



**CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO - UNISALES
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIANA VIANA COSTA FERRAZ

**AVANÇOS E DESAFIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA**

VITÓRIA

2025



**CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO - UNISALES
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIANA VIANA COSTA FERRAZ

**AVANÇOS E DESAFIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)
NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Psicologia da
UniSales – Centro Universitário Salesiano,
como requisito parcial para aprovação na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador(a): Me. Geane Uliana Miranda

VITÓRIA

2025

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Metodologia	6
3. Resultados e Discussões	7
4. Considerações Finais.....	12
5. Referências	14

RESUMO: Este trabalho tem como propósito analisar os avanços e os desafios vivenciados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da saúde mental no Brasil. Por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, investigou-se a história da loucura e suas formas de tratamento, destacando a transição do modelo asilar para o de atenção psicossocial e a relevância da Reforma Psiquiátrica nesse processo. Esta pesquisa também contemplou a consolidação dos CAPS e os obstáculos que atravessam sua efetividade no contexto contemporâneo. Os resultados indicam que os CAPS são uma conquista para a política de saúde mental e para a sociedade, ao promover acolhimento, cuidado em liberdade e valorização da autonomia dos sujeitos. Contudo, esse modelo enfrenta desafios como o subfinanciamento agravado por cortes de políticas públicas, a permanência de lógica manicomiais e o fortalecimento das comunidades terapêuticas no país. Dessa forma, embora representem uma evolução em relação ao modelo anterior, ainda encontram limitações estruturais que dificultam a plena efetivação da atenção psicossocial, o que exige investimento contínuo e compromisso ético-político.

Palavras-chave: CAPS; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT: This study aims to analyze the advances and challenges experienced by Psychosocial Care Centers (CAPS) in the context of mental health in Brazil. Through a narrative literature review, the history of madness and its forms of treatment were investigated, highlighting the transition from the asylum model to the psychosocial care model and the relevance of the Psychiatric Reform in this process. This research also considered the consolidation of CAPS and the obstacles to their effectiveness in the contemporary context. The results indicate that CAPS represent an achievement for mental health policies and for society, since they promote welcoming, care in freedom, and the valuing of individual autonomy. However, this model faces challenges such as underfunding aggravated by cuts in public policies, the persistence of the asylum logic, and the strengthening of therapeutic communities in the country. Therefore, although they represent an evolution in relation to the previous model, they still encounter structural limitations that hinder the full implementation of psychosocial care, which requires continuous investment and ethical-political commitment.

Keywords: CAPS; Mental Health; Psychiatric Reform; Psychosocial Care.

1. INTRODUÇÃO

A trajetória da assistência em saúde mental no Brasil foi acompanhada por graves violações de direitos humanos. Por décadas, internavam-se não apenas sujeitos com transtornos psiquiátricos, mas também pessoas sem quaisquer diagnósticos que desafiavam as normas sociais. Conforme relata Daniela Arbex (2013), mais de 60 mil pessoas faleceram no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, entre as décadas de 1930 e 1980. Os internos eram submetidos a diversos tipos de violências, como o uso abusivo de eletrochoques, fome, frio e exploração de mão de obra. Além disso, a autora aponta que os corpos dos internos que morriam eram vendidos para faculdades de medicina, expondo a desumanidade de um sistema que lucrava com a morte dos pacientes. Arbex (2013) também evidencia que mais de 70% dos internos não possuíam transtornos mentais, sendo compostos por crianças abandonadas, mulheres vítimas de violência, pessoas LGBTQIAPN+, alcoólatras e outros rejeitados pela sociedade. Tais dados indicam

que os manicômios não tinham um caráter terapêutico, mas sim uma lógica de segregação social, negligência e diversas práticas abusivas e cruéis.

Diante de um passado marcado por violências nos hospitais psiquiátricos e pela urgência de transformar esse sistema, as denúncias de abusos se intensificaram. Nesse contexto, a mobilização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), fundado em 1979, foi imprescindível para o avanço da Luta Antimanicomial. Esse movimento, integrado por profissionais da saúde, familiares e usuários, denunciava as condições precárias dos hospícios e defendia sua substituição por um modelo de tratamento em liberdade e orientado pelos direitos humanos. Por meio desse processo, iniciou-se a Reforma Psiquiátrica cuja proposta era superar o modelo manicomial e criar novos serviços voltados ao cuidado digno em saúde mental. Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados como dispositivos estratégicos e passaram a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assumindo papel central na atenção em saúde mental (CFP, 2022).

