João do Cariri e Serra Branca.

O próximo corresponde ao Plano da RAPS da 15ª RS, aprovado também pela Resolução nº 84/2013, da CIB. Esta região é composta por Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Queimadas, Umbuzeiro, Natuba, Santa Cecília, Riacho de Santo Antônio, Gado Bravo e São Domingos do Cariri. Em estes 14 municípios, somados, contavam com 144.839 (cento e quarenta e quatro mil, oitocentos e trinta e nove) mil habitantes (Paraíba, 2013).

Na ocasião da promulgação do Plano da RAPS desta região, a Rede de Saúde Mental era constituída por CAPS I nos municípios de Aroeiras, Barra de Santana e Boqueirão; Residências Terapêuticas, 1 em Queimadas e 2 em Boqueirão. Este último conta, além do CAPS I e SRT, com 1 Centro de Convivência Arte e Ofício; 1 Associação de Usuários, Familiares e Técnicos – ASSUFATEC; e 1 Cooperativa de Usuários e Familiares de Saúde Mental, administrando um restaurante local.

Desse modo, o município de Boqueirão apresenta uma ruptura com a lógica de “capsização” presente nos Planos da RAPS da Paraíba. Demonstra um profundo diálogo com os pressupostos da Luta Antimanicomial e da RPB, sobretudo apostando em um “novo lugar social para a loucura” (Amarante, 2013), indo além da dimensão técnico-assistencial, calcada na dimensão sociocultural da RP.

Pactuaram-se para a RS os seguintes dispositivos:

<b>QUADRO 32 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 15ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Alcantil	Santa Cecília e Riacho de Santo Antônio.
	Natuba	-
	Umbuzeiro	-
CAPSi	Aroeiras	Natuba, Umbuzeiro e Gado Bravo

	Queimadas	Alcantil, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Queimadas, Santa Cecília, Riacho de Santo Antônio e São Domingos do Cariri.
UAI	Queimadas	Alcantil, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Queimadas, Santa Cecília, Riacho de Santo Antônio e São Domingos do Cariri.
CAPS AD III	Boqueirão	Todos os municípios da 15ª RS.
UAA		
Leitos de Saúde Mental	04 em Boqueirão	Todos os municípios da 15ª RS.
	04 em Queimadas	Todos os municípios da 15ª RS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 15ª RS, 2013.

Estes serviços, conforme o Plano da RAPS da 15ª Região (2013), estavam previstos para serem implantados entre 2014/2015 com previsão orçamentária de R\$ 432.000,00 (quatrocentos e trinta e dois mil). Para o mesmo período se estabeleceu a necessidade de habilitação das SRTs já existentes em Queimadas e Boqueirão, bem como a qualificação do CAPS I de Queimadas para o CAPS II.

Apesar de ser uma região que rompe com a lógica da “capscização”, até 2024 pouco se avançou, sendo implantado apenas os CAPS I de Alcantil e Umbuzeiro. Destacamos que até então as 2 SRTs em Boqueirão não foram habilitadas em decorrência do distanciamento com a Portaria nº 106/200 e 3.090/2011, que regulamentam as moradias destinadas às pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos. Conforma-se assim, mais uma vez, o distanciamento entre o “legal” e o “real”.

Por fim, a última RS a compor a 2ª Macrorregião, a 16ª, teve seu Plano da RAPS aprovado pela Resolução nº 184/2013, da CIB. Esta região conta com 14 municípios, sendo eles: Assunção, Boa Vista, Campina Grande, Fagundes, Massaranduba, Olivedos, Pocinhos, Puxinanã, Santo André, Serra Redonda,



Soledade, Taperoá e Tenório. Somados os habitantes por município, conforme o Plano (2013), conformam uma população de 510.588 (quinhentos e dez mil e quinhentos e oitenta e oito) habitantes.

A maior cidade em número de habitantes e também em quantitativo de serviços em Saúde Mental correspondia, em 2013, a Campina Grande, que dispunha de 6 SRTs e 8 CAPS (não especificadas as modalidades). Na época, contavam com CAPS I os municípios de Juazeirinho, Pocinhos, Puxinanã, Soledade e Taperoá. Sendo assim, Campina Grande concentrava a atenção em Saúde Mental, não só pela existência dos serviços substitutivos, mas pelo hospital psiquiátrico ainda existente, como citado anteriormente. No intento de dirimir essa situação, pactuou-se a implantação da seguinte rede:

<b>QUADRO 33 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 16ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Puxinanã	-
	Fagundes	-
	Massaranduba	Serra Redonda
CAPSi	Taperoá	Santo André, Assunção, Tenório, Juazeirinho e Livramento*
	Pocinhos	Soledade, Olivedos, Boa Vista e Puxinanã
CAPS AD III	Campina Grande	Todos os municípios da 16ª RS.
UAA	Campina Grande	Todos os municípios da 16ª RS.
	Campina Grande	-
CAPSi	Campina Grande	-
Leitos de Saúde Mental	21 em Campina Grande	Não especificado.
Cooperativa de Geração de Renda	Campina Grande	Não especificado.
Consultório na Rua	Campina Grande	-
Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 16ª Região de Saúde, 2013.		

O município de Livramento localiza-se na 5ª RS, mas pactuou-se o atendimento da população infanto-juvenil para o município de Taperoá (16ª RS) e para a cidade de Riachão de Bacamarte da 12ª firmou-se o atendimento em Campina Grande. De acordo com o Plano da RAPS 16ª RS (2013) isso se deu em decorrência da maior proximidade geográfica entre os municípios.

A implantação destes serviços foi pactuada para o ano de 2014, com previsão orçamentária de R\$ 351.295,63 (trezentos e cinquenta e um e duzentos e noventa e cinco reais e sessenta e três centavos), de acordo com Plano da RAPS da 16ª RS (2013). Para o mesmo período previu-se a qualificação de 1 CAPS Ad para CAPS Ad III e 1 CAPS II para CAPS III em Campina Grande. Os Leitos de Saúde Mental foram previstos para o Hospital Municipal Dr. Edgley.

Apesar do pouco avanço, a 16ª RS implantou o CAPS I no município de Fagundes, 20 LSM no Hospital Municipal Dr. Edgley e o Centro de Convivência, ambos em Campina Grande. O município de Puxinanã implantou o CAPS I, mas até então, não está habilitado junto ao MS. Desse modo, constatamos uma certa inércia quanto aos avanços necessários e inscritos no Plano da RAPS desta região de saúde.

A análise dos Planos da RAPS revela avanços e desafios significativos para a estruturação e consolidação da atenção psicossocial especializada nesta macrorregião de saúde. Observamos que algumas metas foram alcançadas, como a implantação dos serviços já elucidados; mas, demarca-se ainda a existência expressiva da desigualdade na distribuição destes serviços.

Assim como na 1ª Macrorregião, a 2ª Macrorregião de Saúde também é marcada pela concentração de CAPS em municípios com maior porte populacional. Com isso, apontamos que a implantação de CAPS a partir do critério populacional, para a realidade paraibana, em que os municípios são de pequeno porte, compromete a integralidade da atenção psicossocial, que acaba por sobrecarregar os serviços existentes.

### **3.4.3. A RAPS da 3ª Macrorregião de Saúde da Paraíba**

Conforme apresentado na Figura 4, a 3ª Macrorregião de Saúde é constituída por 7 regiões, sendo elas a 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª, configurando-se

assim na maior macro em número de municípios adscritos. Iniciando pela 6ª RS, constata-se que o Plano da RAPS desta região foi aprovado pela Resolução nº 184/2013 da CIB, constituindo a atenção em saúde mental dos municípios de Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueiras, Condado, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'água, Malta, Maturéia, Passagem, Patos, Quixaba, Salgadinho, Santa Luzia, Santa Terezinha, São José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Teixeira, Várzea e Vista Serrana.

A 6ª correspondia, no ano de elaboração do Plano da RAPS, a terceira maior região de saúde da Paraíba, em número de habitantes, contabilizando 232.331 (duzentos e trinta e dois e trinta e três) mil habitantes (Paraíba, 2013, p. 20). Na ocasião, apenas dois municípios dispunham de atenção especializada em saúde mental, sendo eles Patos com 1 CAPS II, 1 CAPS AD e 1 CAPSi; e Teixeira, com 1 CAPS I.

Desse modo, desenhou-se a seguinte RAPS:

<b>QUADRO 34 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 6ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Santa Terezinha	-
	Cacimba de Areia	-
CAPS III	Patos	Para todos os municípios da 6ª RS.
CAPSi	Patos	Para todos os municípios da 6ª RS.
CAPS AD III	Patos	2 Para todos os municípios da 6ª RS.
	Patos	-
UAA	Patos	Para todos os municípios da 6ª RS.
UAI	Patos	Para todos os municípios da 6ª RS.
Leitos de Saúde Mental	20 em Patos	10 para todos os municípios da 6ª RS e 10 para o município de Patos.
	4 em Santa Luzia	Para todos os municípios da 6ª RS.
Consultório na Rua	Patos	-
	Patos	-
	Vista Serrana	-

Centro de Convivência	Teixeira	-
-----------------------	----------	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 6ª Região de Saúde, 2013.

Por meio do Quadro 34 é possível verificar a continuidade da concentração dos serviços no município de Patos. A implantação destes serviços foi prevista entre 2014/2015, com estimativa orçamentária de R\$ 626.000,00 (seiscentos e vinte e seis mil reais), conforme o Plano da RAPS da 6ª RS (2013). Ressalta-se que os Centros de Convivência e Consultório na Rua não possuem recurso de implantação por parte do MS, logo competia aos municípios; quanto ao repasse mensal, apenas o Consultório na Rua dispõe de recursos.

Ao analisar os dados da RAPS em 2024, conforme registros da GOAP/SES-PB (2024), a 6ª RS alçou algumas conquistas, efetivando no “real” alguns pressupostos do âmbito “legal”. Destacamos a implantação dos CAPS I nos municípios de Cacimba de Areia, Desterro e Santa Luzia. Contraditoriamente, ou melhor, seguindo as diretrizes da contrarreforma da PNSM, instituída pela Portaria 3.588/2017 - atualmente revogada, mas que discutiremos no 3º Capítulo, os municípios de Patos e São José do Sabugi implantaram a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), nas modalidades AMENT II e AMENT I, respectivamente.

A implantação destas equipes não coaduna com as prerrogativas da Resolução CIB nº 184/2013, bem como desconsidera as denúncias do MNLA, de que as AMENTs se contrapõem às diretrizes da RPB. O Plano da RAPS da 7ª RS, distintamente dos demais Planos, foi aprovado em 2014, pela Resolução nº 29 da CIB, a fim de conformar a RAPS dos municípios que compõem a região, sendo eles: Conceição, Itaporanga, Coremas, Piancó, Diamante, Boa Ventura, Ibiara, Curral Velho, Santa Inês, Santana de Mangueira, Santana dos Garrotes, Aguiar, Igaracy, Serra Grande, São José de Caiana, Nova Olinda, Pedra Branca e Olho D’água.

Dos dezoito municípios, em 2014, dispunham de CAPS I Conceição, Itaporanga e Coremas. O município de Piancó usufruía de uma rede mais consolidada, contando com 1 CAPS Ad; 1 CAPS I e 1 CAPS II.

<b>QUADRO 35 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 7ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Diamante	Boa ventura e Curral Velho.
	Ibiara	Santana de Mangueira.
	Aguiar	Igaracy.
	Santana dos Garrotes	Nova Olinda e Pedra Branca.
	Serra Grande	São José de Caiana.
CAPSi	Conceição	Todos os municípios da 7ª RS.
UAA	Piancó	Todos os municípios da 7ª RS.
UAI Leitos de Saúde Mental	Piancó	Todos os municípios da 7ª RS.
	10 em Piancó	Todos os municípios da 7ª RS.
Cooperativa	Piancó	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 7ª RS, 2014.

A implantação destes serviços foram previstos para 2014, somando um orçamento de R\$ 310.000,00 (trezentos e dez) mil reais (Paraíba, 2013). Para o mesmo período, o Plano da RAPS desta região de saúde estabeleceu a qualificação do CAPS Ad para CAPS Ad III e CAPS II para CAPS III de Piancó; quanto aos leitos deveriam ser instalados no Hospital Regional de Piancó.

De acordo com dados da GOAP/SES – PB (2024), os CAPS de Piancó foram qualificados, foram implantados os CAPS I de Diamante, Santana dos Garrotes e Ibiara, sendo este último ainda não habilitado pelo MS. Destacamos ainda que foi implantado uma UAI no município de Piancó, também no aguardo de habilitação pelo MS. Apesar disso, como pode ser visualizado no quadro 34, há ainda um certo distanciamento entre o “real” e o “legal” na região.

Seguindo análise, o Plano da RAPS da 8ª RS, aprovado pela Resolução nº 142/2013 da CIB, corresponde aos municípios de São Bento, Brejo dos Santos, Brejo do Cruz, Belém de Brejo do Cruz, Jericó, Riacho dos Cavalos, Mato Grosso, Bom Sucesso, São José do Brejo do Cruz e Catolé do Rocha.

Esta região em 2013 era composta por dois CAPS I, um em Catolé do Rocha e outro em São Bento, constituindo-se nos únicos serviços especializados em Saúde Mental. Foram pactuados os seguintes serviços:

<b>QUADRO 36 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 8ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Riacho dos Cavalos	Jericó e Mato Grosso.
	Brejo do Cruz	-
	Belém do Brejo do Cruz	São José do Brejo.
	Bom Sucesso	Brejo dos Santos.
CAPS AD III	São Bento	Todos os municípios da 8ª RS.
CAPSi	Católé do Rocha	Todos os municípios da 8ª RS.
UAA	São Bento	Todos os municípios da 8ª RS.
UAI	Católé do Rocha	Todos os municípios da 8ª RS.
Leitos de Saúde Mental	5 em Catolé do Rocha	Todos os municípios da 8ª RS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 8ª RS, 2013.

Estes serviços foram previstos para serem implantados em 2014, com previsão orçamentária de 420.000,00 (quatrocentos e vinte) mil reais. Os 5 leitos para atender toda a Região foram pactuados para o Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos em Catolé do Rocha, por constituir-se no maior município da região. Dos serviços dispostos no quadro 35 foram implantados apenas os CAPS I em Bom Sucesso, Brejo do Cruz (não habilitado) e Riacho dos Cavalos. Demarca-se a ausência das outras implantações previstas, assegurando assim o distanciamento com as prerrogativas legais (Paraíba, 2013).

O Plano da RAPS da 9ª RS conforma os municípios do Alto Sertão paraibano, sendo eles: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna.

Em 2013, nesta região, existiam 2 CAPS I, sendo um em São João do Rio do Peixe e São José de Piranhas; 1 CAPS II, 1 CAPSi, 1 CAPS Ad e 2 SRTs concentrados em Cajazeiras. Foram pactuados os seguintes serviços:

<b>QUADRO 37 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 9ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Uiraúna	-
UAA	Cajazeiras	Todos os municípios da 9ª RS.
UAI	Cajazeiras	Todos os municípios da 9ª RS.
Leitos de Saúde Mental	07 em Cajazeiras	Todos os municípios da 9ª RS.
Consultório na Rua	Cajazeiras	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 9ª Região de Saúde, 2013.

Estes serviços foram pactuados para serem implantados entre 2013/2014, com previsão da qualificação dos CAPS Ad para CAPS Ad III e CAPS II para CAPS III de Cajazeiras, totalizando R\$ 283.000,00 (duzentos e oitenta e três) mil reais, conforme o Plano da RAPS da 9ª RS (2013). Contudo, ainda concentrando-se em Cajazeiras. Este Plano foi atualizado pela Resolução nº 19/2015 da CIB, inserindo um CAPS I em Bonito de Santa Fé com referência para Monte Horebe.

Dos serviços previstos no quadro 36 foram implantados apenas o CAPS I em Uiraúna; e, em acordo com a Resolução CIB nº 19/2015, um CAPS I em Monte Horebe, no aguardo de habilitação junto ao MS. Mesmo com poucos serviços previstos para implantação, a 9ª RS consegue seguir com a trajetória estadual, o distanciamento do “real” para o “legal”.

A 10ª RS teve seu Plano da RAPS aprovado tardiamente, considerando os Planos das outras regiões de saúde da Paraíba. Inscreve-se na Resolução nº 25/2015, da CIB, organizando os municípios de Sousa, Aparecida, Santa Cruz, São Francisco, Marizópolis, Vieirópolis, Lastro, São José de Lagoa Tapada e Nazarezinho, também localizados no Alto Sertão.

Os nove municípios somam uma população de 112.217 (cento e doze mil e duzentos e dezessete) habitantes, sendo assim uma das menores regiões de

saúde do estado. Desse modo, em 2015 apenas Sousa dispunha de serviços de saúde mental, sendo 1 CAPS III, 1 CAPS AD, 1 CAPSi e 2 SRTs, sendo pactuado os seguintes novos serviços:

<b>QUADRO 38 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 10ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
Centro de Convivência e Cultura	Sousa	-
UAA	Sousa	Todos os municípios da 10ª RS.
Leitos de Saúde Mental	05 em Sousa	Não especificado.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 10ª Região de Saúde, 2015.

De acordo com o quadro acima, os serviços continuam centralizados em Sousa, inclusive os leitos a serem implantados no Hospital Regional desta cidade; previu ainda a qualificação do CAPS AD para CAPS AD III e a habilitação das duas SRTs. A implantação foi pactuada ainda para 2015, totalizando assim um valor de R\$ 165.000,00 (cento e sessenta e cinco) mil reais (Paraíba, 2015). Em 2024 este Plano foi atualizado pela Resolução nº 02 da CIB, inserindo um CAPS I em São José da Lagoa Tapada, sendo referência para os municípios de Nazarezinho e Marizópolis.

