



O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DISCURSO ANTIMANICOMIAL¹

Roberta de Oliveira Soares²

Marcos César Alvarez³

Resumo: No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial é utilizado como principal serviço de tratamento psicossocial aos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Nesse contexto, é produzido um discurso antimanicomial. A análise do discurso de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e por uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial permite compreender o funcionamento da instituição, pois essas produções escritas são utilizadas como diretrizes. O discurso antimanicomial produzido é influenciado e influencia práticas no que diz respeito à institucionalização da saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: tratamento psicossocial. discurso. saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial. Brasil.

THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER AND THE ANTI-ASYLUM DISCOURSE

- 1 Este texto apresenta parte das reflexões desenvolvidas em uma pesquisa de mestrado em sociologia, defendida em 2018. A pesquisa foi realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- 2 Departamento de Fundamentos da Educação – Universidade de Montreal (UdeM) – Montreal – Canada – roberta.de.oliveira.soares@umontreal.ca – <https://orcid.org/0000-0002-4995-7909>
- 3 Departamento de Sociologia – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo – Brasil – mcalvarez@usp.br – <https://orcid.org/0000-0001-5984-9082>

Summary: *In Brazil, the Psychosocial Care Center is used as the main psychosocial treatment service for individuals diagnosed with severe and/or persistent mental disorders. In this context, an anti-asylum discourse is produced. The discourse analysis of documents produced by the Ministry of Health and by a unit of the Psychosocial Care Center allows us to understand the functioning of the institution, as these written productions are used as guidelines. The anti-asylum discourse produced is influenced by practices and influence practices regarding the institutionalization of mental health in Brazil.*

Keywords: *psychosocial treatment. discourse. mental health. Psychosocial Care Center. Brazil.*

EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y EL DISCURSO ANTI-ASILO

Resumen: En Brasil, el Centro de Atención Psicosocial se utiliza como el principal servicio de tratamiento psicosocial para las personas diagnosticadas con trastornos mentales graves y / o persistentes. En este contexto, se produce un discurso anti-asilo. El análisis del discurso de los documentos elaborados por el Ministerio de Salud y por una unidad del Centro de Atención Psicosocial permite comprender el funcionamiento de la institución, ya que estas producciones escritas se utilizan como pautas. El discurso anti-asilo producido está influenciado por prácticas y prácticas de influencia sobre la institucionalización de la salud mental en Brasil.

Palabras clave: tratamiento psicosocial. discurso. salud mental. Centro de Atención Psicosocial. Brasil.

Introdução: luta antimanicomial, reforma psiquiátrica e Centro de Atenção Psicossocial

No Brasil, como consequência do processo de luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço de tratamento psicossocial oferecido aos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Trata-se do resultado de um processo que se desenrola desde a década de 1960, com o movimento da antipsiquiatria, até a década de 1980, que trouxe a primeira conferência nacional de saúde mental e a abertura do primeiro CAPS (Amarante, 2010). Nesse contexto, um discurso antimanicomial tem sido produzido sobre a institucionalização da saúde mental e sobretudo sobre o CAPS.

Diversas pesquisas têm se dedicado a compreender essa produção discursiva, escrita ou não, concernente ao processo de luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica do Brasil (Amarante e Nunes, 2018; Lüchmann; Rodrigues, 2007), tanto com relação à participação dos atores sociais como parte do movimento social (Espírito Santo, Wanda Luiza Peregrino Do e colab., 2012; Espírito Santo, Wanda e colab., 2016) quanto no cotidiano dos serviços de saúde mental (Alencar, 2019; Koda, 2002).

No que diz respeito ao discurso produzido pelos atores sociais que se relacionam com os serviços psicossociais, verifica-se que tanto usuários quanto trabalhadores produzem discursos tendo como referência a luta antimanicomial e, mais especificamente, os serviços de saúde mental no Brasil. Existe uma reprodução do discurso do direito à saúde mental desinstitucionalizada. No entanto, nota-se também conflitos e ambiguidades, sobretudo entre o discurso político “militante” e o discurso clínico dos profissionais da saúde (Koda, 2002). Além disso, do ponto de vista discursivo, houve uma passagem de paciente a usuário e, mais precisamente, usuário ativista, pois há uma expectativa de que o usuário tenha uma postura ativa no processo de luta antimanicomial (Alencar, 2019).

No entanto, essas pesquisas não analisam necessariamente o discurso antimanicomial produzido pelo governo sobre o CAPS em diálogo com o discurso produzido pelos próprios atores sociais no cotidiano da instituição. Assim, o artigo busca analisar o discurso (Foucault, 1971; Keller e Martineschen, 2021) presente em documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde sobre a institucionalização da saúde mental e sobre o CAPS, bem como documentos informais, produzidos por atores sociais de uma unidade CAPS. Assim, pretende-se analisar os efeitos da luta antimanicomial na atualidade e algumas de suas tensões e conflitos presentes no cotidiano institucional.

Problema, objetivo e metodologia de pesquisa

O artigo objetiva compreender de que forma o discurso antimanicomial, tanto no seu aspecto oficial quanto não oficial, informa sobre aspectos da saúde mental e de sua institucionalização no Brasil, sobretudo em relação ao CAPS. Para isso, utiliza-se de pesquisa documental (Cellard, 1997; May, 2011) e da perspectiva do discurso (Foucault, 1969; Keller e Martineschen, 2021).