Com o avanço dessas mudanças, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada juridicamente pela Lei nº 10.216/2001. Essa legislação redirecionou o modelo de atenção em saúde mental e estabeleceu o cuidado em liberdade como princípio orientador. Posteriormente, a Portaria nº 3.088/2011 organizou a RAPS, reafirmando os CAPS como serviços substitutivos de atenção territorial. Entretanto, nas últimas décadas, houve um crescimento de políticas públicas de viés manicomial, especialmente com normativas que reforçaram internações e ampliaram o fortalecimento de comunidades terapêuticas em detrimento do cuidado comunitário. Somado a isso, a redução de investimentos públicos decorrente da Emenda Constitucional nº 95/2016 (Brasil, 2016) fragilizou o financiamento do Sistema Único de Saúde, afetando diretamente os serviços substitutivos. Ainda assim, os CAPS permanecem como referência no atendimento em saúde mental, promovendo acolhimento, escuta qualificada e fortalecimento da autonomia dos usuários, em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004; CFP, 2022).

Os CAPS são serviços públicos de saúde mental, abertos e comunitários, direcionados à população com transtornos mentais graves e persistentes. Dessa forma, eles se organizam da seguinte maneira: o CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios acima de 15 mil habitantes. O CAPS II oferece o mesmo tipo de serviço, mas para municípios acima de 70 mil habitantes. Já o CAPS III funciona vinte e quatro horas, incluindo finais de semana e feriados, atendendo a territórios com mais de 150 mil habitantes. O CAPS AD é especializado no cuidado de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas e é indicado para municípios acima de 150 mil habitantes. Por fim, o CAPSi oferece acompanhamento para crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico e é recomendado para localidades com mais de 70 mil habitantes (Brasil, 2013).

Em vista disso, a escolha do tema se justifica pela importância dos CAPS como dispositivos fundamentais para a consolidação do modelo de atenção psicossocial em substituição ao paradigma manicomial. Esses serviços representam um dos principais avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao priorizar o cuidado em liberdade, a inclusão social e a promoção da autonomia dos sujeitos. Contudo, o atual cenário de retrocessos nas políticas públicas de saúde mental, evidenciado por cortes orçamentários e pela retomada de práticas de caráter asilar, impõe a necessidade de uma análise crítica que aprofunde a compreensão sobre as

dificuldades enfrentadas pelos CAPS e suas consequências para a efetividade do atendimento em saúde mental.

Considerando o percurso histórico da assistência em saúde mental no Brasil e os desafios contemporâneos da atenção psicossocial, este trabalho delimita-se à análise do papel dos CAPS, suas contribuições para a superação do modelo manicomial e os entraves enfrentados diante do desmonte das políticas públicas e do fortalecimento de práticas de caráter manicomial. Dessa forma, o problema de pesquisa que orienta este trabalho é: como ocorre o processo de consolidação dos CAPS e quais dificuldades persistem no atual cenário de retrocessos no campo da saúde mental?

Dessa maneira, o objetivo geral desta pesquisa é compreender a importância dos CAPS na política de saúde mental, assim como as principais dificuldades que eles enfrentam na consolidação do modelo psicossocial. Como objetivos específicos, busca-se descrever os aspectos históricos, em âmbitos internacional e nacional, relacionados às concepções de loucura e às formas de tratamento em saúde mental; contextualizar as transformações ocorridas no cuidado em saúde mental no Brasil, evidenciando a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial como marcos na construção do modelo psicossocial; e investigar os obstáculos atuais enfrentados pelos CAPS diante dos impactos do desmonte das políticas públicas.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, a qual se configura como uma modalidade que possibilita uma discussão ampla e crítica sobre o tema analisado. Diferentemente da revisão sistemática, esse tipo de pesquisa não segue protocolos rígidos de busca e seleção, o que impede a reprodução exata dos resultados e a obtenção de indicadores quantitativos (Rother, 2007). No entanto, devido à sua flexibilidade e alcance, mostra-se adequada para examinar criticamente as produções acadêmicas sobre os CAPS, atendendo ao objetivo de discutir tanto sua importância quanto os desafios enfrentados por esse serviço.