Atualmente, os serviços existentes no município de Sousa são habilitados, concretizando na realidade o aspecto “legal”. E ainda, esta região de saúde implantou dois CAPS I, um em São José de Lagoa Tapada e outro no município de Lastro. Apesar do avanço, a região carece de serviços 24h, e até então não implantou os serviços descritos no quadro 38.

O Plano da RAPS da 11ª RS foi aprovado pela Resolução nº 73/2013 e organiza os municípios de Água Branca, Juru, Imaculada, Manaíra, Princesa Isabel, São José de Princesa e Tavares. Na ocasião, a região dispunha de 1 CAPS I, 1 CAPS Ad III e um CAPSi, todos localizados em Princesa Isabel. No intento de diluir essa concentração, foram pactuados os seguintes serviços:



<b>QUADRO 39 – SERVIÇOS DA RAPS A SEREM IMPLANTADOS NA 11ª RS</b>		
SERVIÇO	MUNICÍPIO	REFERÊNCIA
CAPS I	Água Branca	Imaculada
	Juru	Tavares
	Manaíra	São José de Princesa
UAA	Princesa Isabel	Todos os municípios da 11ª RS.
UAI	Princesa Isabel	Todos os municípios da 11ª RS.
Leitos de Saúde Mental	04 em Princesa Isabel	Todos os municípios da 11ª RS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano da RAPS da 11ª Região de Saúde, 2013.

A implantação destes serviços foi pactuada para 2013, sendo previsto um investimento de R\$ 216.000,00 (duzentos e dezesseis) mil reais (Paraíba, 2013). Assim, pode-se visualizar que se segue a lógica de outros planos da RAPS, na qual a maioria das regiões implantam um serviço para que atendam a região como um todo ou alguns municípios. Comparada a 2013, em 2024, a 11ª RS avançou, visto que implantou alguns dos serviços previstos, dentre os quais os CAPS I nos municípios de Água Branca e Juru, rompendo com a centralização da Atenção Psicossocial no município de Princesa Isabel.

Por fim, a última região a ser analisada corresponde à 13ª, que teve o Plano da RAPS aprovado pela Resolução nº 184/2013, da CIB. Esta região é constituída por apenas seis municípios, sendo eles Pombal, Cajazeirinhas, Lagoa, Paulista, São Domingos e São Bentinho. Destes, apenas o município de Pombal dispunha de serviços de saúde mental, como 1 CAPS I, 1 CAPSi e 1 CAPS Ad III.

Por ser uma região pequena, pactuou-se 1 CAPS I em Paulista; a qualificação do CAPS I de Pombal para CAPS II para atender Pombal, São Bentinho, São Domingos, Cajazeirinhas e Lagoa; 1 UAA em Pombal para atender toda a Região; 6 Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Pombal – Senador Rui Carneiro. A previsão foi de implantação em 2014, com recurso de R\$ 114.000,00 (cento e quatorze) mil reais (Paraíba, 2013). Em 2024, a região permanece com os serviços concentrados no município de Pombal, que não

qualificou o CAPS I para CAPS II, tampouco implantou a UAA prevista em seu Plano da RAPS (2013).

Diante do exposto, a aproximação que a análise dos Planos da RAPS dos municípios que compõem a 3ª Macrorregião nos proporciona é a continuidade da persistente centralização de serviços em municípios com maior número de habitantes. Demarca-se ainda a disparidade entre o “legal” e o “real”, fragilizando o alcance dos princípios da RPB, especialmente no que diz respeito à desinstitucionalização e a territorialização do cuidado.

#### **4. “Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre”: desafios à implementação e operacionalização da RAPS/PB**

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios.

Mais do que nunca é preciso ter coragem,  
é preciso ter esperanças para enfrentar o presente.

É preciso resistir e sonhar.

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos  
tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.”

IAMAMOTO, Marilda Vilela<sup>20</sup>.

O caminho percorrido nesta dissertação nos permite afirmar que a conjuntura nacional, tanto política quanto econômica, bem como as mobilizações sociais, influenciaram significativamente a reorganização da assistência em saúde mental na Paraíba, por meio do fechamento de hospitais psiquiátricos e da gênese de serviços substitutivos. Sob essa perspectiva, o capítulo que segue, com o objetivo de avaliar os desafios da implementação e operacionalização da RAPS/PB, inicia com uma análise da conjuntura nacional contemporânea, em que se aprofunda o neoliberalismo e a captura do fundo público. A conciliação entre as classes, característica dos governos petistas, chega ao fim com o “golpe nas ilusões democráticas” (Braz, 2017), desencadeando profundos ataques à Seguridade Social, na qual estão incluídos o SUS e a RAPS.

Atrelada a “remanicomialização” da política de saúde mental, tal conjuntura incide diretamente na conformação atual da RAPS/PB, refletindo as tensões e contradições presentes no cenário político e econômico do país. Exige, portanto, o compromisso com a execução do “legal” no real, como a implantação dos serviços pactuados nos Planos da RAPS/PB, assim como uma maior capilaridade dos MLA e controle social na Paraíba.

##### **4.1. Na cena da contemporaneidade: luta antimanicomial e desmonte da Seguridade Social Brasileira**

---

<sup>20</sup> Como disse José Paulo Netto, Marilda é “uma pensadora de vanguarda”, Assistente Social, Professora, Doutora, que contribuiu para a reorientação teórica e ideopolítica do Serviço Social. Este trecho foi retirado do seu livro “O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, publicado pela Editora Cortez, 2015.

A contemporaneidade apresenta novos desafios e contradições à execução da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), visto as novas estratégias de privatização e precarização das políticas públicas (Costa, 2016). À luz da teoria social crítica marxiana, compreendemos que os desafios para a implementação e operacionalização da RAPS/PB atravessam questões singulares, que incidem especificamente sobre a realidade paraibana; mas, também, questões estruturais e conjunturais, inerentes à realidade política, social e econômica que afetam a conjuntura nacional.

Assim, compreende-se que tais condições impactam, dialeticamente, na continuidade e na descontinuidade dos fundamentos da RPB e da luta antimanicomial, que indiscutivelmente desde os anos 1980 apresenta

um cenário potente e rico de vida e transformação social no campo da saúde mental. Desta forma, muitas iniciativas passaram a ocorrer, desenhando e construindo um conjunto de novas possibilidades para as pessoas com diagnósticos psiquiátricos que, anteriormente, tinham como destino exclusivamente a internação, geralmente longa, em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2020, p. 66-67)

Uma conformação importante à PNSM foi a RAPS, porém, em uma conjuntura marcada pela expropriação dos direitos sociais, com desmedidos ataques à Seguridade Social brasileira (Boschetti, 2017; Fontes, 2017). No campo da Saúde Mental, Costa (2016) aponta que a segunda metade dos anos 2000 tem como marca o debate em torno da desassistência, difundido em geral pela “resistência conservadora” de entidades como a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

No campo progressista, observa-se o crescimento da “preocupação com os princípios de acesso universal e da intersetorialidade, que se tornam a temática da IV Conferência Nacional de Saúde Mental” (Costa, 2016, p. 141). Esta ocorreu de maneira inovadora, pioneira e estratégica, tendo como pressuposto a intersetorialidade. Contudo, enfrentou entraves, visto que

só pode se realizar com o conjunto de incentivos de outras pastas setoriais, na medida em que tanto o Ministério da Saúde como o Conselho Nacional de Saúde não queriam realizar mais esse tipo de formato, as conferências setoriais, mas foi em decorrência da Marcha dos Usuários, em Brasília, em 2009, que houve um comprometimento intersetorial para que a histórica e última conferência fosse convocada (Duarte, 2018, p. 230).

A IV CNSM ocorreu em abril de 2010 e teve como tema a “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Conforme o Relatório Final (Brasil, 2010, p. 7)

A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

Para Costa (2016), a necessidade da intersetorialidade decorreu das estratégias da burguesia em reativar, ou reacender, os seus anseios manicomiais com a reedição e criação das CTs apropriada por uma “narrativa predominantemente religiosa” (Amarante, 2020, p. 83). Isso evidencia a importância de permanecermos sempre “atentos e fortes”<sup>21</sup> as reedições da barbárie.

<b>QUADRO 40 - SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL IV CNSM</b>	
Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersetoriais	As propostas desse eixo estiveram em torno do tema principal desta conferência: organização e consolidação da rede de forma intersetorial, priorizando os serviços substitutivos; necessidade de recursos adequados e distribuídos para todos os níveis de assistência; ampliação da formação profissional (educação permanente) e garantia de acesso a medicamentos essenciais; incentivo à articulação entre saúde mental, educação, habitação, trabalho, assistência social e justiça; criação de estratégias de monitoramento e avaliação das políticas de saúde mental, incluindo o repasse financeiro (CAPS, AB, Centros de Convivência); previsão de recursos para

<sup>21</sup> Em referência à canção “Divino Maravilhoso”, interpretada por Gal Costa, de composição de Caetano Veloso e Gilberto Gil (1968).

	<p>implantação de mais SRTs; incremento financeiro para ações de saúde mental na atenção básica; fortalecimento dos espaços de participação e controle social - com a institucionalização da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), no âmbito dos Conselhos, nas diferentes esferas de governo; reformular os critérios populacionais e propiciar os critérios a consideração de critérios epidemiológicos para implementação de CAPS nas suas distintas modalidades e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - que tem como importante atuação a construção de ações de saúde mental na atenção básica.</p>
<p>Eixo II - Consolidar a RAPS e fortalecer os Movimentos Sociais</p>	<p>Reconhecimento dos CAPS como dispositivos fundamentais da RPB, defendendo a revisão normativa destes - como os critérios populacionais e atenção às especificidades regionais; ampliação de CAPS, especialmente CAPS III e CAPSi (incluindo a ampliação para a modalidade 24h); reafirma os CAPS como dispositivos adequados ao tratamento e cuidado de autistas; garantia da democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental; criação de políticas e buscar estratégias de atenção integral à saúde do/a trabalhador/a; atenção às diversidades, acolher as questões de gênero, sexualidade, raça e etnia; saúde mental da infância, adolescência e juventude como prioritária, como ampliação das ações de saúde, saúde mental e demais políticas públicas; ações de desinstitucionalização e garantia de atendimento em saúde mental, incluindo</p>

	adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.
Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersectorial	Defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, combate a todas as formas de violência e preconceito, garantia da inclusão e acesso à direitos sociais e benefícios sociais, inclusive previdenciários e trabalhistas; economia solidária e geração de renda por meio de iniciativas intersectoriais; defesa do uso estratégico de dispositivos de comunicação para enfrentamento aos estigmas à população usuária da saúde mental; empoderamento e fortalecimento das organizações sociais de base; fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância para enfrentamento aos casos de violência, cárcere e morte das pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, CTs e instituições com características asilares; relação entre sistema de justiça e saúde mental para garantia dos preceitos da Lei nº 10.216/2001, com destaque, mais uma vez, a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (ECA) e extinção dos hospitais psiquiátricos de custódia.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório Final da IV CNSM (Brasil, 2010).

Diante da síntese apresentada no Quadro acima, concluímos que esta Conferência atende às prerrogativas legais de “avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política” conforme o art. 1º da Lei nº 8.142/1990. O relatório final destaca os avanços consolidados pela rede substitutiva ao modelo asilar, na promoção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Sem retórica vazia, expõe os desafios que precisam ser enfrentados, rejeita as propostas de privatização e terceirização, caracterizadas como “remanicomialização”, e aposta na trajetória histórica de

participação social para a construção de uma sociedade sem manicômios (Costa, 2016; Lima *et al.*, 2023).

Nesse sentido, defende-se que reconhecer e apontar as lacunas existentes torna-se essencial para a concretização de uma política pública efetiva. Afinal, sem a identificação coerente dos desafios, corre-se o risco de perpetuar um cuidado em liberdade que se mantém no plano da abstração, distante da materialização de direitos e garantias necessárias para a classe trabalhadora<sup>22</sup>.

Como já sinalizado nesta pesquisa, as CTs foram inseridas na RAPS a contragosto dos MLA e ocorreu logo após a IV CNSM, por pressão da mídia e da bancada religiosa no Congresso Nacional, que adotou como instrumento o programa “Crack, é possível vencer”, lançado pelo Ministério da Justiça (MJ) em 2011. Abrem-se os caminhos para o financiamento público e internações forçadas em CTs (Costa, 2016; Duarte, 2018).

Neste momento, a FBH e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), passam a ser mais incisivas nas críticas “ao caráter ideológico da Reforma Psiquiátrica”, atuando em defesa dos hospitais psiquiátricos, tornando os CAPS secundários (Costa, 2016, p. 140). Não dissociado da conjuntura, essa dinâmica ocorreu em um momento de império da “racionalidade da contrarreforma” imposta ao SUS, por meio da reatualização da mercantilização da assistência à saúde, direcionada à maximização do lucro (Soares, 2020).

Por meio de Marx (2017) e a Fontes (2017) compreendemos que esse processo é inerente ao capital na sua lógica de produção coletiva, mas de apropriação privada, mediante a exploração da força de trabalho na busca incessante pelo lucro.

Desse ponto de vista, a sociedade capitalista atua suprimindo a liberdade e aprofundando o terreno da necessidade. A liberdade é o uso do tempo para além da necessidade, quando as necessidades fundamentais estão supridas. Um tempo livre pode ser o tempo da criação, da cultura, da arte, dos afetos. Na sociedade capitalista, o tempo é devorado para a maioria dos seres sociais (Fontes, 2017, p. 410).

O neoliberalismo cai “como uma luva na sociedade brasileira, uma sociedade marcada pelos coronelismos, pelos populismos, por formas políticas de

---

<sup>22</sup> Ressaltamos que por classe trabalhadora, a partir de Marx (2017), compreendemos ser todas as pessoas que para sobreviver, precisam vender a sua força de trabalho, incluindo, portanto, o lumpemproletariado - pessoas excluídas do mercado de trabalho, como as pessoas em situação de rua, de desemprego, expropriada de suas terras, como as populações indígenas e negras.



apropriação da esfera privada em função de interesses particulares de grupos poderosos” (Iamamoto, 2015, p. 36). Essa dinâmica é agravada pelas violências estruturais herdadas da escravização da população negra e pelo racismo, que, conforme Gonzales, 1984, p. 222) “se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira” (Gonzales, 1984, p. 222).

A partir de então, observa-se a intensificação dos ataques à Seguridade Social, assegurada na CF de 1988 por meio da luta dos movimentos sociais da classe trabalhadora. Segundo Pelaez *et al.* (2020), a eleição de Lula em 2002 enseja o segundo momento do neoliberalismo no Brasil; em maio de 2016, com a posse de Michel Temer, tem-se o terceiro momento de aprofundamento neoliberal; já em 2019, com o governo Bolsonaro, inicia-se a radicalização da extrema direita.

O governo Lula abre um período de treze anos de gestão petista, caracterizado por especificidades e alguns deslocamentos, mas sem promover rupturas significativas, alimentando a ideia de uma suposta harmonia entre as classes sociais (Braz, 2017; Pelaez *et al.* 2020). O ajuste fiscal na reforma do Estado foi a “versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representou uma escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos” (Pelaez *et al.*, 2020, p. 202).

Durante os governos petistas, houve um certo deslocamento das orientações neoliberais do Consenso de Washington, por meio da implementação de um “reformismo fraco” (Singer, 2012). Isto é, buscava atender parcialmente aos anseios da classe trabalhadora, com algumas políticas públicas, a exemplo dos programas de transferência de renda; ao mesmo tempo em que mantinha concessões significativas às classes dominantes, especialmente no âmbito do ajuste fiscal, com ênfase no agronegócio e no capital portador de juros (Behring, 2009; Braz, 2017; Pelaez *et al.*, 2020).

Durante o segundo mandato de Dilma Rousseff, o MS passou a integrar o conjunto de recursos utilizados nas negociações políticas. O então ministro da saúde, Arthur Chioro foi exonerado, assumindo Marcelo Costa e Castro, que demitiu Roberto *Tykanori Kinoshita*, então Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). Este foi substituído por *Vallencius Wurch* Duarte Filho, ex-diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, que já chegou a ser um dos maiores hospitais psiquiátricos da América Latina, localizado no Rio

de Janeiro, fechado em 2012 após denúncias de violações de direitos (Informe ENSP, 2016).

A posse de *Vallencius* representou uma verdadeira afronta às construções e princípios da RPB, o que causou a reação das organizações de luta antimanicomial, agora dividida entre RENILA e MNLA, junto a importantes entidades como a ABRASME, CEBES e ABRASCO. Os/as integrantes desses movimentos e entidades ocuparam o MS, momento que ficou conhecido como “Ocupação Fora *Vallencius*”. A ocupação foi reprimida por meio de força policial e com o pedido de reintegração de posse. Apesar disso, meses após, Vallencius foi destituído, assumindo interinamente, Keyla Kikushi, integrante da equipe técnica da CGMAD (Costa, 2016; Duarte, 2018).