De acordo com Rother (2007), a revisão narrativa é uma modalidade de pesquisa qualitativa que permite explorar um tema de forma ampla, discutindo o desenvolvimento do “estado da arte” sob diferentes perspectivas teóricas ou contextuais. Por não adotar protocolos rígidos de seleção e análise, não possibilita a reprodução exata dos resultados nem a apresentação de indicadores quantitativos; entretanto, cumpre importante função acadêmica ao favorecer a atualização e o aprofundamento teórico em um período reduzido de tempo. Sua estrutura é flexível, organizada em introdução, desenvolvimento e considerações finais (Rother, 2007). Nesse sentido, a adoção da revisão narrativa mostrou-se adequada a este trabalho, pois possibilita articular diferentes dimensões históricas, políticas e conceituais, permitindo analisar de maneira crítica a relevância dos CAPS e os desafios que atravessam a política de saúde mental brasileira na atualidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 As transformações históricas na concepção e tratamento da loucura

A trajetória da loucura ao longo dos séculos reflete as transformações sociais, culturais e políticas de cada época, revelando como diferentes sociedades entendem e tratam o sofrimento psíquico. Na Antiguidade, conforme descreve Pessotti (1994), predominavam três principais formas de interpretar o fenômeno. A primeira

correspondia à visão mítica, que atribuía a loucura à intervenção dos deuses. A segunda estava relacionada à perspectiva trágica, que a explicava pelos conflitos passionais e emocionais do ser humano. A terceira referia-se à concepção médica, proposta por Hipócrates e Galeno, que associava o sofrimento mental a desequilíbrios corporais. Dessa maneira, é perceptível que a concepção da loucura não é algo fixo ou neutro, mas é construída historicamente por meio de dimensões médicas, políticas, morais, sociais e culturais (Pessotti, 1994). Compreender essas origens é fundamental, pois muitos estigmas e formas de tratamento atuais ainda refletem antigas concepções que associam a loucura à desordem, ao mistério ou à doença.

Com o passar dos séculos, especialmente durante a Idade Média, a loucura foi associada às forças malignas, deixando de ser interpretada como manifestação divina e sendo vista como sinal de possessão demoníaca ou pecado. Nesse contexto, tal mudança refletia a forte influência da Igreja Católica e da moral religiosa sobre a organização da vida social, de modo que comportamentos considerados desviantes passaram a ser compreendidos como ameaças à fé e à ordem. Sob essa perspectiva, mulheres rotuladas como histéricas, assim como pessoas que apresentavam alucinações, convulsões ou comportamentos incompreendidos, eram perseguidas e punidas. Nesse período, a medicina teve sua influência reduzida, enquanto práticas espirituais, como penitências e exorcismos, tornaram-se predominantes (Pessotti, 1994). Desse modo, consolidou-se um olhar moral e punitivo sobre aqueles considerados loucos, que passaram a ser tratados como problema social e religioso. Essa concepção legitimou, por séculos, práticas de exclusão e afastamento daqueles que não se adequavam às normas sociais vigentes.

Com o avanço das mudanças culturais e políticas que marcaram o período moderno, o entendimento da loucura passou por uma transformação profunda. Sob tal perspectiva, ela foi reinterpretada como ameaça à ordem social, deixando de ser vista como fenômeno de origem sobrenatural. Conforme Foucault (1975), o surgimento dos hospitais gerais não ocorreu em resposta a uma necessidade médica, mas expressou um projeto político de contenção da desordem, no qual loucos, libertinos e criminosos eram confinados sob a mesma lógica disciplinar. Nesses espaços, o internamento tinha como finalidade a correção moral e comportamental, impondo uma normatividade baseada na razão e no trabalho. Consequentemente, essa nova racionalidade rompeu com antigos modos de acolhimento simbólico, quando o louco ainda podia ocupar um lugar ambíguo na sociedade, vinculado ao sagrado ou ao mistério (Foucault, 1975). Em vista disso, situar esse contexto histórico é fundamental para compreender a origem das práticas de exclusão e controle institucional que ainda atravessam parte da saúde mental, evidenciando que o manicômio ultrapassa o espaço físico e se mantém como lógica persistente de poder e normalização social.

Nesse cenário histórico, os hospitais psiquiátricos consolidaram-se, entre os séculos XIX e XX, como principal forma de tratamento, processo que Pessotti (1996) denomina de “era dos manicômios”. Inspiradas nas ideias de Pinel, essas instituições foram apresentadas como espaços de cuidado, embora organizadas em torno do isolamento, da contenção e da disciplina. Como analisa Foucault (1975), a psiquiatria desse período operava sob uma lógica de normalização dos

comportamentos considerados desviantes, reduzindo a experiência do sofrimento à descrição de sintomas e afastando qualquer dimensão subjetiva.

Diante disso, analisar como os manicômios se constituíram historicamente como dispositivos de exclusão possibilita avançar na compreensão de seu funcionamento interno. Nesse sentido, torna-se fundamental destacar o conceito de instituição total formulado por Goffman (1987) em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*. Segundo o autor, hospitais psiquiátricos, prisões e conventos compartilham mecanismos de segregação e vigilância que concentram, em um mesmo espaço, todas as dimensões da vida dos internados, como trabalho, descanso e cuidado. Esse fechamento físico e simbólico rompe os vínculos dos sujeitos com o mundo exterior e produz uma identidade marcada pela perda de autonomia e pela imposição de papéis rígidos. A partir de sua pesquisa no Hospital St. Elizabeths, Goffman demonstrou que tais instituições intensificam processos de disciplina e modelagem subjetiva, revelando engrenagens de poder que estruturam o cotidiano do confinamento (Goffman, 1987). Ao considerar essas noções, torna-se possível compreender de que maneira tal lógica foi reproduzida em outras realidades, incluindo o contexto brasileiro.

No Brasil, os primeiros registros oficiais sobre a loucura surgem na década de 1840, período em que ainda não existiam políticas públicas organizadas para o cuidado em saúde mental. Até então, a atenção às pessoas em sofrimento psíquico era realizada sobretudo pelas Santas Casas de Misericórdia, instituições filantrópicas ligadas à Igreja Católica, que acolhiam diferentes grupos marginalizados, incluindo aqueles identificados como “loucos”. Esse acolhimento, porém, não configurava cuidado terapêutico, pois se tratava de práticas de contenção e vigilância, que reforçavam a exclusão social e afastavam essas pessoas do convívio comunitário (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022). É nesse cenário que o Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, cria o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, subordinado à Santa Casa de Misericórdia. A instituição surge com a finalidade de retirar das ruas indivíduos considerados “desarrazoados” e de colaborar com o projeto de saneamento urbano, inspirado no modelo europeu de controle social. Assim, sua função inicial não tinha caráter terapêutico, mas sim disciplinar e higienista, apoiada na privação da liberdade daqueles vistos como ameaça à ordem pública (Resende, 2001; Messas, 2008).

Essas primeiras iniciativas configuraram a gênese do cuidado institucionalizado no país. Como destaca Messas (2008), o Hospício Pedro II operava com base em pressupostos higienistas e na lógica da reclusão, justificando o isolamento daqueles considerados perigosos ou indesejáveis. A influência religiosa da Santa Casa também reforçava uma gestão moral da loucura, combinando caridade, disciplina e vigilância. Com a Proclamação da República, em 1889, o hospício foi desvinculado da administração religiosa e passou ao domínio da psiquiatria científica, o que intensificou práticas medicalizantes e legitimou intervenções cada vez mais centradas na normalização dos sujeitos (Resende, 2001).