Ainda que tenha atendido as barganhas, o mercado não se satisfaz. Atrelado ao machismo e ao sexismo à brasileira, o desfecho foi o “golpe parlamentar midiático com o suporte da Operação Lava-Jato” (Pelaez, 2020, p. 204), o que resultou no afastamento da presidente Dilma Rousseff (PT) e marcou “mais um triste capítulo de nossa pobre democracia” (Braz, 2017, p.88). Michel Temer (MDB) assumiu a presidência e desde então a política monetária passou a ser extremamente restritiva, com altas taxas de juros e redução de crédito, aliada a uma política fiscal voltada para a redução dos investimentos públicos, estabelecendo-se assim uma prioridade óbvia: o mercado financeiro, a burguesia.

Em 2016, indiferente às lutas sociais, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que instituiu o “Novo Regime Fiscal”: os já parcos recursos direcionados às políticas de saúde e educação foram congelados, no âmbito da União, por 20 anos. Esta Emenda, nomeada de “PEC do Teto de Gastos”, alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e representa a posição de setores políticos e econômicos que sempre resistiram aos avanços político-sociais previstos com a implantação da Seguridade Social brasileira (Boschetti, 2017).

Para Pelaez *et al.* (2020, p. 204), “o discurso da EC 95 foi de realizar sacrifícios para entregar um país saneado e que voltasse a crescer, responsabilizando os gastos públicos e a dívida.” No entanto, isto trata-se de uma falácia, visto que estudos como de Salvador (2010; 2017) apontam que o Orçamento da Seguridade Social (OSS) vem sendo utilizado em benefício do capital portador de juros desde 1993, tornando os pressupostos de seu financiamento previsto na CF de 1988 como letra morta.

Com a EC nº 95/2016 reforça-se ainda mais o subfinanciamento de políticas públicas, dentre as quais o SUS, que tem o princípio da universalidade no plano legal, mas que se confronta com as condições objetivas a sua operacionalização capturada pela racionalidade burguesa (Costa, 2016; Salvador, 2017). Desse modo, como afirma Boschetti (2017, p. 55), no capitalismo contemporâneo, para ampliar a taxa de lucro, os trabalhadores/as vão sendo subjugados ao “embrutecimento das condições de vida e a destruição de direitos conquistados”.

Historicamente o financiamento constitui-se como um importante desafio à operacionalização da reforma psiquiátrica (Vasconcelos, 2012; Costa, 2016), desse modo, o desmonte da seguridade social incide diretamente sobre o não avanço do cuidado em liberdade no âmbito do SUS, isto é, na RAPS. Seguindo nos **trajes do golpe**, ampliaram-se as estratégias manicomiais, que verificando os avanços na dimensão jurídico-política, passaram a atacá-la.

Apesar de não ter força de lei, aprovou-se junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Resolução nº 32/2017, que alicerçou o “modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2073). Esta foi ratificada com a Portaria nº 3.588/2017 e representou a reatualização do conservadorismo, conferindo um retorno ao modelo manicomial em aliança com os setores tradicionais da sociedade brasileira. Com isso, tem-se a retomada dos Hospitais Psiquiátricos, denominados de Especializados; a criação de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e CAPS AD IV em locais de cena de uso, especialmente o crack, isto é, nas “cracolândias”; a defesa do fortalecimento da parceria e “apoio intersetorial” entre MS, MJ, Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério do Trabalho (MT) em relação às CTs (Brasil, 2017).

Mediante a inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS, impulsionou-se o repasse de recursos financeiros, fortalecendo o modelo hospitalar-manicomial e o cooperativismo da psiquiatria, sendo assim uma vitória aos anseios da APB com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) (Costa, 2016; Duarte, 2018). Quanto aos CAPS AD IV, permeado da **prática da boa vontade**<sup>23</sup>, tem-se um serviço com forte viés higienista, desse modo, que se apresenta como “um

---

<sup>23</sup> Prática voltada à caridade e ao assistencialismo, enquanto uma disposição moral e altruísta ao enfrentamento às expressões da questão social.

pequeno hospital psiquiátrico”, que desconsidera os aspectos territoriais e “ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 7)

Conforme Desinstitute e Weber (2021) as AMENTs foram implementadas nos moldes dos antigos ambulatorios psiquiátricos, nascem sem critério populacional e ou epidemiológico, sem estrutura física própria com custeio mensal superior à de um CAPS I. A AMENT tipo I previa o custeio mensal de R\$12.000,00; tipo II R\$21.000,00; tipo III R\$30.000,00 (Brasil, 2017). Como apontado anteriormente, estas equipes em território paraibano não avançaram, tendo atualmente em funcionamento 8 AMENTs (Paraíba, 2024).

O incremento de recursos financeiros em hospitais psiquiátricos “especializados”, CTs, AMENTs e CAPS AD IV como preconizado pela “remanicomialização” imposta à PNSM, afirma a falácia do desmonte do OSS. Embora os recursos existam — adquiridos pela exploração da classe trabalhadora — eles são alocados, prioritariamente, em iniciativas que promovem o retorno econômico e sustentam a racionalidade burguesa. Nesse contexto, defendemos que a manutenção de práticas manicomiais, ou melhor, a “remanicomialização” se alinham a esta racionalidade.

O fetiche burguês em implantar no ideário social a “Cultura da Crise da Seguridade Social” (Mota, 2000) faz parte de um projeto para a continuidade da exploração, visto que “o OSS seria superavitário, mesmo nas contas oficiais, caso fossem devolvidos os recursos suntuários das contribuições sociais da seguridade social” (Salvador, 2017, p. 443). Em outros termos, o OSS seria excedente se o art. 195 da CF de 1988 não fosse posto como uma norma inócua.

As modificações no interior da RAPS ocorreram sem consultar as instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e/ou os movimentos sociais de luta antimanicomial, mas levou em consideração os aparelhos privados de hegemonia — a lógica hospitalocêntrica e mediconcentrada (Soares, 2020; Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). Desse modo, apesar dos avanços conquistados no âmbito do controle social, exercido pelos movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde, estes esbarram nos limites da racionalidade burguesa, isto é, nas barreiras impostas por um sistema que privilegia interesses econômicos e de poder, em detrimento das necessidades coletivas.

Diante disso, faz-se necessário retornar à fonte, isto é, ao conceito da RPB enquanto

noção de processo social complexo que tem como objetivo não apenas resistir a qualquer possibilidade de redução do mesmo a uma iniciativa meramente organizativa ou administrativa, de reestruturação ou remodelagem do modelo assistencial psiquiátrico, mas, pelo contrário, de elevá-lo a uma mudança de âmbito social, cultural, epistemológico, político (Amarante, 2020, p. 129).

A inserção de profissionais comprometidos com a luta antimanicomial em cargos estratégicos da gestão pública, como no MS, foi imprescindível para a criação e fortalecimento da RAPS, sobretudo nos governos do PT. Esta rede formalizou as práticas em saúde mental já existentes, potencializando, e dialeticamente e contraditoriamente, engessando os dispositivos em serviços especializados. Transferiu-se a luta para a esfera burocrática, nos termos *gramscianos*, definido como “transformismo” (Coutinho, 1981; Costa, 2016, Duarte, 2018).

Para Costa (2016) foi isso que ocorreu nas últimas décadas. Com a mudança na correlação de forças, diante do “golpe nas ilusões democráticas” (Braz, 2017), a conjuntura escancarou os tantos mitos presentes na sociedade brasileira — o mito da democracia racial, da extinção da era manicomial. A direção conservadora, que se utilizou do arcabouço jurídico-formal, acabou por demarcar que se faz necessário a disposição política para o enfrentamento cotidiano e o mais diverso possível, e não só no campo da institucionalidade, que como vimos, tem seus limites.

O golpe desnuda a fragilidade da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classes, que, alinhada ao neoliberalismo, provoca a destruição das políticas sociais. Portanto, esse cenário demanda não apenas a negociação da coordenação nacional de saúde mental ou a mudança na dimensão jurídico-política da RP, mas também o esfacelamento de todas as conquistas, além de minar os próprios movimentos de luta antimanicomial (Bravo, 2010; Costa, 2016; Pelaez, *et al.*, 2020).

Tem-se a “agudização da barbárie” e das expressões da questão social, potencializando a mercantilização e a desumanização da população, dentre as quais a população usuária da saúde mental, historicamente estigmatizada. As conquistas no âmbito do SUS e da própria RAPS relacionam-se ao movimento da totalidade concreta, da sociabilidade burguesa, que reedita velhas formas de

ataque aos direitos sociais, tornando-os cada vez mais precarizados, focalizados e assistencialistas (Boschetti, 2017).

A restauração conservadora de um projeto político ultraliberal abre os caminhos para a burguesia reacionária que resultou na eleição de Bolsonaro (PL) à presidência da república, consagrando “uma coalizão ultraconservadora na direção do país, que articula militares, liberais, privatistas, evangélicos, com diferentes níveis de influência nas decisões políticas nacionais e atuantes em três núcleos — econômico, segurança e comunicação” (Pelaez, *et al.* 2020, p. 218).

#### **4.2. “Se a gente desanimar eu vou colher no pomar a palavra teimosia”<sup>24</sup>: (des)governo Bolsonaro e os impactos à Política de Saúde Mental**

“É com humildade e honra que me dirijo a vocês como presidente do Brasil. E me coloco diante de toda nação, neste dia, como o dia em que o povo começou a se libertar do socialismo, se libertar da inversão de valores, do gigantismo estatal e do politicamente correto” (El País, 2024). Com este discurso, em 1º de janeiro de 2019, assumiu o 38º presidente da República Brasileira.

Logo nos seus primeiros atos administrativos, o ataque às políticas e instituições públicas se fizeram presentes. Por meio da Medida Provisória nº 870/2019 reduziu o número de ministérios, fundindo a exemplo, os Ministérios da Fazenda, do Planejamento e do Trabalho no Ministério da Economia, liderado por Paulo Guedes. Não por coincidência, este foi o “ideólogo da contrarreforma, um representante direto do capital financeiro” (Pelaez *et al.*, 2020, p. 217).

Bolsonaro concretizou sua declaração de que não demarcaria “nenhum centímetro de terra indígena” (EL PAÍS, 2021; Carta Capital, 2023). A política de desmonte incluiu a transferência da demarcação das terras indígenas para o Ministério da Agricultura, historicamente controlado pelo agronegócio, esvaziando órgãos como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Como discutido no Capítulo 2, os Conselhos de Políticas Públicas exercem um papel importante na fiscalização dos direitos sociais e logo no início do Governo Bolsonaro passaram a ser alvos de ataques. Por meio do Decreto nº 9.759/2019 foram extintos importantes Conselhos, como o Conselho Nacional dos

---

<sup>24</sup> Canção Samba da Utopia, composição de Jonathan Silva (2018).

Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), Conselho da Transparência e Combate à Corrupção e o Conselho de Erradicação do Trabalho Escravo (Carta Capital, 2019). Esta tentativa, de afastar a sociedade civil do cenário político demonstra, dialeticamente, a importância desses atores políticos, ao mesmo tempo em que estes se inserem nos limites da democracia burguesa.

Em meio às restrições que se apresentavam à correlação de forças, o PT, o Movimento Nacional de Direitos Humanos, a Defensoria Pública da União (DPU), a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ajuizaram uma ação junto ao Superior Tribunal Federal (STF). O Ministro, à época, Marco Aurélio, destacou o ato de extinção dos conselhos como unilateral e inconstitucional (STF, 2019), porém, apenas com o Decreto nº 11.371, de 1 de janeiro de 2023, esta medida foi revogada.

Os conselhos são campos de disputas em que se inserem os interesses da classe trabalhadora e da burguesia, isso fica em evidência quando o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), em meio ao ataque a participação social, edita a Nota Técnica nº 11/2019 que altera as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Esta Nota fere as conquistas históricas das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, como as questões relativas à descriminalização, a distinção entre quem faz uso e quem comercializa (mesmo que timidamente), bem como as diretrizes da redução de danos (Freitas, 2019).

Com isso, exacerba-se a prática do senso comum, pautado no fundamentalismo religioso, na abstinência, na guerra às drogas que em verdade é uma “política de extermínio de negros, pobres, favelados e periféricos, pois é essa população que acaba sendo atingida diretamente, seja ela executada pelo braço penal, curativo ou assistencial do Estado” (Passos *et al.* 2020, p. 125). Esta Nota Técnica apresenta “a Reforma Psiquiátrica brasileira à beira do abismo e ao encontro do absurdo”. Apesar de mencionar que seu objetivo é fortalecer a RAPS, tratou-se de medidas que são divergentes da sua essência. Dá-se ênfase ao modelo ambulatorial, desconsiderando o papel da Atenção Básica e dos CAPS. Afronta ainda as diretrizes do ECA, ao inserir a possibilidade de “internação” de crianças e adolescentes em CTs ou Hospitais Psiquiátricos Especializados (Correia; Martins; Requião, 2019).

O fundamentalismo religioso, representado fortemente pela atuação da bancada evangélica no Congresso Nacional, consolidou-se progressivamente nos

aparelhos do Estado desde o Golpe. No campo da Política de Drogas, essas forças historicamente exercem grande influência, alcançando ainda mais protagonismo durante o (des)governo Bolsonaro. Essa influência manifestou-se na proliferação de CTs, pautadas por uma moral religiosa, sempre afastadas dos perímetros urbanos (Duarte, 2018; Passos *et al.*, 2020; Cruz; Weber; Delgado, 2020). Em um governo cujo lema inicial era “Deus, pátria e família”, seria possível esperar algo diferente? Sob esta gestão, o Estado brasileiro manifestou a sua faceta mais conservadora, fundamentalista e reacionária desde o golpe militar de 1964. Obviamente, isso não se dá por coincidência, mas também, pelas necessidades do capitalismo contemporâneo.

Em 2020, se já não bastasse a “boiada passando”<sup>25</sup>, o mundo enfrentava uma das maiores crises sanitárias da contemporaneidade — a pandemia da COVID-19, declarada pela OMS em 11 de março daquele ano (OPAS, 2020). No Brasil, a população lidava simultaneamente com duas atrocidades: o coronavírus e o bolsonarismo. Foi instaurado o estado de calamidade pública e emergência em saúde, sendo o isolamento e o distanciamento social adotados como as primeiras estratégias de prevenção.

Para Soares (2020, p. 299)

a velocidade com que a Covid-19 chegou a praticamente todos os lugares do mundo, de janeiro a março de 2020, foi algo jamais visto na história da humanidade, tornando-se um problema de saúde pública de escala global, com particularidades de propagação diretamente relacionadas à compressão espaço-tempo típica do capitalismo contemporâneo.

A necessidade de isolamento social escancarou que não estávamos todos no mesmo barco, o gigante abismo — a desigualdade social, com alto índice de desempregados/as e trabalhadores/as informais, acometeu a população de distintas maneiras, a depender da raça, gênero e da classe. De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL, 2020), os grupos mais afetados pela COVID-19, no contexto latino-americano, foram as pessoas mais pauperizadas e subalternas, como as trabalhadoras domésticas, crianças, adolescentes e juventude em geral, população rural, povos originários, negros/as, pessoas com deficiência, imigrantes e população em situação de rua.

---

<sup>25</sup> Em referência a fala do Ministro do Meio Ambiente (2020), que em reunião ministerial, apontou ser a oportunidade - a pandemia da COVID-19, para afrouxar regras ligadas à proteção ambiental (G1, 2020).



O contexto exigiu um novo “estado da arte” para os movimentos sociais, que encontraram nas redes sociais um espaço estratégico para mobilização com *slogans* como: **“A fome não pode esperar. Vacina no braço, comida no prato!”**. Isso pressionou o Congresso Nacional, já que o então Presidente da República não se importava, contribuindo para a aprovação da Lei nº 13.982, de 2 abril de 2020, que instituiu o Auxílio Emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais). Porém, ao término de 2020, “o programa foi reduzido tanto em termos do valor transferido por pessoa quanto com relação à abrangência dos beneficiários, além de terem sido encontradas barreiras na forma de implantação” (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 848).

Destacamos que a aprovação desse auxílio não se deu pela “boa vontade” do Congresso Nacional, mas pela previsão legal da CF de 1988 e da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 — Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que prevê benefícios eventuais para amparo à população em situações de calamidade pública. Assim como, dialeticamente, pela luta de classe e na mesma medida, para responder às demandas do mercado, como num jogo de xadrez, o capitalismo monta as suas estratégias (Alves, 2011).

Recordemos que Bolsonaro, em sua habitual perversidade, passou a utilizar-se do auxílio emergencial politicamente, colocando-se como o “salvador da pátria” — quando em verdade sequer queria aprová-lo, barganhando, por diversos momentos, a diminuição do valor (BBC News, 2022). Essa postura evidencia, mais uma vez, a sua subserviência ao capital neoliberal, pautado no irracionalismo e no falso moralismo (Soares, 2020; Méllo; Albuquerque; Santos, 2022).

As redes sociais tornaram-se instrumentos de mobilizações sociais (Gohn, 2010), especialmente em um momento em que, devido à crise sanitária, os movimentos sociais não podiam ocupar as ruas. Nesse contexto, as plataformas digitais tornaram-se trincheiras fundamentais. Os MLA passaram a ocupar as redes sociais, utilizando-se pedagogicamente da pandemia para demonstrar que o isolamento ocasiona o sofrimento psíquico, portanto não condiz com uma prática de cuidado no campo da saúde mental.