Ao longo do século XIX e início do século XX, a segregação das pessoas consideradas “loucas” passou a ser instituída como política de Estado. Desse modo, essas pessoas eram internadas em manicômios em condições precárias, frequentemente sem acompanhamento médico e afastadas do convívio familiar e

social. Tal cenário refletia o pensamento higienista e os ideais de ordem e progresso que legitimavam a segregação desses sujeitos dos espaços públicos, associando-os à desordem e ao perigo (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022). Assim, a exclusão dos ditos “loucos” passou a ser concebida como algo comum e justificável, uma vez que a razão era tomada como critério para definir quem poderia ocupar os espaços sociais. Nesse período, o modelo manicomial baseava-se no confinamento, o que gerou superlotação e levou à criação dos hospitais-colônia. Nesses locais, o trabalho compulsório era apresentado como terapêutico, mas, na prática, representava exploração, disciplina e precariedade. Em 1903, o Decreto nº1.132 buscou regulamentar as internações, embora sua ênfase recaísse mais na manutenção da ordem pública do que no cuidado ético das pessoas em sofrimento psíquico (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022). Assim, percebe-se que os manicômios funcionavam como modelos de exclusão, sob o pretexto de tratamento, e sustentando a lógica de higienização da sociedade.

Nas décadas de 1940 e 1950, houve uma ampla expansão da rede de hospitais psiquiátricos e ambulatórios no país, com a criação de milhares de novos leitos (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022). Contudo, essa ampliação ocorreu sem melhorias significativas na qualidade do tratamento, mantendo-se a lógica do confinamento, que agravou a superlotação, a violência institucional e a desassistência. Durante a Ditadura Militar, esse modelo foi intensificado, com incentivos estatais à abertura de clínicas privadas psiquiátricas, aprofundando a mercantilização do sofrimento psíquico em um contexto de pobreza e desigualdade (Netto, 2011). Em vista disso, o manicômio se estabeleceu não apenas como prática de controle, mas como engrenagem de um projeto político que utilizava o isolamento para administrar e conter a diferença e silenciar conflitos sociais.

3.2 A Reforma Psiquiátrica e a construção do modelo psicossocial

Diante desse contexto de exclusão e violação de direitos, emergiram, nas décadas seguintes, críticas ao modelo manicomial. Em 1978, trabalhadores da saúde, familiares, sindicalistas e pessoas com histórico de internação fundaram o MTSM, que denunciava a violência institucional e lutava por formas de cuidado baseadas na dignidade e na convivência comunitária (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022). Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e, no mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando o debate público sobre novas formas de atenção em saúde mental. Esses acontecimentos inauguraram uma compreensão ampliada do cuidado, centrada no sujeito e no princípio da liberdade, abrindo caminho para políticas públicas comprometidas com os direitos humanos (Alencar; Oliveira; Teixeira, 2022).

A Reforma Psiquiátrica brasileira consolidou-se como um movimento político, ético e social voltado à transformação das práticas em saúde mental. Ao questionar o modelo asilar como forma predominante de tratamento do sofrimento psíquico, o movimento passou a defender outras formas de cuidado em saúde mental, com práticas humanizadas, fundamentadas na cidadania e na valorização da experiência subjetiva (Amarante, 2007). Sendo assim, esse processo fortaleceu-se com a chamada “crise da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM)”, quando profissionais denunciaram as condições precárias dos hospitais vinculados ao órgão, evidenciando a urgência de uma reestruturação institucional. A

partir desse contexto, o MTSM tornou-se uma das principais forças da Reforma Psiquiátrica, articulando profissionais, pacientes, familiares e sindicatos em defesa de um cuidado orientado pela autonomia, pela convivência e pelo respeito à singularidade humana (Amarante; Nunes, 2018).

No contexto de redemocratização e de críticas ao modelo dos manicômios, ampliou-se o espaço para debates sobre saúde e direitos humanos, favorecendo a construção de um novo modelo de política de saúde mental. Em articulação com a Reforma Psiquiátrica, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como direito fundamental e estabelecendo o dever do Estado em garantir as condições para sua efetividade, por meio de políticas sociais e econômicas. Ao incorporar princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS passou a orientar a organização das redes territoriais de cuidado, nas quais os CAPS se inserem como serviços estratégicos para assegurar atenção contínua, comunitária e em liberdade às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 1990).

Como desdobramento dessas mudanças, novas bases legais e institucionais foram definidas para estruturar o modelo de atenção psicossocial. A aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, representou um marco decisivo ao redirecionar o modelo assistencial, antes centrado no isolamento, para a construção de uma rede substitutiva de serviços comunitários (Brasil, 2001). Essa legislação assegurou direitos, consolidou o cuidado em liberdade como eixo da política de saúde mental e reafirmou o papel ativo do sujeito em seu processo de reabilitação e cidadania. Como ressalta Amarante (2015), a Reforma não se limita ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas envolve uma profunda transformação ética, política e epistemológica das práticas de cuidado.

Nesse movimento, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos estratégicos para a substituição progressiva do modelo manicomial. Inspirados em experiências internacionais comunitárias e nos princípios defendidos pelo MTSM, os CAPS ofereceram uma alternativa concreta de reorganização do cuidado a partir do território, da convivência e da cidadania (Brasil, 2004; Amarante, 2007). A primeira unidade foi inaugurada em 1986, em São Paulo, simbolizando a transição de um modelo centrado na exclusão para práticas orientadas pelo vínculo e pela circulação social (CFP, 2022).

Ao longo da década de 1990, esses serviços ganharam destaque como eixos estruturantes da política pública de saúde mental, especialmente após a Declaração de Caracas (1990), que reforçou o compromisso latino-americano com a superação das práticas asilares. O Brasil se tornou referência internacional ao adotar os CAPS como pilares da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assegurando cuidado contínuo, multiprofissional e territorializado. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004; 2005), tais dispositivos têm como função acolher pessoas em sofrimento psíquico grave, oferecer acompanhamento clínico e promover reinserção social por meio de atividades terapêuticas, culturais e laborais. Contudo, sua expansão ocorreu de forma desigual entre os territórios, revelando desafios históricos de financiamento, infraestrutura e formação profissional.

Com o tempo, os CAPS se consolidaram como o principal dispositivo da RAPS, articulando cuidado clínico, ações intersetoriais e estratégias de reabilitação

psicossocial. Nessa perspectiva, tornaram-se espaços de convivência e produção de sentido, nos quais o usuário é reconhecido como sujeito ativo de seu próprio cuidado. Entretanto, como aponta Amarante (2015), a existência de serviços substitutivos não garante, por si só, a ruptura com lógicas manicomiais. Práticas de medicalização excessiva, disciplinamento e hierarquização ainda podem emergir no cotidiano, configurando o chamado “manicômio simbólico” (Amarante, 2007). Assim, o desafio contemporâneo é sustentar práticas realmente comprometidas com a autonomia, a cidadania e o cuidado em liberdade, reafirmando cotidianamente os princípios da Reforma Psiquiátrica.

3.3 Desafios dos CAPS

A consolidação dos CAPS como serviços centrais da política de saúde mental acontece em um contexto atravessado por tensões históricas e políticas que acompanham a Reforma Psiquiátrica desde seu início. Nesse sentido, um dos desafios mais marcantes é o contexto de austeridade fiscal e de crescimento da contrarreforma psiquiátrica, consolidado pela Emenda Constitucional nº95/2016, que instituiu o teto de gastos públicos e impactou o financiamento das políticas públicas. Para Delgado (2019), esse período inaugurou um processo acelerado de desmonte dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, interrompendo um processo histórico de expansão da atenção psicossocial observada até 2015. Entre 2016 e 2019, houve a edição de diversas portarias, resoluções e decretos que favoreceram o fortalecimento de hospitais e comunidades terapêuticas em detrimento da atenção psicossocial. Como consequência, a implantação de CAPS III e de outros dispositivos territoriais tornou-se mais lenta, além do agravamento da sobrecarga de profissionais e da precarização do trabalho (Delgado, 2019; Brasil, 2016).

Segundo Mattoso et al. (2022), a pandemia evidenciou a fragilidade das ações intersetoriais e das redes de apoio comunitário. Nesse período, houve interrupções de atividades territoriais e aumento de demandas clínicas, como o agravamento do adoecimento psíquico, tentativas de autoextermínio e aumento nos casos de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Desse modo, os impactos da pandemia não apenas intensificaram o sofrimento psíquico da população, como também evidenciaram e aprofundaram dificuldades já existentes nos serviços de saúde mental. Além disso, observou-se o enfraquecimento das ações territoriais, ampliando o distanciamento entre o que a política pública propõe e o que é possível executar (Benatto et al., 2022; Silvano et al., 2022).