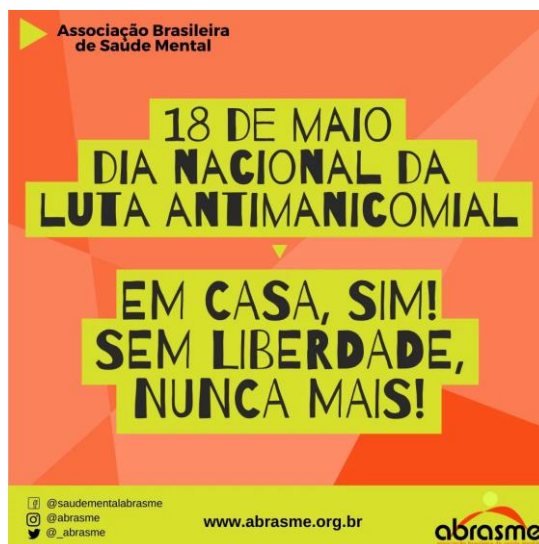
Entre esses espaços virtuais, destaca-se a atuação da ABRASME,

Hoje é 18 de maio, dia da Luta Antimanicomial, luta está construída por pessoas em sofrimento psíquico, seus familiares profissionais da saúde que ousaram imaginar e ousaram fazer uma sociedade sem manicômio. Romper com os manicômios é estratégia fundamental para lidar com o

sofrimento psíquico. Talvez agora, ousou eu imaginar, não seja mais tão difícil de compreender quão sofrido é ficar limitado a um único espaço quando nos vemos obrigadas a ficar em casa e/ou limitar nossas saídas. Somada às nossas próprias experiências com o período necessário desta quarentena, outro fato que denuncia os prejuízos e sofrimento psíquico que o isolamento causa é o volume das chamadas “lives” sobre Saúde Mental e Quarentena, bem como, o aumento de oferta de acolhimento psicológico on-line. Então, devemos perguntar: Por que uma prática de isolamento social é defendida como tratamento para o sofrimento psíquico? A resposta não é simples, mas, longe de querer ser simplista, o que podemos dizer, baseada numa análise histórica das ciências médicas, psiquiátricas e dos manicômios em nosso país é que a lógica angular dessa prática foi a Eugenia. Essa mesma palavra que andou circulando nas redes sociais, quando o médico Lichtenstein diretor técnico do Hospital das Clínicas denuncia essa mesma lógica por trás das ações anti-quarentena. Grosso modo, de acordo com o dicionário da língua portuguesa: Eugenia se caracteriza por uma técnica que visa à seleção nas coletividade humanas baseada na genética. Na prática, foi essa técnica utilizada por Hitler para produzir a raça pura ariana e é com este espírito nazista que as ideias eugênicas entram no Brasil, com o objetivo de embranquecer a população, castrar doentes mentais, eliminar os “depravados” e produzir, assim, seres humanos que chegassem perto da ideia de raça pura e superior, essencialmente branca baseada na estética europeia, em suma, no ethos burguês (ABRASME, 2020, sem paginação).

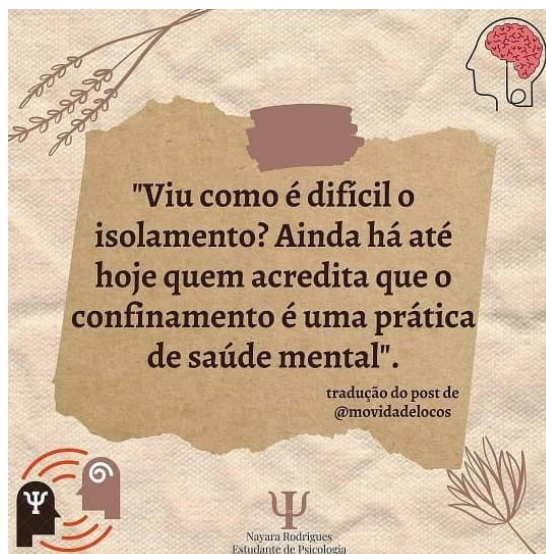
Os cartazes abaixo foram amplamente divulgados em diversas redes, utilizando a expressão “#lutaantimanicomial2020”:

### Imagem 2 - Luta Antimanicomial ABRASME (2020)



Fonte: ABRASME, 2020, Instagram.

### Imagem 3 - Luta Antimanicomial (2020)



Fonte: Movida de Locos, 2020, Instagram.

No estado da Paraíba, por meio do Instagram @lutaantimanicomialpb, em maio de 2020 e 2021, foram desenvolvidas uma série de ocupações virtuais, com atividades online realizadas por trabalhadores/as, residentes em saúde mental, usuários/as e estudantes. Além disso, registra-se que foram atividades transmitidas pelo canal YouTube “Coletivo Antimanicomial PB”, que se encontra atualmente inativo.

### Imagem 4 - Marcha Virtual Luta Antimanicomial da Paraíba em 2021



Fonte: Luta Antimanicomial PB, Instagram.

**Imagem 5 - “É meu por direito”**



Fonte: Luta Antimanicomial PB, Instagram.

No cenário nacional, registramos ainda a resistência através da formação da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM), em 2020, que aglutina um coletivo diverso, composto por trabalhadores/as, usuários/as e familiares de todo o Brasil, em defesa do cuidado em liberdade (Lima *et al.*, 2023). A FASM promoveu a 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental, enquanto etapa preparatória e chamamento da V CNSM. Diante do cenário, ocorreu no formato remoto, transmitido pelas redes sociais da FASM e do CNS (Brasil, 2021b).

A pandemia da COVID-19 escancarou as expressões da questão social em um contexto marcado pelo negacionismo e o neofascismo (Soares, 2020). Conforme Lima (2020), o vírus atravessa todo o tecido social com repercussões na esfera da saúde mental, e já nos primeiros momentos, a OMS alertava sobre os efeitos negativos à saúde mental (FIOCRUZ, 2019). Contudo, ignorando a ciência, o governo manteve a postura destrutiva às políticas sociais, com ataques explícitos ao SUS. Em maio de 2022, a OMS declarou que a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% (OPAS, 2022).

Ao final do primeiro ano da pandemia, enquanto diversos países iniciaram uma corrida comercial para assegurar as primeiras vacinas, o Brasil ficava para trás, não por uma crítica às estratégias mercantilistas — de transformar a saúde e/ou o acesso a insumos básicos em mercadoria, mas pela ineficiência e negacionismo do seu principal representante de Estado. Sendo assim, as mortes causadas pela COVID-19 “são uma produção histórica das relações dos sujeitos sociais com a

natureza e entre si, expressão de uma sociabilidade e racionalidade que muito sinalizam a sua lógica destrutiva” (Soares, 2020, p. 301).

Verifica-se que o período em que mais demandou-se o SUS, mais o governo o desprezou. Nos anos iniciais da pandemia, o Ministro da Saúde mudou três vezes, prevalecendo a subnotificação da pandemia e a militarização deste ministério. Tem-se ainda a perversidade do presidente, ao fazer pronunciamentos formais em defesa do não cumprimento das medidas de distanciamento, a fim de garantir o lucro, mesmo que em detrimento de milhões de vidas (Bravo; Menezes, 2021).

Existem várias formas de matar alguém, e a precarização das políticas sociais é uma delas, portanto o governo Bolsonaro operou uma gestão da morte mediada pela necropolítica (Mbembe, 2018; Bravo; Menezes, 2021). Em dezembro de 2020, o MS com o apoio da ABP, apresentou uma proposta de revisão da RAPS que determina a extinção de alguns dos seus pontos de atenção.

A perversidade do Bolsonaro é flagrante, no entanto, reduzir o desmoronamento da Política de Saúde Mental única e exclusivamente à malevolência do presidente é não compreender que aquilo que está em jogo é a versão atualizada da mercantilização da loucura, ou seja, existe (e sempre existiu) setores da sociedade interessados em abocanhar fatias do fundo público e comercializar estruturas hospitalares e manicomiais de confinamento e controle dos corpos (Bravo; Menezes, 2021, p. 249).

Esta proposta pautou-se no documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil” (2020), produzido pela ABP em conjunto com a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Apesar de citar a Lei nº 10.216/2001, apresenta uma nítida divergência aos princípios da luta antimanicomial: defesa dos hospitais psiquiátricos, centralidade no saber médico-psiquiátrico e farmacológico, desconsiderando a atuação multiprofissional e as estratégias de reabilitação psicossocial para autonomia dos sujeitos.

Aliado à péssima gestão da pandemia da COVID-19, esse cenário ratifica “o caráter necropolítico e genocida do governo federal, que condena ao extermínio a população pobre, negra e indígena” (Mélo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 846). Em conjunturas de crises, econômicas e sanitárias, é a classe trabalhadora que, invariavelmente, suporta os primeiros e mais severos impactos.

A resposta do Brasil à pandemia foi marcada por uma condução

catastrófica, com foco excessivo na atenção hospitalar e subutilização da APS como estratégia essencial no enfrentamento da crise (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022). Apesar do cenário adverso, caracterizado pelo negacionismo, neoconservadorismo e neofascismo, expressões ideológicas do irracionalismo (Soares, 2020), houve conquistas importantes, como a aprovação emergencial da CoronaVac.

A vacina, desenvolvida pelo Instituto Butantan em parceria com o Hospital das Clínicas de São Paulo (HC/SP) e com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), marcou um momento histórico, quando em 17 de janeiro de 2021, a primeira pessoa foi vacinada no país: uma mulher negra, enfermeira, que atuava na linha de frente no Hospital Emílio Ribas (CNN, 2021).

Expressa-se assim que, mesmo em um governo constituído, hegemonicamente, por homens que se dedicam ao ataque às políticas sociais, em defesa do mercado financeiro, foram estas políticas, ou melhor, seus/suas trabalhadores/as que enfrentaram a pandemia “seja remotamente ou presencialmente — nos serviços públicos de saúde, de assistência social, educação, previdência social etc.” (Matos, 2021).

Para Soares (2020, p. 315), a grande trincheira de defesa da vida da população neste período foi o SUS, produto da luta histórica da Reforma Sanitária,

combalido pelos ataques das sucessivas contrarreformas, permanece ainda de pé na defesa da vida dos/as trabalhadores/as brasileiros/as. Sua robustez deve-se, sobretudo, a dois importantes elementos: a resistência e o compromisso dos/as trabalhadores/as da saúde.

Ainda que no olho do furacão e com a centralidade na atenção hospitalar, no ímpeto do mercado por lucros, algumas experiências municipais na APS se destacaram, revelando-se fundamentais para o enfrentamento da COVID-19 (Giovannella *et al.*, 2020; Méllo; Albuquerque; Santos, 2022). Não se trata de apreender esse processo como um ato heroico, mas sim como a expressão do compromisso ético-político com a implementação da política social, da integralidade e universalidade do SUS, em um contexto adverso, que é enraizado na sociabilidade capitalista.

A centralidade na Atenção Hospitalar, a ausência de insumos básicos, como máscara e álcool em gel, assim como o não conhecimento acerca do vírus, fez diversos pontos da RAPS, como os CAPS fecharem as portas. Conforme a Nota

Técnica nº 43/2020, constata-se a redução de 27,55%, no registro dos procedimentos previstos para os CAPS, em relação ao ano anterior. Observa-se, assim, os prejuízos à atenção em saúde mental no âmbito do SUS. Não desassociada da realidade, mas compreendendo os pontos da RAPS como serviços essenciais, a GOAP-SES/PB publicou algumas orientações:

<b>QUADRO 41 - ORIENTAÇÕES À OPERACIONALIZAÇÃO DA RAPS/PB DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19</b>	
1. Base Legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei nº 10.216/2001;</li> <li>• Portaria nº 3.088/2011;</li> <li>Portaria nº 3.350/2020, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito da RAPS;</li> <li>• Nota Técnica nº 43/2020, da CGMAD.</li> </ul>
2. Orientações gerais	<p>Uso de EPIs, fornecidos pelas secretarias municipais de saúde; educação em saúde; ambiente seguro - reorganizar os espaços físicos para evitar aglomerações, com ventilação e higienização rigorosa; atenção prioritária aos grupos de riscos; manutenção dos atendimentos individuais, assistência farmacológica e redução de danos; integração das ações com a rede de urgência e emergência e articulação intersetorial.</p>

<p>3. Orientações de acordo com as bandeiras epidemiológicas dos municípios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeiras vermelha e laranja: Restrição de atividades em grupo; manutenção de ações essenciais (acolhimento, atendimentos individuais, supervisão multiprofissional, visitas domiciliares, entre outros);</li> <li>• Bandeiras amarela e verde: Ampliação de atividades grupais, incluindo reabilitação psicossocial, práticas integrativas, grupos culturais e de lazer, respeitando medidas de segurança.</li> </ul>
---	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Ofício nº 10/2021, GOAP - SES/PB.

A gestão da morte, perpetuada durante todo o governo Bolsonaro, agrava a situação da RAPS já precarizada e subfinanciada, porém, o incremento financeiro por meio da Portaria nº 3.350/2020, propiciou um respiro. Este recurso foi variado, de acordo com a modalidade do serviço: **CAPS I** - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil, trezentos e cinco reais); **CAPS II** - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos); **CAPS III** - R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais); **CAPSi** - R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil, cento e trinta reais); **CAPS Ad** - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais); **CAPS Ad III** - R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) e **CAPS Ad IV** - R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), pago pelo período de 6 (seis) meses (Brasil, 2020).

O ano de 2021 começou com mudanças significativas na estrutura da CGMAD, marcadas pela posse do psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro, conhecido por sua defesa dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas (CTs) e da eletroconvulsoterapia (ECT). Essa nomeação provocou ampla mobilização social, como o Manifesto da RENILA, apoiado por diversas entidades e fóruns de saúde mental, que denunciaram o caráter antirreformista da gestão e os retrocessos nas políticas de cuidado territorial e antimanicomial (Passos, 2021; ABRASCO, 2021).

A ECT — ou eletrochoque, constitui-se como um grande “**calcanhar de Aquiles**” no campo da saúde mental, não se tem unanimidade, mesmo entre profissionais da mesma categoria, estes se dividem entre defensores e opositores.



Mas, o fato é que foi um instrumento largamente utilizado para perpetuar violações de direitos humanos, inclusive, na realidade brasileira, no período da ditadura militar (Arbex, 2013; Amarante, 2020; Costa, 2024). Logo, a sua defesa e inserção no escopo de técnicas custeadas pelo SUS, em uma conjuntura de barbárie, levanta preocupações éticas, pois não se trata apenas de uma escolha técnica, mas da normalização de práticas com histórico de utilidade à opressão e ao sofrimento.

Ainda em 2021, a Lei nº 10.216/2001 completou 20 anos de promulgação. Nesse contexto, destacam-se lacunas de informação por parte da CGMAD, cuja interrupção de dados remonta a 2015, refletindo a imposição de uma nova racionalidade burguesa que também impactou a RAPS. Em resposta, o Desinstitute, organização da sociedade civil fundada em 2020, publicou o relatório “Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei nº 10.216” (2021). O documento reafirma a transição significativa do modelo da atenção psicossocial para o retorno do modelo hospitalocêntrico, especialmente a partir de 2016 (Desinstitute; Weber, 2021).

O Painel (2021) destacou o impacto da Portaria nº 2.279, de 21 de setembro de 2017, que instituiu a chamada “Nova Política Nacional de Atenção Básica”, enfraquecendo a APS. Essa mudança afetou significativamente o financiamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em âmbito federal, transferindo a responsabilidade integral para os municípios, que frequentemente enfrentam limitações orçamentárias. A consolidação da RAPS como garantia de direitos exige uma articulação integrada com outras políticas públicas. Assim, o desmonte dessas estruturas não apenas compromete a RAPS, mas também fragiliza os pilares fundamentais da RPB, dificultando a promoção do cuidado integral e territorial, no qual a APS tem papel estratégico e fundamental.

#### **4.3. “Esperança equilibrada”: democracia pulsante e a RAPS**

Ao final do (des)governo Bolsonaro (2019-2022), constata-se que, mesmo diante do cenário de calamidade pública decorrente da COVID-19, havia possibilidade de o governo ter

arcado com os custos fundamentais para mitigar os malefícios do

coronavírus, através de serviços com maior capacidade instalada para o enfrentamento da pandemia e com maiores chances de poupar milhões de vidas. No cenário em que o índice de mortes por COVID-19 no Brasil chegou a 700.556 óbitos, evidencia-se a política de descaso e genocídio, que define quem deve morrer e quem merece viver (Hoffman; Freitas, 2023, p. 54).

Assim como a “esperança, que dança na corda bamba de sombrinha”, a democracia suspira — ainda que circunscrita aos limites da democracia burguesa (Braz, 2017). O retorno de Lula à Presidência da República em 2023 representa um marco, fruto de uma vitória apertada, com 50,90% dos votos válidos contra 49,10% de Jair Bolsonaro (CNN, 2022). Esse resultado evidencia a polarização extrema no país e a presença latente de forças como o fascismo, o neoconservadorismo e o fundamentalismo religioso, que permanecem como desafios estruturais à consolidação de um projeto político democrático e pautado no pluralismo político.

O discurso de posse do presidente Lula apresenta um contraste marcante em relação ao proferido por seu antecessor, em 1º de janeiro de 2019. Com votos de juramento e fidelidade à CF de 1988, o atual representante da República Federativa Brasileira enfatiza o compromisso com a reconstrução do país, com foco na justiça social, sustentabilidade e democracia. Este discurso, em nossa concepção, salienta o compromisso do Estado com as políticas públicas, enquanto mediador das expressões da questão social.

Ao longo deste trabalho, discorreremos que o neoliberalismo adentra ao Brasil nos anos de 1990, enfrentando algumas inflexões pelo caminho, como uma Constituição recém-promulgada, marcada por um desenho progressista, e, simultaneamente, a busca incessante por lucratividade por meio da captura do fundo público. Contudo, a partir do (des)governo Bolsonaro, o neoliberalismo assume “sua face mais anti-civilizatória e destrutiva da história” (Behring; Souza, 2022, p. 80).