Entre os desafios que atravessam a implantação da RAPS, destaca-se a desigualdade regional. Conforme Dimenstein et al. (2017), a pobreza, a exclusão social, a precariedade da infraestrutura urbana e rural e a distribuição desigual de serviços públicos no Brasil produzem dificuldades de acesso ao cuidado em saúde mental nos territórios. Nessas condições, populações em maior vulnerabilidade social tendem a enfrentar obstáculos mais intensos para acessar serviços especializados, o que compromete a continuidade do cuidado em locais mais remotos. Essa desigualdade compromete a efetividade da política e faz com que a qualidade do cuidado dependa, em grande medida, da capacidade financeira e da estrutura administrativa de cada município (Dimenstein et al., 2017). Diante desse cenário, a consolidação do modelo psicossocial não depende apenas da existência formal dos serviços, mas exige investimentos contínuos e enfrentamento das

desigualdades territoriais, elementos indispensáveis para garantir equidade no cuidado em saúde mental.

No campo da saúde mental, a superação do manicômio físico não significa, necessariamente, a completa superação da lógica manicomial. Segundo Saraceno (1999), essa lógica se expressa na manicomialidade, caracterizada como uma racionalidade que governa corpos e subjetividades por meio da tutela como instrumento de controle. Essa lógica manifesta-se em práticas como medicalização excessiva, encaminhamentos indiscriminados para internações e pouca escuta da singularidade dos sujeitos (Saraceno, 1999). De modo semelhante, Nunes, Torrenté e Carvalho (2022) apontam que a cultura manicomial se renova por meio da patologização de transtornos mentais, da medicalização e do estigma social. Para os autores, o manicômio contemporâneo não se limita ao espaço físico de internamento, mas se apresenta de forma sutil, atravessando as práticas clínicas, a família e a sociedade, contribuindo para a manutenção de relações de tutela (Nunes, Torrenté, Carvalho, 2022). Nesse contexto, Desviat (2012) sinaliza que as reformas psiquiátricas somente se consolidam quando há compromisso político e participação social; quando esses elementos se enfraquecem, tende-se a retomar práticas de segregação, muitas vezes justificadas por discursos de proteção, segurança pública ou suposta eficiência terapêutica. Dessa maneira, romper com o modelo asilar requer um enfrentamento de questões culturais, políticas e sociais.

Nesse sentido, os desafios vivenciados pelos CAPS estão diretamente relacionados às condições históricas, políticas e estruturais que moldam a política de saúde mental no Brasil. Posto isto, a combinação entre subfinanciamento, mudanças normativas, desigualdades regionais e permanências da lógica manicomial demonstra que o modelo psicossocial ainda encontra limites importantes para se efetivar plenamente. Assim, entender esses desafios é fundamental para reconhecer as fragilidades atuais e compreender a complexidade que atravessa a atenção psicossocial no país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como propósito analisar os avanços e os desafios que permeiam os CAPS na política de saúde mental brasileira. Ao longo da pesquisa, foi possível identificar conquistas em relação ao paradigma hospitalocêntrico e ao tratamento em saúde mental, mas também foi possível identificar os desafios atuais do atendimento em saúde mental. Nesse sentido, é pertinente destacar que os CAPS se destacam como serviços que rompem com a lógica da exclusão social e da normatização do sofrimento psíquico, uma vez que reconhecem o sujeito como autônomo, capaz de participar ativamente das decisões sobre seu processo terapêutico. Além disso, esse modelo valoriza a escuta, o acolhimento e procura compreender o sujeito com um todo, para além de seu sofrimento psíquico, o que contribui para um cuidado mais humanizado. Dessa forma, os CAPS se distinguem diretamente dos antigos manicômios, onde predominavam o confinamento, violências e maus tratos. Ao fortalecer a escuta, a convivência e a participação dos usuários, os CAPS reafirmam os princípios da Reforma Psiquiátrica e colaboram para a construção de uma política de saúde mental mais ética e humanizada.

Entretanto, como analisado, ainda persistem muitos desafios para que a luta antimanicomial se concretize de forma plena. O subfinanciamento crônico, agravado

pelas políticas de austeridade fiscal, tem prejudicado o funcionamento dos CAPS, causando redução de profissionais, suspensão de oficinas terapêuticas e dificuldades nas parcerias com áreas como educação, assistência social e trabalho. Além disso, as mudanças recentes nas diretrizes da política de saúde mental, com o retorno do apoio a hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, representam um retrocesso que coloca em risco os avanços obtidos na atenção psicossocial.