Diante dos contornos do ultraneoliberalismo, o novo governo Lula assume em um “cenário de terra arrasada”, demandando esforços significativos para a reconstrução do país (Hoffmann; Freitas, 2023). Atento às demandas dos MLA, é aprovado o Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023<sup>28</sup>, que, entre outras medidas administrativas, estabelece o “Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas” (DESMAD), com o lema “A saúde mental voltou”. Este órgão tem

como atribuição principal “coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da RAPS, no âmbito do SUS” (Brasil, 2023).

Logo em seguida, foi aprovado o Decreto nº 11.392, em 20 de janeiro de 2023, que cria o “Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas” (DACT), no âmbito do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Sobre esse fato, algumas reflexões se fazem presentes: seria a esquerda também manicomial? Ou, nos marcos do capitalismo, estamos sempre sendo lançados ao manicômio? A sanção não se deu sem a mobilizações dos segmentos do MLA, além da ABRASME e da ABRASCO. Com isso, mais uma vez, a governabilidade petista se abraça com a lógica eugenista, racista e manicomial.

O DACT surge como um verdadeiro presente para aqueles que, de forma perversa, buscam perpetuar as CTs, amplamente denunciadas por violações aos direitos humanos. Essa dinâmica reforça as reflexões de Passos (2018, p. 13), que destaca: “o manicômio estrutura-se para além de uma edificação, [...] o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais”.

Assim, a manutenção das CTs evidencia a perpetuação de práticas manicomiais sob novas roupagens, sustentadas por interesses que ignoram a lógica da desinstitucionalização e o compromisso com o cuidado em liberdade. A manutenção desse modelo reflete a “remanicomialização”, um projeto político que visa, em essência, produzir “corpos dóceis, corpos úteis” (Correia; Martins; Requião; 2019), moldados para a submissão e conformismo frente às opressões estruturais relacionadas à raça, gênero e classe.

O chamamento para a V CNSM ocorreu instrumentalizada pela Resolução nº 660, de 5 de agosto de 2021, do CNS, tendo como tema “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. Contudo, o cenário de crise sanitária, aliado às adversidades políticas sociais e econômicas, marcadas pelo capitalismo predatório utraneoliberal, resultou em impasses para a realização da V CNSM.

Após diversas mudanças na data, essa conferência ocorreu em dezembro de 2023, apresentando-se como outro suspiro à sociedade brasileira, ao menos, àqueles/as que apostam na defesa intransigente dos direitos humanos. Para a

sua concretização, destacamos a importância das Conferências Livres, que surgem como demanda dos movimentos sociais e a crítica à institucionalização dos espaços de controle social.

A análise do Relatório Final da V CNSM permite-nos elencar as principais propostas no quadro abaixo:

<b>QUADRO 42 – SÍNTESE DO RELATÓRIO FINAL DA V CNSM</b>	
Eixo I – Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania	Defesa da desinstitucionalização como estruturante da PNSM, defendendo a ampliação de SRT e acesso ao PVC; fortalecimento de CAPS, ampliando o funcionamento às demandas de emergência e criação de serviços em municípios de pequeno porte; exclusão das CTs da RAPS, redirecionando os recursos destes aos serviços substitutivos, priorizando a atenção em saúde mental no território; defesa da intersetorialidade e promoção de direitos sociais como moradia, trabalho e renda.
Eixo II – Gestão, Financiamento, Formação e Participação Social na garantia de serviços de saúde mental	Enfatiza a necessidade de financiamento tripartite, contínuo e seguro para operacionalização da RAPS; defesa da transferência da gestão e do financiamento, fortalecendo o controle social; adoção de estratégias de educação permanente e interdisciplinar; crítica a terceirização e privatização da RAPS.
Eixo III – Política de Saúde Mental e	Aborda a necessidade da integração

os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade	na PNSM aos princípios do SUS; ampliação de serviços comunitários, como os Centros de Convivência, com notoriedade para à infância, adolescência e juventude; promoção da equidade e respeito à diversidade da população vulnerabilizada, como pessoas LGBTQIAPN+, indígena e negra; reitera a importância do enfrentamento à criminalidade e ao encarceramento.
Eixo IV – Impactos na Saúde Mental da População e os Desafios para o Cuidado Psicossocial durante e pós-pandemia	Avalia os desafios da COVID-19 com foco nos grupos vulnerabilizados, como crianças, mulheres, população negra, pessoas em situação de rua; defesa da criação de programas voltados à redução das desigualdades de acesso aos serviços de atenção psicossocial, como o “Programa de Ampliação do Corpo de Profissionais de Saúde Mental do SUS até 2024”; Teleatendimento em Saúde Mental – como incentivo à inovação tecnológica no cuidado em saúde mental; fomentar estudos sobre os impactos do isolamento social e da pandemia da COVID-19; atenção às condições de trabalho e adoecimento em decorrência da precarização no processo de trabalho e as altas demandas enfrentadas durante a pandemia.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil, 2023.

Este relatório contempla as propostas elaboradas nas conferências estaduais, municipais, bem como da etapa nacional. Assim, o quadro acima é a síntese de uma série de proposituras de trabalhadores/as, usuários/as e familiares participantes desse momento. Mais uma vez, a CNSM reforça a necessidade da intersetorialidade, da defesa dos direitos humanos e dos princípios da RPB, com o acréscimo dos desafios oriundos da pandemia da COVID-19 e o recrudescimento das expressões da questão social.

Com a criação do DESMAD, tem-se a aposta na revogação das portarias que fragilizaram a PNSM. Assim, destaca-se a dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica para o enfrentamento das iniciativas de contrarreforma, de “remanicomialização”, buscando reestabelecer práticas que promovam o cuidado em liberdade, a cidadania e os direitos humanos.

A publicação da Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023, marcou um momento significativo ao revogar a Portaria nº 3.588/2017. Essa ação resultou na supressão das AMENT's e dos CAPS AD IV, mantendo, contudo, o financiamento dos serviços já habilitados pelo MS. Além disso, foram retirados da RAPS os Hospitais Psiquiátricos Especializados e o Hospital Dia, fortalecendo o foco em práticas substitutivas e comunitárias de cuidado.

Ainda em 2023, o MS, liderado pela professora Nísia Trindade Lima — primeira mulher a ocupar este cargo —, anunciou um aumento de 27% no orçamento destinado à RAPS, um marco que não ocorria desde 2016. Esse incremento reflete o compromisso com a expansão e a qualificação da rede, incluindo a previsão de novos incentivos financeiros para componentes essenciais da RAPS.

<b>QUADRO 43 - RECOMPOSIÇÃO FINANCEIRA DA RAPS</b>		
PONTO DE ATENÇÃO	REPASSE MENSAL	
	DE 2011 A 2022	A PARTIR DE 2023
CAPS I	R\$ 28.305,00	R\$ 35.978,00
CAPS II	R\$ 33.086, 25	R\$ 42.056,00

CAPS III	R\$ 84.134, 00	R\$ 106.943,00
CAPSi	R\$ 32.130,00	R\$ 40.840,00
CAPS AD	R\$ 39.780,00	R\$ 50.564,00
CAPS AD III	R\$ 105.000,00	R\$ 133.466,00
UAA	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00
UAI	R\$ 30.000,00	R\$ 60.000,00
SRT I	R\$ 10.000,00	R\$ 15.253,20
SRT II	R\$ 20.000,00	R\$ 30.506,40

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, da Portaria nº 660, de 3 de julho de 2023 e da Portaria nº 2.289, de 8 de dezembro de 2023.

Este quadro reflete avanços importantes para os pontos de atenção da RAPS. No entanto, o repasse mensal é realizado por meio do Teto de Média e Alta Complexidade (TMAC), que transfere os recursos de forma global aos municípios, sem especificar quanto é destinado à atenção psicossocial. Essa falta de clareza limita a transparência e dificulta a identificação dos valores efetivamente aplicados nos pontos de atenção da RAPS. Como destacam Hoffmann e Freitas (2023), essa opacidade torna a política de saúde mental menos visível no contexto do SUS.

Conforme analisam Soares (2016) e Braz (2017), os governos do PT, sob Lula e Dilma, consolidaram um pacto social baseado na conciliação entre classes, sem romper com os fundamentos do receituário neoliberal. A criação do DESMAD e do DACT, acompanhada pelos incentivos financeiros às respectivas áreas — que representam agendas antagônicas —, reflete essa conjuntura complexa, onde velhas dinâmicas são retomadas em um novo contexto político.

Nosso exercício é não perder de vista que esse processo tem como cenário o ajuste fiscal, que se consolida na sua face devastadora e ultraneoliberal — mesmo que mediado por um presidente que tenta, na **corda bamba**, comprometer-se com as políticas sociais. Tanto que, neste governo, a contrarreforma psiquiátrica continua se alinhando ao recrudescimento capitalista (Behring, 2021; Hoffmann; Freitas, 2023). Partindo da totalidade social,

ponderamos que a RAPS/PB está inserida nessa conjuntura complexa, marcada por novas e velhas tensões, avanços e retrocessos que afetam a RPB.

#### **4.4. Entre o “legal” e o “real”: a conformação em 2024 da RAPS/PB**

A junção entre ultraneoliberalismo econômico e neoconservadorismo social e político impõe um brutal retrocesso às políticas públicas e, no campo da saúde mental, reflete diretamente nas dimensões da reforma psiquiátrica. Estas dimensões se relacionam interdependente, contudo, esta pesquisa se deteve às esferas jurídico-política e técnico-assistencial.

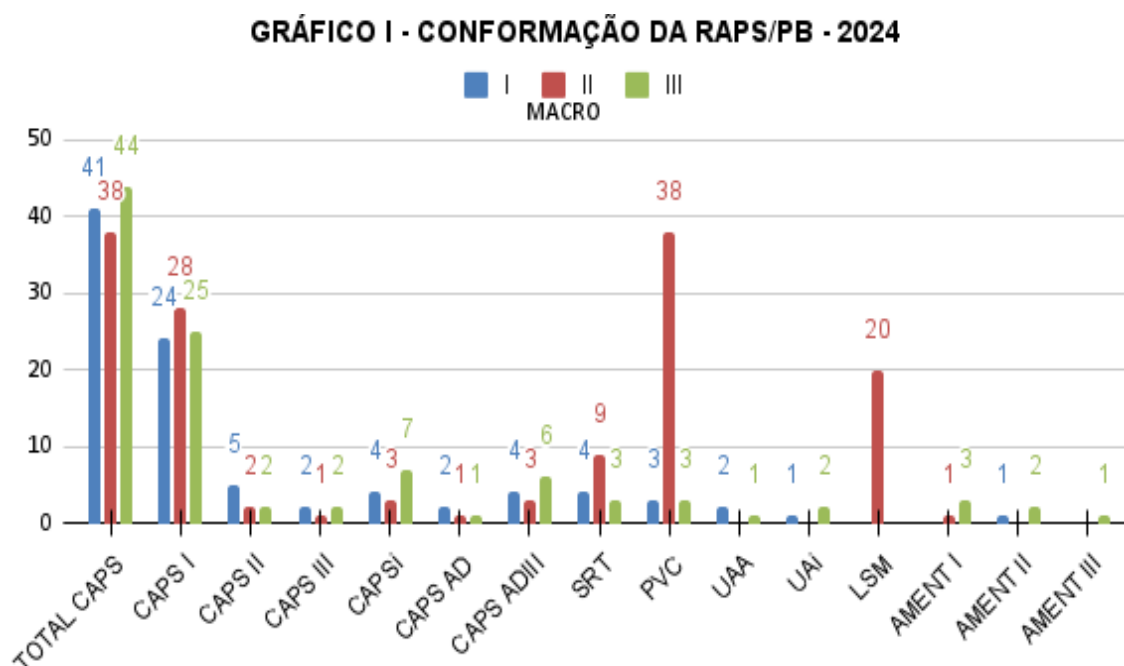
A análise desenvolvida até aqui, acerca da PNSM, vinculada aos aspectos políticos e econômicos que impactam a sociabilidade burguesa na periferia do

capital — isto é, no Brasil —, permite-nos defender que os desafios para a implementação e operacionalização da RAPS/PB envolvem não apenas a resistência aos retrocessos, mas também a reafirmação do compromisso com os princípios da luta antimanicomial e a defesa de uma sociedade justa e igualitária.

No capítulo anterior, foram analisados os Planos da RAPS das 16 Regiões de Saúde que conformam o Mapa da Saúde no estado da Paraíba. Esses planos, refletem a dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica na Paraíba e demonstram que, entre 2013 e 2015, a RAPS/PB vinha sendo ampliada por meio do fomento à implantação e expansão de serviços. Porém, ao longo dos anos, verificou-se o distanciamento entre o “legal” e o “real”, como apontado na análise por cada macrorregião.

Conforme dados da GOAP/SES, a RAPS/PB, em 2024, encontrava-se conformada de acordo com o gráfico a seguir:





Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da GOAP, 2024.

A análise desses pontos se deu a partir da elaboração de quatro categorias: “cuidado integral e territorial” para tratar dos CAPS em suas distintas modalidades e os LSM; “vivência em liberdade e reinserção comunitária” que se refere aos SRT’s, PVC e a EAP Desinst; “residencialidades transitórias” para caracterizar as UA’s (adultos e infantojuvenil); e por fim, “a convivência com o arcaico” para tratar na “remanicomialização” na Paraíba.

No que tange ao **cuidado integral e territorial** o gráfico demonstra que a 3ª Macrorregião tem 44 CAPS, sendo assim com o maior quantitativo; seguido pela 1ª Microrregião com 41 CAPS; e por fim, a 2ª Macrorregião com 38 CAPS. Demarca-se na Paraíba, até 2024, a predominância de CAPS I e a fragilidade na atenção 24h. Ressalta-se que, em todo o estado, havia apenas 20 LSM concentrados na 2ª Macrorregião, especificamente no município de Campina Grande/PB.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), a Paraíba possui atualmente uma população de 4,145 milhões de habitantes. Considerando o cálculo da taxa de cobertura previsto na Portaria nº 336/2002, que utiliza a fórmula:

$$\frac{\text{Número de CAPS} \times 100.000}{\text{População}}$$

A taxa de cobertura na Paraíba é de 2,94 CAPS, o que equivale a aproximadamente 3 CAPS por 100 mil habitantes. Com base nos últimos dados do Ministério da Saúde (2022), apresentado na Tabela 1, que se refere à “taxa de cobertura de CAPS no Brasil”, a Paraíba supera significativamente a média da Região Nordeste que é de 1,70 CAPS por 100 mil habitantes, bem como a média nacional que é de 1,33 CAPS por 100 mil habitantes. Esses números evidenciam o esforço dos municípios na expansão e consolidação dos CAPS na Paraíba.

Contudo, “o CAPS não consegue sozinho dar conta da complexidade que envolve as questões de saúde mental e a diversidade de situações inerentes à experiência da loucura” (Gomes, 2013, p. 76). Assim, defendemos que a luta antimanicomial e os princípios da RPB precisam ultrapassar os muros da RAPS/PB, do SUS e apropriar-se da intersetorialidade enquanto razão de ser das políticas públicas brasileiras para que as pessoas em sofrimento psíquico acessem, irrestritamente, todos os direitos sociais inscritos na CF de 1988.

Os estados da região Nordeste, em sua maioria, são compostos por municípios de pequeno porte, característica também presente na Paraíba. Esse fator explica a prevalência de CAPS I, uma vez que a implantação desses serviços tem sido historicamente vinculada a critérios exclusivamente populacionais. Tal realidade torna desafiador o acesso ao cuidado ampliado na atenção especializada da RAPS. Nesse sentido, Macedo *et al.* (2017) corroboram essa análise ao apontar que essa concentração está diretamente relacionada aos parâmetros populacionais estabelecidos para a implantação de CAPS, o que favorece a predominância do modelo CAPS I em detrimento de modalidades mais amplas voltadas para públicos específicos.

Destaca-se que o critério populacional, estabelecido na Portaria nº 336/2002 (Brasil, 2002), observado anteriormente no Quadro 13, passou por uma única atualização, apresentada a seguir:

<b>QUADRO 44 – CRITÉRIO POPULACIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DE CAPS CONFORME A PORTARIA 3.088/2011</b>	
CAPS I	Para municípios ou regiões de saúde acima de 15 mil habitantes;
CAPS II	Para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes, não se diferencia do estabelecido na Portaria 336/2002;
CAPS III	Para municípios ou regiões de saúde acima de 150 mil habitantes;
CAPS AD	Para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes;
CAPS AD III	Para municípios ou regiões de saúde acima de 150 mil habitantes, coadunando com a Portaria 130/2012;
CAPSi	Para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes.

No quadro acima, é possível visualizar que a Portaria nº 3.088/2011 reduziu os critérios populacionais para a implantação de CAPS I, CAPS III e CAPSi, com o objetivo de ampliar o acesso a esses serviços. Embora significativa, não foi uma modificação a contento e requer uma análise mais aprofundada pelo MS, à luz das discussões realizadas nas IV e V CNSM. A utilização do critério populacional, como único parâmetro, contribui para a centralização dos serviços de atenção psicossocial especializada em poucos municípios, geralmente nas sedes das Regiões de Saúde, como observado por Macedo *et al.* (2017).

Para dar conta do critério populacional para a implantação de CAPS, o estado da Paraíba adotou um arranjo organizativo: a definição de um município sede e um ou mais municípios como referência para o atendimento da atenção psicossocial especializada. O que acaba por sobrecarregar os serviços, além de ocasionar em desafios a atenção às singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado e a proposta de territorialização.

Coadunamos assim com o que aponta Macedo *et al.* (2017, p. 165)

isso resulta na dependência de determinadas localidades e mesmo regiões em relação à rede de atenção de outros municípios e regiões com maior diversidade e complexidade de serviços, o que acaba atraindo maiores fluxos de deslocamento de usuários para atendimento

Com isso, visualiza-se que este não é um desafio exclusivo da RAPS/PB, mas de todo o processo de regionalização e integração da política de saúde em redes de atenção (Brasil, 2010; Mendes, 2011). Esse processo está diretamente relacionado à “dimensão territorial acompanhada de aspectos relacionados às questões de natureza histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural” do país (Macedo, *et al.*, 2017, p. 165).

Outro elemento desafiador ao cuidado integral e territorial na RAPS/PB diz respeito ao não avanço da atenção 24h, que conta com apenas 5 CAPS III, 13 CAPS AD III e 20 LSM, que devem se constituir como importante retaguarda a atenção à crise em saúde mental, bem como prevenir a exclusão inerente às longas internações em hospitais psiquiátricos. Estes pontos de atenção, para Macedo *et al.* (2017, p. 167), constitui-se em importantes elementos ao fortalecimento da desinstitucionalização

a carência dessa modalidade de CAPS nas Regiões de Saúde para municípios de menor porte populacional acaba por fragilizar as ações de retaguarda e de garantia de cuidados contínuos e gestão da crise no território de forma regionalizada. Trata-se, deste modo, de um ponto crítico e de parada no processo de expansão e regionalização da RAPS no país para responder de forma substitutiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos.

No estado da Paraíba, essa fragilidade incide na manutenção da relação dos serviços ditos substitutivos com o CPJM, de gestão da SES/PB, que conta atualmente com 72 leitos, e a Clínica Dr. Maia, de natureza jurídica privada que atende ao SUS e conta com 143 leitos (DATASUS, 2024a e b). Isso posto, evidencia-se o descompasso com os princípios da RPB e a distância do compromisso firmado pelos/as gestores/as nos Planos da RAPS das 16 Regiões de Saúde.

Além disso, a grande quantidade de leitos na Clínica Dr. Maia, de natureza privada, localizada em Campina Grande/PB, reflete a lógica de mercantilização do cuidado em saúde mental na Paraíba, o que contradiz os preceitos da desinstitucionalização. Esse fato, evidencia como, na sociabilidade capitalista,

modelos antagônicos coexistem: de um lado práticas alinhadas aos princípios da luta antimanicomial e, de outro, estruturas que reforçam a lógica excludente e mercantilizada da saúde mental. Logo, a baixa oferta de atenção 24h na RAPS/PB contribui para a permanência de práticas manicomiais, ainda que inseridas em dispositivos formalmente vinculados ao SUS.

Ademais, outro aspecto desafiador ao **cuidado integral e territorial** na Paraíba, refere-se à atenção regionalizada a públicos específicos como a crianças e adolescentes, no total, em território paraibano existem apenas 14 CAPSi, dos quais nenhum funciona 24h. Como pode ser visualizado no Gráfico I, a RAPS/PB dispõe de 4 CAPS AD e 13 CAPS AD III, este último, superior ao quantitativo de CAPS III. Logo, essa realidade corrobora com o que aponta Macedo *et al.* (2017, p. 167) que o cuidado às crianças e adolescentes e às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas se constitui em um “dos pontos mais problemáticos do processo reformista brasileiro”.

Compreendemos que, no âmbito “legal”, os CAPS I, II e III devem atender a todos os públicos com transtornos mentais “graves e persistentes”, porém, sobretudo no que se refere ao CAPS I, por sua estrutura limitada (funcionamento de segunda a sexta-feira, baixo quantitativo de profissionais, já que a equipe é a mínima da mínima), isso é complexo, pois inviabiliza que os/as profissionais se atendem às especificidades e subjetividades de públicos, genuinamente, distintos.

Essa limitação reflete não apenas a insuficiência de recursos e equipes qualificadas, mas também uma configuração que desconsidera a heterogeneidade das experiências do sofrimento psíquico, perpetuando uma lógica generalista que dificulta a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como a atenção integral e comunitária. Defendemos ainda que, o sofrimento psíquico atrela-se às condições de vida e deve levar em consideração os determinantes sociais da saúde, associado a conjuntura política, social e econômica.

No início dos anos 2000, quando foram aprovadas legislações atinentes à dimensão jurídico-política da RPB, como a Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 336/2002, a conjuntura política, econômica e social era outra. Esse contexto reflete uma articulação mais robusta entre os movimentos sociais e o Estado, o que possibilitou a institucionalização de direitos e o fortalecimento de serviços substitutivos.

No entanto, a realidade atual contrasta significativamente com aquele período. A instabilidade política, os retrocessos nas políticas sociais e a intensificação das desigualdades econômicas têm contribuído para o aumento dos sofrimentos psíquicos, evidenciando não apenas os impactos da precarização das condições de vida, mas também o desmonte progressivo de dispositivos que promovem o cuidado integral e territorial.

Apesar dos desafios a implantação e operacionalização do **cuidado integral e territorial**, em que o enfoque no critério populacional dificulte, na Paraíba, a ampliação de CAPS com funcionamento 24h e aos públicos infantojuvenil e às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Tem-se como avanço o processo de interiorização, visto que o maior quantitativo de CAPS se encontra na 3ª Macrorregião, composta pelo sertão e alto sertão paraibano. Relaciona-se assim com a conjuntura nacional “que indica forte processo de interiorização dos CAPS no país, especialmente nas localidades com população inferior a 50 mil habitantes” (Macedo *et. al.* 2017, p. 161).

Ao se tratar de CAPS, a Paraíba ocupa o primeiro lugar nacional em taxa de cobertura, hegemonia que perde força quando se trata da **vivência em liberdade e a reinserção comunitária**. Nesse aspecto, o estado tem um avanço incipiente e não acompanhou a necessidade de aumento de dispositivos essenciais mediante o fechamento de importantes hospitais psiquiátricos, principalmente quando se refere à 1ª Macrorregião, especificamente ao município de João Pessoa/PB.

No último dado do Ministério da Saúde (2022), apresentado na tabela abaixo, o maior quantitativo de SRT's encontrava-se na região Nordeste com 96 em Pernambuco, seguido de 14 na Bahia:

**TABELA 2 – QUANTITATIVO DE SRT NO BRASIL**

REGIÃO	UF	SRT I	SRT II	Total Geral
Centro-Oeste	GO	3	18	21
Centro-Oeste	MS		2	2
Nordeste	AL		7	7
Nordeste	BA	5	9	14
Nordeste	CE	3	1	4
Nordeste	MA	3	2	5
Nordeste	PB	8	2	10
Nordeste	PE	81	15	96
Nordeste	PI	5	1	6
Nordeste	RN		3	3
Nordeste	SE	3	8	11
Norte	AM	1	7	8
Norte	PA		1	1
Norte	TO	1		1
Sudeste	ES	1		1
Sudeste	MG	36	99	135
Sudeste	RJ	80	119	199
Sudeste	SP	53	185	238
Sul	PR	11	6	17
Sul	RS	11	19	30
Sul	SC	1	3	4
<b>Brasil</b>		<b>306</b>	<b>507</b>	<b>813</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/MS, junho/2022.

Com base nesse dado, a Paraíba em 2022, dispunha de 10 SRT's; já em 2024, como pode ser visualizado no Gráfico I existem 16 SRT's, sendo 5 não habilitadas pelo MS. Demarca-se que o maior quantitativo se encontra na 2ª Macrorregião de Saúde, com destaque para Campina Grande, que como discutido anteriormente, foi caracterizado como exemplar no cuidado para além dos muros.

Ainda nessa categoria, da **vivência em liberdade e a reinserção territorial**, tem-se o PVC que no último dado publicado pelo Ministério da Saúde, em todo o território nacional cerca de 4.073 (quatro mil e setenta e três) pessoas possuíam o acesso (Brasil, 2022). Na Paraíba, apenas 44 pessoas estavam vinculadas a este programa, sendo a maior prevalência na 2ª Macrorregião de Saúde (Paraíba, 2024).

Este programa, que institui o auxílio reabilitação psicossocial, além de um importante recurso econômico, atualmente no valor de R\$ 755,00 (Brasil, 2024), é um instrumento de para o exercício da autonomia, possibilitando que a pessoa com acesso a esse direito assumam um “outro lugar social” e desenvolvam a participação e as atividades de vida básica em igualdade de condições com as demais pessoas. O PVC, portanto, na Paraíba é incipiente, embora seja essencial para romper com a lógica de segregação e a construção de possibilidades para a vivência em liberdade.

Esse cenário exige, para a ampliação do acesso ao PVC na Paraíba, demanda o comprometimento ativo dos/as profissionais e gestores que compõem

a RAPS, assim como os movimentos sociais organizados, incluindo os conselhos municipais e o conselho estadual de saúde, na defesa e ampliação desse direito. A atuação dos/as profissionais é essencial para identificar usuários/as com histórico de longas internações psiquiátricas e orientar a inserção no programa, ainda mais neste momento em que a Paraíba vivencia a “segura era dos direitos da Reforma Psiquiátrica” (Assis; Silva, 2017) visto a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Junto isso, os movimentos sociais de luta antimanicomial e os conselhos de saúde devem desempenhar um papel estratégico na fiscalização e no controle social, monitorando a execução do programa e exigindo a ampliação do acesso. Entre as principais estratégias, destacamos a necessária fiscalização da responsabilidade técnica do programa, cuja manutenção é uma exigência do MS. Na Paraíba, essa responsabilidade frequentemente sofre alterações devido aos vínculos de trabalho fragilizados, agravados especialmente em contextos de mudanças de gestão, o que compromete a continuidade e a eficácia do PVC.

Na **vivência em liberdade e comunitária**, circunscreve-se ainda, que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, historicamente, estiveram à margem da RPB, visto que a Lei nº 10.216/2001 não conseguiu conter as tendências punitivas presente nas entranhas dos manicômios judiciais (Correia e Magno, 2021). A contradição é inerente à vivência humana e a luta da classe trabalhadora o motor da história. Assim, mesmo que tardiamente, algumas normativas promovem fissuras significativas no castelo da periculosidade, destacam-se:

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014;
- A Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nº 113, de 20 de abril de 2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança e dá outras providências;
- A Portaria do MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;
- A Resolução do CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do



Poder Judiciário;

- Em âmbito local, o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba, aprovado pela Resolução nº 19/2021, da CIB.

Outro elemento, mas não menos importante, diz respeito a Lei nº 11.346/2015, que dispõe sobre a Lei Brasileira de Inclusão que tem como base a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Facultativo, ratificado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Apesar da relevância, trata-se de uma normativa, ainda, pouco utilizada pelos/as trabalhadores/as da RAPS.

A despeito dos desafios relacionados à sua implementação, o Estatuto da Pessoa com Deficiência abriu os caminhos para o exercício pleno dos direitos civis, reconheceu e validou a capacidade civil das pessoas com deficiência. Para Assis e Silva, esse momento é caracterizado pela “segunda era de direitos da Reforma Psiquiátrica”. A “primeira era” possibilitou a instauração de direitos sanitários e a “segunda” ensejou a alteração do regime de capacidades e a emancipação dos direitos de personalidade das pessoas com deficiência psicossocial (2017, p. 168).

Esta “segunda era” da **vivência em liberdade e a reinserção comunitária** na Paraíba ocorreu através da provocação do sistema de justiça e gerou a implantação do Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental (GITIS), estabelecido pela Portaria nº 01, de 12 de dezembro de 2019, publicada pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Prisional do Sistema de Justiça (GMF/TJPB) (Santos, *et. al.*, 2024).

O GITIS foi constituído por representantes de diversas instituições, dentre as quais a SES/PB, SMS/JP, LOUCID/UFPB, Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE/PB), responsáveis pela elaboração do Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba, publicado em 2021. Esteve teve como objetivo criar o Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do estado da Paraíba (PROA/PB) para suprimir o histórico distanciamento entre serviços de saúde e dispositivos de responsabilização criminal, bem como “a valorização do cárcere como método terapêutico” (Paraíba, 2021).

A pactuação para a implementação deste programa ocorreu com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica, em 25 de abril de 2023 (TJPB, 2024). Esse feito ocorreu sob o reconhecimento da intersetorialidade com a ratificação da SES/PB, Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP/PB), Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH/PB) e outros órgãos.

À SES/PB coube a implantação da EAP Desinst/PB, o que ocorreu em dezembro de 2023, tendo o exercício iniciado em janeiro de 2024 com profissionais da Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Medicina. Esta constitui-se como uma equipe conectora entre a RAPS e o sistema de justiça, importante subsídio no fomento à **vivência em liberdade e a reinserção comunitária** das pessoas com transtorno mental e em conflito com a lei na Paraíba.

Elucida-se ainda que a Resolução nº 487/2023 do CNJ engendrou a criação do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (CEIMPA) da Paraíba, a partir do Ato nº 01, de 19 de março de 2024 do GMF/PB. Com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, incorreu ainda, o fechamento da porta de entrada da PPF/PB, isto é, desde fevereiro de 2024 não se pode ocorrer novas internações (Santos, *et. al.*, 2024).

As **residencialidades transitórias**, que concerne às unidades de acolhimento na RAPS, voltadas ao acolhimento temporário de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade socioeconômica em uso de substâncias psicoativas é marcado pelo **não avanço** em todo o território nacional, como pode ser visto a seguir:

### TABELA 3 – QUANTITATIVO DE UAA E UAI NO BRASIL

Região	UF	UAA	UAI	Total
Centro-Oeste	DF	1	0	1
Centro-Oeste	GO	0	1	1
Centro-Oeste	MS	1	0	1
Nordeste	AL	0	1	1
Nordeste	BA	0	1	1
Nordeste	CE	5	4	9
Nordeste	PB	2	1	3
Nordeste	PE	3	0	3
Nordeste	SE	3	0	3
Norte	AC	1	0	1
Norte	RR	1	0	1
Sudeste	MG	6	7	13
Sudeste	SP	14	5	19
Sul	PR	4	2	6
Sul	RS	3	3	6
Sul	SC	1	0	1
<b>Brasil</b>		<b>45</b>	<b>25</b>	<b>70</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/Deciv/Saps/MS – junho/2022

Em 2022, o maior quantitativo de Unidades de Acolhimento estava concentrado na região Sudeste, com destaque para o estado de São Paulo, que contava com 14 UAA e 5 UAI. No mesmo período, a Paraíba possuía apenas 2 UAA e 1 UAI. Em 2024, esse número aumentou para 1 UAA e 2 UAI, consagrando o total de 6, embora três dessas ainda não sejam habilitadas pelo MS. Esse avanço limitado reflete o “não lugar” atribuído às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que, atravessadas por aspectos morais e racistas, permanecem à margem dentro da sociabilidade capitalista.

A Portaria nº 3.088/2011 demarca uma conquista histórica à PNSM, pois aglutina o acúmulo da RPB, isto é, os dispositivos e serviços que refletem propostas de vivência em liberdade e o cuidado integral e territorial. Contudo, contraditória e dialeticamente, apresenta, em sua redação modelos distintos e antagônicos no componente da “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, por meio dos pontos: UA’s e os “Serviços de Atenção em Regime Residencial”, sendo que este último insere as Comunidades Terapêuticas (CT’s).

As UA’s atrelam-se aos pressupostos de respeito e garantia dos direitos humanos, da Redução de Danos e aos princípios da RPB, enquanto que as CT’s representam **a convivência com o arcaico**, a remanicomialização, ajustado

à guerra às drogas, ao dogma e ao fundamentalismo religioso. As UA's são regulamentadas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, pautam-se na intersetorialidade; promoção ao acesso de direitos como moradia, educação, convivência familiar e comunitária; tem ainda como referência o CAPS AD ou CAPS AD III, responsável pela elaboração do PTS.

Estes dispositivos consideram que “o fenômeno do consumo problemático de substâncias psicoativas envolve dimensões contextuais e sociais, para além da dependência química, como a criminalização da pobreza e o esgarçamento dos vínculos familiares” (Desinstitute; Weber, 2021, p. 39). As UA's possuem critérios claros, destina-se a municípios ou regiões de saúde com população igual ou superior a 200 mil habitantes, com custeio mensal, até 2023, de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais). Enquanto que a UAI destina-se a população acima de 100 mil habitantes, com custeio mensal de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Mais uma vez o critério populacional apresenta-se como um desafio a expansão dos pontos de atenção da RAPS/PB, como pode ser visualizado na Tabela 3, em todo o território nacional existem apenas 70 UA's, demonstrando que não se expandiu de forma a atender as necessidades da população em uso de substâncias psicoativas (Almeida; Cunha, 2021).

Enquanto que, o cuidado ofertado em instituições como as CTs, que tem como pilar o trabalho (laborterapia), a disciplina e a espiritualidade (Passos; Farias, 2020), avançam em todo o território nacional. Além disto, trata-se de instituições pautadas na perspectiva asilar, com ausência de profissionais especializados, sem execução de PTS, além de outros “tratamentos” que ferem os direitos humanos.

Para o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e a ONG Conectas Direitos Humanos (2022) uma série de controvérsias foram identificadas no estudo sobre financiamento público das CTs, entre 2017 e 2020, demonstrando que os governos federal, estaduais e municipais seguem critérios obscuros no fomento a essas instituições.