Além das questões estruturais e financeiras, também é preciso considerar desafios presentes no cotidiano dos serviços. Mesmo dentro dos CAPS, ainda se observam práticas que reproduzem aspectos do antigo modelo manicomial. O uso excessivo de medicamentos e o foco exclusivo nos aspectos clínicos dos transtornos mentais demonstram uma visão limitada, que muitas vezes desconsidera a história de vida, o contexto social e a subjetividade de cada pessoa. Dessa forma, para garantir um cuidado em liberdade de forma efetiva, é necessário ampliar os investimentos, assegurar condições de trabalho adequadas e fortalecer práticas que estejam realmente de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A partir deste trabalho, evidencia-se a relevância de pesquisas futuras que investiguem a compreensão dos usuários dos CAPS sobre os desafios e os avanços a partir de suas perspectivas, valorizando suas experiências e percepções sobre o cuidado recebido. Compreender essas vivências pode contribuir para o aprimoramento dos serviços e das políticas públicas de saúde mental. Além disso, é relevante desenvolver trabalhos que considerem também a visão dos profissionais que atuam nesses serviços, reconhecendo suas condições de trabalho, dificuldades enfrentadas e contribuições para a consolidação do modelo psicossocial. Nesse sentido, esses trabalhos podem contribuir para a valorização da atenção psicossocial, para a desmistificação desse tipo de serviço e para o fortalecimento de políticas públicas.

Diante do atual cenário de retrocessos de políticas públicas na área de saúde mental, este trabalho contribui para o entendimento da importância da atenção psicossocial em relação ao modelo hospitalocêntrico. Sendo assim, ao apontar os avanços e desafios enfrentados pelos CAPS, busca-se evidenciar a relevância desse serviço e compreender suas dificuldades no contexto atual. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de seu fortalecimento para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam alcançados, assegurando um cuidado em liberdade, pautado na autonomia dos sujeitos, na escuta qualificada e na compreensão do indivíduo para além de seu transtorno, reconhecendo-o como um sujeito em sua totalidade, considerando sua história de vida, vínculos e condições sociais.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Francisca Silva de; OLIVEIRA, Nicácia Souza; TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. **Argumentações sobre a loucura no Brasil, antes de 2010: uma contribuição histórica.** *Id on Line Revista de Psicologia*, v. 16, n. 59, p. 285-304, fev. 2022. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 28 de maio de 2025.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica.** In: AMARANTE, Paulo (org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2015. p. 45-60.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BENATTO, Matheus; SILVA, Simone; JOHANN, Daiana. **Perfil de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial durante a pandemia da COVID-19: uma análise retrospectiva.** *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 11, n. 2, p. 103–117, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.893>

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.** Regula o serviço de assistência a alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-548919-publicacaooriginal-89048-pl.html>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde Mental: diretrizes para o cuidado em liberdade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: conferência antimanicomial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias nº 3.088/2011 e nº 3.027/2011, que dispõem sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Edição revisada. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2022. 146 p. ISBN 978-65-89369-15-8. Disponível em: www.cfp.org.br.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/>.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J. P.; LEITE, J.; DANTAS, C. **Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial.** *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006. Acesso em: 28 outubro 2025

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na época clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1975.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de D. M. Leite. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MATTOSO, Bruna G.; TEIXEIRA, J. M. S.; ALMEIDA, S. R. **Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência.** *HU Revista*, v. 48, p. 1–5, 2022. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.35602>

MESSAS, Guilherme Peres. **O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65–98, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/5PJHHDnkjp3hDtM6gN6D4ZK/>

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 2001.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** 2. ed. fac-sim. da ed. de 2001. São Paulo: Hucitec, 2019. 114 p. ISBN 978-85-271-0123-3.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro / Belo Horizonte: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1999. 176 p.

SILVANO, A. D.; REZIO, L. A.; MARTINS, F. A.; BITTENCOURT, M. N.; CEBALHO, M. T. O.; SILVA, A. K. L.; BORGES, F. A. **Centro de Atenção Psicossocial: cotidiano de trabalho e articulação com a rede na pandemia.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev. RENE)*, Fortaleza, v. 23, e71660, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371660>.