[...] o tipo de serviço contratado pelo Estado junto às CTs se situa em uma zona de indeterminação, transitando entre setores diferentes dos governos: saúde, assistência social, segurança, entre outros, o que reforça a ambiguidade apontada pela literatura para caracterizar a atuação dessas entidades.

Embora sejam entidades privadas, essas instituições recebem cada vez mais financiamento do Estado, mesmo que importantes pesquisas como o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017) e o levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2018) comprovem indícios de trabalhos análogos à escravidão, castigos e punições em caso de recusa do cumprimento das regras institucionais, dentre outras violações que ferem a CF de 1988 e a Lei nº 10.216/2001.

Entre 2017 e 2020 o investimento federal às CTs totalizou R\$ 300 milhões, aumentando para R\$ 560 milhões quando considerados os valores repassados por governos estaduais e prefeituras de capitais. Além disso, a partir da Lei Complementar nº 187/2021, que regula a Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS) atuantes nas áreas da educação, saúde e assistência social, as CTs passaram a receber imunidade tributária (Conectas, 2022; Agência Brasil, 2024).

A totalidade social incide sobre as singularidades e particularidades, assim o crescimento das CT's em âmbito nacional demonstra a necessidade do fortalecimento dos dispositivos da RAPS/PB que estão atrelados a RPB, e além, convém a atenção dos/as gestores/as aos compromissos firmados nos Planos para a ampliação e operacionalização da atenção psicossocial. Elucida-se que os modelos de "cuidado" antagônicos encontram-se em constante disputa pela hegemonia, e, apesar das tentativas do atual governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT), as entidades que defendem as CT's seguem vitoriosas, sobretudo no que diz respeito à disputa pelo fundo público.

**A convivência com o arcaico** ocorreu ainda com a implantação das AMENT's, mas, sendo equipes que não avançaram na Paraíba, em nosso entendimento, demarca o não compromisso com a remanicomialização da PNSM. Contudo, faz-se necessário o investimento em equipes multiprofissionais com experiência em saúde mental, na Atenção Primária à Saúde. Como por exemplo o NASF, estratégia criada em 2008 pelo MS para apoiar as ações das Equipes de Saúde da Família (ESF). O NASF tinha como objetivo principal qualificar e ampliar a resolutividade dentro da APS por meio da ESF.

O NASF foi sendo minado desde 2017 em meio ao ataque ao SUS, apenas com a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023 foi instituído a Equipe Multiprofissional na Atenção Básica (EMULTI). Essa mudança trouxe

flexibilidade na composição das equipes e na forma de organização e tem gerado preocupações no alcance e efetividade das ações.

O NASF tinha como objetivo principal qualificar e ampliar a resolutividade das ESF, incorporando profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar de forma integrada, com foco na prevenção, no cuidado integral e na territorialização das ações de saúde. Além disso, fomentava o matriciamento e o cuidado em saúde mental integral e comunitária.

A análise dos desafios da implementação e operacionalização da RAPS/PB, a partir da totalidade social evidencia que a vivência em liberdade e a reinserção comunitária, bem como as estratégias de residencialidades, apesar de fundamentais, não avançaram de forma a consolidar a desinstitucionalização, elemento cristalizador da RPB.

O avanço centralizado na categoria **cuidado integral e territorial**, especificamente em CAPS I, demarca a “capscização” (Amarante, 2013; Gomes, 2013) da RAPS/PB. Faz-se necessário mudar a lógica estruturante da sociedade — o capitalismo, que na sua atual fase, ultraneoliberal, demarca uma sociedade cada vez mais ensimesmada e alienada. Caso contrário, sem essa mudança profunda, reinterpretando Basaglia (2010), a sociedade se limitará à construção de serviços para lidar, em seus **brancos muros**, unicamente com os CID.

A RAPS sozinha não consegue dar conta da complexidade que envolve as questões de saúde mental e a diversidade que envolve a experiência do sofrimento psicossocial. O enfrentamento à **convivência com o arcaico** na Paraíba, preceitua, independentemente desta sociabilidade, o espriamento da luta antimanicomial para todas as políticas públicas inscritas na CF de 1988.

A sociedade de classes, diga-se capitalista, continuamente recria espaços de exclusão (Basaglia, 2010), desafiando a efetivação de um modelo verdadeiramente antimanicomial e emancipatório. Inspirando-se no provérbio africano que afirma: “É necessário uma aldeia inteira para educar uma criança”, compreendemos que o cuidado em saúde mental, nas prerrogativas antimanicomiais, exige uma rede complexa, integrada e interdependente.

Essa rede deve transcender os muros do “legal”, deixar de ser apenas letras e transformá-las em ações concretas e efetivas. É necessário que as diretrizes alcancem o “real” e promovam a articulação intersetorial e a

participação social na fiscalização das políticas públicas, essencial ao Estado Democrático de Direito e à interdependência dos Direitos Humanos.

## **5. APROXIMAÇÕES FINAIS**

Parafraseando lamamoto (2015), consideramos que o caminho até aqui foi

pleno de desafios, mas que nos proporcionou alcançar algumas aproximações finais. O debate acerca da saúde mental transcende a utilização de uma única abordagem teórica. Mas esta pesquisa adotou a teoria social crítica marxiana, partimos da totalidade social, a PNSM e a relação desta com a conjuntura social, política e econômica do Brasil, para a particularidade, a política de saúde mental no estado da Paraíba.

Para alcançar o objeto desta pesquisa, inicialmente, pontuamos que as estruturas manicomiais são substanciais ao capitalismo, alicerçado, no Brasil, com a “autocracia burguesa”. Ainda no Capítulo 2, destacamos que o MRS incide na reorganização da política de saúde, assim como o MRP na mudança da assistência em saúde mental, conformada na RAPS. Dialética e contraditoriamente, tais movimentos foram basilares para a redemocratização do país e a construção do SUS.

A realização da I, II, III CNSM, o Manifesto de Bauru, a promulgação da Lei nº 10.2016/2001, com consideráveis mudanças em relação ao texto original, impulsionada, também, pela condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), no Caso Damião Ximenes Lopes (Correia, 2018), são expressões da dimensão sociocultural e jurídico-política da RPB. Contudo, os avanços na Seguridade Social, inscrita na CF de 1988, bem como na PNSM, esbarram-se com o neoliberalismo, em uma conjuntura caracterizada por Dagnino (2004) de “confluência perversa”: um país avançado no legal, mas que no real encontra dificuldades para se concretizar (Mondaini, 2013).

As contradições, como parte constitutiva da vida, também se fazem presentes dentro dos movimentos sociais. Sob essa perspectiva, citamos a cisão do MRP entre MNLA e RENILA. Portanto, passamos a nos referir a estes como Movimentos de Luta Antimanicomial (MLA), na tentativa de contemplá-los como diversos e não hegemônicos. Não dissociado da conjuntura, no início dos anos 2000, ocorreu um processo de despolitização dos movimentos sociais, incidindo na luta antimanicomial (Costa, 2016).

No terceiro capítulo, particularizamos a discussão. Assim como no cenário nacional e internacional, as violações de direitos humanos em instituições asilares, foram o motor para as incidências de movimentos antimanicomiais na Paraíba. Neste estado, os hospitais psiquiátricos constituíram-se nas primeiras respostas ao enfrentamento das expressões da questão social como o sofrimento



psíquico e a miséria. Destacamos o *Asylo* de Alienados (1859), transformado no CPJM (1928), o IPP e a Casa de Saúde São Pedro, localizados em João Pessoa/PB, e, neste mesmo território, o Manicômio Judiciário (1943). Adentrando ao interior, ponderamos a existência dessas estruturas em Campina Grande, como o Hospital João Ribeiro (1966) e a Clínica D. Maia (1969); já no sertão, a Clínica Santa Helena (1977).

Portanto, defendemos que as estruturas manicomiais surgem como resposta do capitalismo para lidar com a miséria humana, a desigualdade social e a loucura e na Paraíba isso não foi diferente. Ao contrário do que se pode pensar, a capital paraibana não foi pioneira na reconfiguração da assistência em saúde mental. Destaca-se, na dimensão jurídico-política, o município de Campina Grande, que promulgou a primeira lei de reforma psiquiátrica no estado, a Lei nº 4.608/2002; desembocando na dimensão técnico-assistencial, com o primeiro CAPS da cidade inaugurado em 2003.

A Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, Lei Chico Lopes, foi promulgada dois anos após a Lei Municipal de Campina Grande, mesmo que os trâmites junto ao Legislativo paraibano tenham sido iniciados nos anos de 1990. Singularmente, os primeiros CAPS de João Pessoa, o CAPS Gutemberg Botelho e CAPS AD Jovem Cidadão, foram criados por meio da gestão estadual e como anexo do CPJM. Apenas em 2004, o CAPS Gutemberg foi municipalizado, o que não ocorreu com o CAPS AD, constituindo-se como serviço regional. Ponderamos a relevância da SELA, mas que por ser ligada à gestão estadual, se esbarra com os limites políticos-administrativos.

O controle social exerceu, historicamente, um papel imprescindível para a garantia de direitos humanos por meio das políticas públicas e das diretrizes da RPB no SUS. Assim, demarcamos a importância dos movimentos e do controle social antimanicomial. Porém, notamos que, na Paraíba, há uma fragilidade no exercício da participação social, tanto que a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica não incide no “real” como demarca, por exemplo, a inexistência da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica.

Quanto à capital, João Pessoa, um importante marco se deu com a Lei do Passe Livre, que nunca foi implementada e em 2020, na gestão Cartaxo, tornou-se inconstitucional. A Lei Municipal de Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2012,

traz avanços na dimensão jurídico-política, mas não na dimensão técnico-assistencial, visto que a previsão legal não se concretizou na realidade, como discutido no item 2.4.1 – A RAPS da 1ª Macrorregião de Saúde.

A criação da RAPS dá novos contornos a PNSM, atrelando-se ao novo modelo de organização do SUS, as RAS. Sob esse norte jurídico, a Paraíba passa a se organizar em 16 Regiões de Saúde e 3 Macrorregiões (Resolução CIB nº 13/2011 e nº 13/2015). A partir de 2013, iniciou-se a elaboração dos Planos da RAPS dessas regiões, sendo a última a ser elaborada a 10ª Região (Vale dos Dinossauros), em 2015.

Defendemos que a elaboração desses Planos fomentou a ampliação da dimensão técnico-assistencial na Paraíba. No entanto, muitos dos serviços pactuados não foram implementados, o que elucidou a distância entre o “legal” e o “real”. Os Planos, ainda que necessitem de atualizações, deram a base para a taxa de ocupação da Paraíba, em número de CAPS, ser superior à média do Nordeste, bem como a Nacional.

Em 2024, verificamos um processo de interiorização, com maior quantitativo em número de CAPS para a 3ª Macro, que conforma o sertão e o alto sertão. Porém, contraditoriamente, nota-se um processo de “capscização” (Amarante, 2013) e nos termos de Gomes (2013), uma “desinstitucionalização incompleta”, visto que não avançou em outros componentes da RAPS, como elucidado a partir das categorias “**vivências em liberdade e reinserção social**” e “**residencialidades transitórias**”.

Destacamos que algumas as regiões de saúde precisam avançar, a fim de suprimir os vazios assistenciais e efetivar **o cuidado territorial e comunitário**. Em número de CAPS com funcionamento 24h, e de CAPSi e LSM não se avançou, visto o critério populacional problematizado em âmbito nacional, inclusive na IV e V CNSM.

Ponderamos ainda que, para atender aos critérios populacionais, o arranjo organizativo da Paraíba foi realizar o agrupamento em regiões de saúde, estratégia prevista nas normativas do SUS. Apresenta-se como importante, mas desemboca na seguinte questão: como não perder de vista a subjetividade e a noção de territorialidade? Em nosso entendimento, um importante objeto de pesquisa e avaliação de política pública.

Na “cena da contemporaneidade” - Capítulo 3, discutimos sobre o avanço

do neoliberalismo e a mudança na correlação de forças. A exemplo, as mobilizações para a ocorrência da IV CNSM, com estritas críticas à inserção das CT's na RAPS; mas, pouco tempo após a sua realização, com o programa “Crack, é possível vencer” (2011), tem-se os caminhos abertos para o financiamento dessas entidades.

A partir do golpe de 2016, os ventos manicomiais se consolidam com o fim das estratégias de conciliação entre as classes promovidas pelos governos do PT. Em 2019, durante o (des)governo Bolsonaro, a PNSM foi posta à “beira do abismo” (Correia; Martins; Requião, 2019), com forte atuação da ABP e CFM, e o cenário se agrava com a pandemia da COVID-19. Conjuga-se o ultraneoliberalismo e a “remanicomialização”, ou seja, **a convivência com o arcaico**. Com isso, inserem-se na RAPS os hospitais psiquiátricos e AMENTS, fortalecendo ainda mais as CT's. Em todo o estado da Paraíba, apenas 8 destas equipes foram implantadas, o que, em nosso entendimento, representou um não compromisso com a contrarreforma.

Na corda bamba, com o retorno de Lula à Presidência, tem-se uma certa esperança na mudança entre a correlação de forças. Contudo, o que vemos, até então, é uma nova configuração das estratégias de conciliação entre as classes. Ao mesmo tempo em que o DESMAD foi criado com o objetivo de fortalecer a RAPS, acompanhado de um incremento financeiro significativo, também foi instituído o DACT, refletindo a coexistência de agendas antagônicas no campo da saúde mental.

A partir da **convivência com o arcaico**, elucidamos a necessidade do espraio da luta antimanicomial para além dos muros do SUS, para alcançar a toda a sociedade e as demais políticas públicas. Estas têm como prerrogativas a intersectorialidade, imprescindível na atuação dentro da saúde mental, visto que as pessoas em sofrimento psicossocial devem ter garantido o acesso pleno a todos os direitos sociais, como o acesso à alimentação, à moradia e à renda.

Tais direitos devem ser assegurados em distintas políticas públicas e não apenas no âmbito do SUS. Mas, dentro do processo de **remanicomialização**, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por exemplo, teve o seu orçamento direcionado para o financiamento de CT's. O não avanço da **vivência em liberdade e a reinserção social**, bem como às **residencialidades transitórias** na Paraíba, apontam não só para a dimensão institucional - compromisso dos

gestores na implantação de serviços, mas também, para a necessidade do reacender da dimensão sociocultural da RPB.

A remanicomialização da Política de Saúde Mental, com forte atuação de outras políticas públicas, como no âmbito do SUAS, por meio do financiamento às CTs, demonstra a necessidade do espraiamento da luta antimanicomial. Aponta, portanto, a necessidade do fortalecimento da dimensão sociocultural da RPB, visto que o cuidado em liberdade deve ultrapassar o SUS, alcançando direitos fundamentais, como o acesso à alimentação, à moradia e à renda. Ressaltamos ainda a relevância de estudos que discutam como a RAPS/PB se relaciona com outras políticas públicas e como que nestas ressoam as perspectivas antimanicomiais.

A recomposição da RAPS em 2023, histórica reivindicação dos MLA, exige a fiscalização. Dentre as questões centrais, destacamos: quanto é efetivamente repassado para cada ponto de atenção da RAPS/PB? Quais são as estratégias utilizadas para garantir a transparência e a eficácia dessa fiscalização? Essas reflexões tornam-se ainda mais urgentes diante das dificuldades impostas pelo mecanismo de repasse mensal realizado por meio do TMAC, que apresenta desafios à alocação eficiente dos recursos e a transparência.

Nesse sentido, entendemos como indispensável a criação de Comissões de Reforma Psiquiátrica no âmbito dos Conselhos de Saúde da Paraíba, conforme previsto na Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica. Ressaltamos ainda, que conforme evidenciado nesta pesquisa, compete aos Conselhos a fiscalização da execução do orçamento do SUS, fundamental para fortalecer e ampliar suas capacidades de controle social.

O manicômio e sua constante reatualização compõem a racionalidade burguesa, sendo assim, destacamos a relevância de compreender como a conjuntura nacional e a internacional influenciam de forma significativa a execução das políticas sociais. O momento histórico exige postura crítica que combine “o pessimismo da razão e o otimismo da vontade” (Gramsci, 1981; Basaglia, 2010) para buscar e identificar as mediações essenciais para a efetiva implementação da Política de Saúde Mental na Paraíba.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. [online]. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

\_\_\_\_\_. **Autobiografia de um movimento**: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016). Projeto Memória da Psiquiátrica no Brasil: Rio de Janeiro, 2020.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 23: p. 2067-2074. 2018.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ABRASME. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **18 de maio**: Dia Nacional da Luta Antimanicomial. FURADO, V. 2020. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/82959/18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial>. Acesso em: 28 nov. 2024.

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Manifesto contra a nomeação de Rafael Bernardon para a Coordenação Nacional de Saúde Mental**. 4 de março de 2021. Disponível em: <https://abrasco.org.br/manifesto-contr-a-nomeacao-de-rafael-bernardon-para-coor-denacao-nacional-de-saude-mental/>. Acesso em: 15 nov. 2024.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/abp/article/view/1190/86>. Acesso em: out. 2024.

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. Ariano Suassuna: biografia. Disponível em: <https://www.academia.org.br/academicos/ariano-suassuna/biografia>. Acesso em: nov. 2024.

ALMEIDA, A.; CUNHA, M. B. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 105-117, JAN.-MAR.. 2021.

BARDI, G.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. Ciência e Saúde Coletiva, 27, p. 1557-1566, 2022.

BARRETO, L. **Diário do Hospício/Cemitério dos Vivos**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRITO, F. S. L. Andanças que cortam o caminho da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande/PB. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em História. Recife, 2011.

BRAZ, M. Mudanças no perfil das lutas de classe e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das ciências sociais. In.: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In.: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social (Org.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Universidade de Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Fundo Público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, E. R.; SOUZA, G. **Notas sobre o orçamento da saúde e da assistência social no governo Bolsonaro: A mediação pandêmica**. In: SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T. (org.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 80-94

BOSCHETTI, I. **Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/LPjQQGPrjNGJ6ZnCsKmn3wx/?format=pdf&lang=p>  
Acesso em jul. 2024.

BOURGUIGNON, J. A. **O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais**. Ponta Grossa: Revista Emancipação, v.06, n. 01, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 3ª Edição. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, M. I. S. B.; MENEZES, S. B. **Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde**. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, n. 50, v. 20, p. 88- 108, jul.-dez. 2022.

BICHIR, R. **Agenda de reformas e descentralização de políticas: um balanço das trajetórias da saúde e da assistência social**. In.: CAVALCANTE, P. L. C; SILVA,

M. S. S (organizadores). Reformas do Estado no Brasil trajetórias, inovações e desafios. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA: 2020.

BISNETO AUGUSTO, J. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2017.

BBC NEWS. **Como a Covid-19 escancarou as desigualdades no Brasil**. Setembro, 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62971985>. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 24 e 28 de março de 1980.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985**. Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1985.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final. I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 1987.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002, 213 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 3.657, de 1989**. Do Sr. Paulo Delgado. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição progressiva por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Diário do Congresso Nacional, 1989.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada e conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm). Acesso em: 01 out. 2024.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.**

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre as medidas de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-13982-2-abril-2020-789931-publicacaooriginal-160250-pl.html>. Acesso em: 01 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS.** Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília, 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: 1 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Documento Orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5º CNSM).** Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

\_\_\_\_\_. Com apoio do CNS, Frente Ampla promove a 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/com-apoio-do-cns-frente-ampliada-promove-1a-conferencia-popular-nacional-d-e-saude-mental-antimanicomial>. Acesso em: 29 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 32, de 22 de dezembro de 2017.** Aprova diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 10 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, definindo suas competências e sua estrutura básica. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/135064#:~:text=A%20presente%20Medida%20Provis%C3%B3ria%20estabelece%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica,Minist%C3%A9rios%2C%20definindo%20suas%20compet%C3%Aâncias%20e%20sua%20estrutura%20b%C3%A1sica>. Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023.** Revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#art1](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#art1). Acesso em: 24 nov. 2024.



\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.** Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2020/12/portaria3350>. Acesso em: 1 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **NOTA TÉCNICA Nº 43/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-43-2020>. Acesso em: 2 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww2.camara.leg.br%2Flegin%2Ffed%2Fdecret%2F2023%2Fdecreto-11798-28>. Acesso em: set. 2024.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 757, de 22 de junho de 2023. Institui ações estratégicas para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece critérios para o financiamento federal dos seus serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2023a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757\\_22\\_06\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html). Acesso em: ago. 2024.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 552, de 4 de maio de 2023. Habilita Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Tipo I e II e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de Estados e Municípios. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0552\\_08\\_05\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0552_08_05_2023.html). Acesso em novembro de 2024.

\_\_\_\_\_. O Ministério da Saúde dobra investimento em Unidades de Acolhimento para pessoas em situação de abandono. Portal do Ministério da Saúde, 1 out. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/ministerio-da-saude-dobra-investimento-em-unidades-de-acolhimento-para-pessoas-em-situacao-de-abandono>. Acesso em: 2 dez. 2024.

CARNEIRO. S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2011. - (Consciência em debate/Coordenadora Vera Lúcia Benedito).

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023.** Dispõe sobre medidas de segurança aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

CARTA CAPITAL. Nenhum centímetro de terra indígena: como o governo Bolsonaro agiu para cumprir promessa. 2023. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/nenhum-centimetro-de-terra-indigena-como-o-governo-bolsonaro-agiu-para-cumprir-promessa/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. STF barra decreto de Bolsonaro que extingue conselhos. 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/stf-barra-decreto-de-bolsonaro-que-extingue-e-conselhos/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

CNN BRASIL. Primeira pessoa é vacinada contra a Covid-19 no Brasil. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/primeira-pessoa-e-vacinada-contra-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 01 out. 2024.

CNN BRASIL. Disputa entre Lula e Bolsonaro é a eleição para presidente mais acirrada da história. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/disputa-entre-lula-e-bolsonaro-e-a-eleicao-para-a-presidente-mais-acirrada-da-historia/#:~:text=A%20diferen%C3%A7a%20de%20votos%20entre%20os%20candidatos%20%C3%A0,Bolsonaro%20%28PL%29%20recebeu%2058%20milh%C3%B5es%20de%20votos%20%2849%2C10%25%29.> Acesso em: 15 out. 2024.

CORREIA, M. V. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CORREIA, L. C. **Por uma pedagogia da loucura:** experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Brasília - DF, 2018. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. **À beira do abismo e ao encontro do absurdo:** considerações sociojurídicas sobre a nota técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. Revista jurídica (FURB). v. 23, nº 50, jan./abr. 2019.

CORREIA, L. C.; MAGNO, P. F. C. **Direito à Saúde Mental e Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência Psicossocial em Conflito com a Lei:** uma Análise das Estratégias Jurídico-Políticas de Resistência contra o Retrocesso. RDP, Brasília, Volume 18, n. 97, 214-242, jan./mar. 2021.

COSTA, P. H. A. **Marx sobre a loucura.** Revista Dialectus, Ano 11, n. 26. julho-agosto, 2022.

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. **Saúde Mental em Tempos de Crise e Pandemia:** Um Diálogo com Martín-Baró. Revista Psicologia e Saúde, v. 13, n. 1, jan./mar. 2021, p. 217-231.

\_\_\_\_\_. **Pandemia e Luta Antimanicomial**. Revista de direitos e movimentos sociais: Insurgência. Instituto de Pesquisa Direitos e Movimentos Sociais. Universidade de Brasília, PPGDH, 2021b.

COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C. **E agora, José?** Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira na encruzilhada. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31(4), 2021.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade**: entre a inovação e o conservadorismo. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.

COSTA, L. A utilização dos manicômios dos manicômios como instrumento de repressão e mercantilização durante a ditadura militar. Desinstitute, 2024.

Disponível em:

<https://desinstitute.org.br/noticias/a-utilizacao-dos-manicomios-como-instrumentos-de-repressao-e-mercantilizacao-durante-a-ditadura-militar-brasileira>. Acesso em: Maio, 2024.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**. Porto Alegre: L & PM, 1981.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica**: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020.

CFESS. Série Assistentes Sociais no combate ao preconceito: discriminação contra população usuária da saúde mental. Caderno 08. Elaboração do texto: Rachel Gouveia Passos. Brasília (DF): Comissão de Ética e Direitos Humanos CFESS, 2022.

DATASUS. *Ficha de Estabelecimento Hospitalar: Clínica Dr. Maria*. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2024. Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2504002613735>. Acesso em: 1 nov. 2024a.

DATASUS. *Ficha de Estabelecimento Hospitalar: Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira*. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2024.

Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2507502399067>. Acesso em: 1 nov. 2024b.

DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental**: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021. 84 p. ISBN 978-65-996043-0-0.

DUARTE, M. J. O. **Política de Saúde Mental e Drogas**: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago. a dez. 2018.

SCOREL, S. Sistema de saúde brasileiro: história e configuração atual. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.;

CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOBAR, J. A. C. Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. In.: ESCOBAR, J. A. C. [et al.]. Saberes e práticas profissionais: A experiência do Centro Regional de Referência sobre Drogas de Pernambuco. Recife: Editora UFPE, 2015.

EL PAÍS. Brasil. "A posse de Jair Bolsonaro e o início de um governo conservador." Disponível em:

[https://brasil.elpais.com/brasil/2019/01/01/politica/1546380630\\_050685.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/01/01/politica/1546380630_050685.html).

Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. **PEC do teto de gastos divide economistas: “remédio amargo” ou “erro histórico”?** São Paulo, 2016. Disponível em:

[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574\\_221053.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html).

Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. **Nem um centímetro a mais para os indígenas e para a biodiversidade no Brasil de Bolsonaro.** Publicado em 20 ago. 2021. Disponível em:

<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-08-20/nem-um-centimetro-a-mais-para-os-indigenas-e-para-a-biodiversidade-no-brasil-de-bolsonaro.html>. Acesso em: 24 nov.

2024.

FAGNANI, E. Equidade e regionalização da saúde na contracorrente. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019.

FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia da COVID-19. Recomendações gerais. Brasília, 2019.

FILHO, R. S.; GURGEL, C. **Gestão democrática e serviço social: princípios e propostas para a intervenção crítica.** São Paulo: Cortez, 2018.

FREITAS, L. O. **Políticas Públicas, descentralização e participação popular.** Revista Katálysis, v. 18, n. 1, p. 113 – 122, jan./fev. 2015.

FONTES, V. **Capitalismo, crises e conjuntura.** Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 130, p. 409-445, 2017.

GALEANO, E. **As veias abertas da América Latina.** Porto Alegre, RS: L&PM, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* **A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19.** Saúde Debate, 2020. Disponível em:

G1. **Entenda a regra do teto de gastos.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/10/21/entenda-a-regra-do-teto-de-gastos.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_. **Ministro do Meio Ambiente defende 'passar a boiada' e mudar regramento e simplificar normas.** São Paulo, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/ministro-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mudar-regramento-e-simplificar-normas.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2024.

\_\_\_\_. Há um ano, SP vacinava 1ª pessoa contra Covid no Brasil: veja o que mudou e projeções para o futuro. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/17/ha-um-ano-sp-vacinava-1a-pessoa-contr-a-covid-no-brasil-veja-o-que-mudou-e-projecoes-para-o-futuro.ghtml>. Acesso em: 10 out. 2024.

GENTILLI, R. M. L. **Sociabilidade e Subjetividade:** aproximações para o Serviço Social. **Textos e Contextos.** (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 312-324, jul./dez. 2013.

GOHN, M. da G. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo.** Petrópolis: Vozes, 2010. 190 p.

GONZALES, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan.-jun, 1988.

\_\_\_\_\_. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In.: *Revista Ciências Sociais Hoje*. Anpocs, 1984, p. 223-244.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere.** Ed. e trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, v. 3.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 26º ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica.* 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Eficiência nas macrorregiões de saúde no Sistema Único de Saúde: uma abordagem comparativa - 2008-2017.* In.: **SUS: Avaliação da Eficiência do Gasto Público em Saúde.** Org. Ocké-Reis, C. O. Brasília: 2023. 1ª edição.

INFORME ENSP. **Saúde Mental vence mais uma luta:** Valencius Wurch é exonerado do cargo. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 9 maio 2016. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39572>. Acesso em: 14 nov. 2024.

JUSBRASIL. Prefeitura de João Pessoa acolhe recomendação do MPF e descredencia Instituto Psiquiátrico da Paraíba. *JusBrasil*, 23 nov. 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/prefeitura-de-joao-pessoa-acolhe-recomendacao-do-mpf-e-descredencia-instituto-psiquiatrico-da-paraiba/555823708?msocid=1b3f399a64c2636000532b4565bb6269>. Acesso em: 13 set. 2024.,

JORNAL DO COMMERCIO. Madeira do Rosarinho reafirma tradição com 90 anos de Carnaval. JC Online, Recife, 16 fev. 2017. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/canal/cidades/jc-na-folia/noticia/2017/02/16/madeira-do-rosarinho-reafirma-tradicao-com-90-anos-de-carnaval-270965.php>. Acesso em: 4 jan. 2025.

LAPS. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. **Linha do Tempo:** datas, acontecimentos, personagens e documentos da reforma psiquiátrica. Acesso em: maio de 2023. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>.

LIMA, T. de P. P. **Retirando o Sujeito do Parêntese:** Um Estudo sobre o CAPS de Cajazeiras-PB. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia, UFPE, Recife-PB.

LIMA, F. A. C.; CABRAL, M. P. G.; GUSSI, A. F.; ARAÚJO, C. E. L. **Digressões da reforma psiquiátrica brasileira na conformação da nova política de saúde mental.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 33, 8, 2023.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. Livro I. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MATOS, M. C. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19.** In.: BRAVO, M. I. *et al.* Políticas de saúde e lutas sociais em tempos de pandemia da COVID-19. Edição Especial. v. 8. n. 35, fev. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica.** 1. ed. N-1 Edições. 2018.

MACIEL, C. S. Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica. Doutorado em Psicologia Social, UFPB: 2007.

MEDEIROS, P. F. P.I; ALMEIDA, R. B. F.; ALBUQUERQUE, R. C. R. **Apontamentos sobre a construção da política nacional, estadual e municipal sobre drogas:** percurso metodológico escolhido pelo CRR Drogas UFPE. In.: ESCOBAR, J. A. C. *et al.* Saberes e práticas profissionais: A experiência do Centro Regional de Referência sobre Drogas de Pernambuco. Recife: Editora UFPE, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Centro Cultural. **Lei Municipal de Saúde Mental Campina Grande – PB.** 2002. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/CampinaGrande/lei\\_municipal2.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/CampinaGrande/lei_municipal2.pdf)> Acesso em abril de 2024.

MONDAINI, M. **Direitos Humanos no Brasil Contemporâneo.** 2º ed., reimpr. - Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.



\_\_\_\_\_. Luta pela cidadania e transformação social no Brasil pós-1988: Os Direitos Humanos entre o Legal e o Real. In: PINSK, Jaime (org.), **O Brasil no contexto**. São Paulo: Contexto, 2007.

MOTA, A. E. **Cultura da crise seguridade social**. São Paulo: Cortez, 2000.

MÉLLO, L. M. B. D.; ALBUQUERQUE, P.C.; SANTOS, R. C. **Conjuntura política brasileira e saúde**: do golpe de 2016 à pandemia da COVID-19. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 842-856, jul-set. 2022.

MELLO, C. G. Saúde e Assistência Médica no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 1977.

II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL – II CNTSM. **Manifesto de Bauru, 1987**. Revista InSurgência, Brasília, ano 3, v. 3, n. 2. 2017.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Capitalismo monopolista e serviço social. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L.; FARIAS, J. A. **Implantação e Implementação do Centro Atenção Psicossocial de Cajazeiras numa Perspectiva Interdisciplinar**. Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras e Universidade Federal da Paraíba/UFPB/CFP/ETEMLEB. PROBEX: Cajazeiras, abr. 2001.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 2019. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 28 nov. 2024.

\_\_\_\_\_. Pandemia da COVID 19 e Saúde Mental. 2022. [www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em). Acesso em: 10 de out. 2024.

PASSOS, R. “**De escravas a cuidadoras**”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. Revista: O Social em Questão, ano XX, n. 38, mai./ago, 2017.

PASSOS, R.; ARAUJO, G. C. L.; GOMES, T. M. S.; FARIAS, J. S. **Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro**. Revista Argumentum, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020.

PASSOS, R. *et al.* **A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas**: a volta dos eletrochoques e das internações psiquiátricas. Política de Saúde Mental no Brasil e Atenção Psicossocial: compromisso com a

ética e a ciência. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 42-64, 2021,

PROVIDELLO, G. G. D. e YASUI, S. **A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, out-dez. 2013.

PEREIRA, R. A. L. **O processo e regionalização da saúde na Paraíba: um estudo interpretativo de 2008 a 2013**. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva).

PIZZANI, L. *et al.* A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação. Campina, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul/dez. 2012.

PELAEZ, E. J; BEHRING, E.; BOSCHETTI, E.; CISLAGHI, J. F.; BRAVO, M. I. S.; TEIXEIRA, S. O. **Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora**. Revista de Políticas Públicas, 2020.

SALVADOR, E. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. Rev. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p.605-631, out.dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SIMÕES, C. Curso de Direito do Serviço Social. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2014 (Biblioteca básica de serviço social; v. 3).

SILVA JUNIOR, N. G. de S. **Política criminal, saberes criminológicos e justiça penal: que lugar para a Psicologia?** Tese (doutorado). Universidade Federal de Rio Grande do Norte, 2017.

SILVA, D. G. A intervenção de Ruy Carneiro (1940-1945) e o patriotismo na Paraíba durante a Segunda Guerra Mundial. In.: **Anais do 30º Simpósio Nacional de História**, Recife, 2019.

SOARES, R. C. **Contrarreforma do SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SILVA, J. P. Práticas políticas durante a interventoria Ruy Carneiro: o populismo e solo paraibano (1940-1945). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho de 2011.

SANTOS, E. B. C.; CORREIA, L. C.; FREITAS, H. S. S.; ALMEIDA, O. M. **Luta antimanicomial e direitos humanos: ações para efetivação da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba**. In: VIII SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM PRISÃO, Anais. Salvador: 2024. Disponível em: <https://www.prisoos2024.sinteseeventos.com.br/trabalho/>. Acesso em: jan. 2025.



STF. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. 2019. **STF declara inconstitucional decreto que extinguiu conselhos e comitês na administração pública federal.** Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=413839>. Acesso em: 24 nov. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA. Ato da Corregedoria e do GMF determina interdição parcial da penitenciária de psiquiatria. Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, 2024. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/ato-da-corregedoria-e-do-gmf-determina-interdicao-parcial-da-penitenciaria-de-psiquiatria>. Acesso em: 1 nov. 2024.

VASCONCELOS, E. M. **Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país.** Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da intersectorialidade. São Paulo Cortez, 2004.