Com relação aos discursos, segundo Foucault (1971), esses devem ser observados como práticas que possuem regras próprias e, ao mesmo tempo, produzem efeitos de saber e de poder. O autor entende a arqueologia e, posteriormente, a genealogia como procedimentos para analisar os discursos e seus efeitos de

verdade e de poder. Trata-se de compreender como um discurso se legitimou dentro de um determinado campo de saber e como produz novos discursos (Foucault, 1969). Foucault não hierarquiza os discursos, pois considera todos importantes para análise, seja produzido pela mídia, por um especialista de um determinado campo de saber ou por leigos, pois importa conhecer também os documentos que são comumente desconsiderados pela sociedade (Foucault, 1969). Questiona-se: quem fala, de onde fala, por que fala e para quem fala, isto é, quais são as condições e os objetivos de produção do discurso (Foucault, 1969).

Keller e Martineschen (2021), ao colocarem a perspectiva de Foucault em diálogo com a Sociologia, consideram que abordar discursos implica em analisar ordens simbólicas específicas, ou seja, observar a criação e a estabilização de significados que contribuem para a construção social da realidade. Sem ignorar o papel ativo dos atores sociais e o caráter conflituoso e controverso das atribuições de sentido, uma abordagem em termos de discurso busca alcançar aspectos dos processos sociais e das práticas discursivas da construção da realidade que envolvem tanto elementos linguísticos quanto históricos e sociais. Busca-se, desse modo, recuperar os sentidos construídos por determinados discursos e as formas de classificação aí presentes; caracterizar os atores envolvidos como produtores e destinatários dos enunciados; as formas de socialização, de circulação e de institucionalização dos enunciados; as tensões e disputas que se manifestam em todos esses planos etc.

Nesse artigo, cinco documentos governamentais foram coletados enquanto discurso “oficial” sobre o CAPS que contempla uma lei, dois manuais, um documento com dados quantitativos e uma portaria. O critério principal de seleção desses documentos foi a pertinência para refletir sobre a instituição CAPS. Também se escolheu trabalhar com o discurso informal, segundo sugestão do próprio Foucault (1969), que considera importante levar em consideração discursos produzidos que possam ser desconsiderados pela sociedade. No caso, utilizaram-se produções escritas de murais de atividades na instituição e publicações em um blog. Ambos os discursos, oficiais e informais, são considerados sem hierarquização. De forma complementar, os comentários relativos à observação participante realizada em campo permitem verificar e analisar ambos os tipos de discurso no cotidiano das interações sociais na instituição.

Discurso antimanicomial “oficial” sobre o CAPS

A instituição CAPS pode ser considerada como uma nova forma de lidar com o tratamento institucional de transtornos mentais severos e/ou persistentes,

uma vez que os pacientes são considerados como usuários de um serviço psicossocial e podem participar, até certo ponto, da tomada de decisão concernente ao tratamento psicoterapêutico. Assim, a reforma psiquiátrica brasileira produziu um novo discurso sobre a loucura ou a doença mental, que sustenta e existência do CAPS.

Cada país possui suas especificidades em relação ao processo de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização, ainda que haja pontos em comum. Durante o final do Século XX, diversos países e também o Brasil passaram por um processo de Luta Antimanicomial em defesa dos direitos humanos de indivíduos diagnosticados como pessoas com *transtornos mentais severos e/ou persistentes* (Amarante, 2010; Ministério da Saúde, 2004).

Alguns fatores foram essenciais no desenrolar da Reforma Psiquiátrica no país. Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Nesse mesmo ano, vieram ao Brasil, para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições, vários pensadores importantes do movimento de antipsiquiatria, como Basaglia, Castel, Goffman, Szasz, entre outros (Amarante, 2010). A antipsiquiatria constrói uma crítica à psiquiatria, isto é, à instituição e suas práticas e ao saber-poder psiquiátrico no geral (Prado Filho e Lemos, 2012).

Em 1987, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental que foi desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2001, foi aprovada no Brasil a Lei n. 10.216, que defende o tratamento não asilar a esses indivíduos, que deveria ocorrer principalmente por meio do CAPS. A Lei n. 10.216 foi aprovada em 2001, após 12 anos de tramitação. Porém, antes da aprovação da Lei, surgiu o primeiro CAPS do Brasil, em 1986, em São Paulo, chamado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (Amarante, 2010; Ministério da Saúde, 2004).

A fim de compreender o discurso antimanicomial considerado como “oficial” sobre saúde mental e especificamente sobre o CAPS, os seguintes documentos foram escolhidos para análise: *Lei n. 10.216* (República Federativa do Brasil, 2001)⁴, *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (Ministério da Saúde, 2004)⁵, *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* (Ministério da Saúde, 2013)⁶, *Saúde*

4 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 24 jun. 2022.

5 Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

6 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

mental em dados 12 (Ministério da Saúde, 2015)⁷ e *Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017* (Ministério da Saúde, 2017)⁸.

Esses cinco documentos permitem refletir sobre o que seria o discurso oficial sobre o CAPS, por serem considerados como parte dos resultados do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Esses documentos informam sobre a visão oficial do Ministério da Saúde a respeito da reforma psiquiátrica e, especificamente, da centralidade do CAPS como principal estratégia desse processo.

Esses documentos propiciam um recorte recente no interior do que tem sido produzido nos últimos vinte anos, especificamente nos anos de 2001, 2004, 2013, 2015 e 2017. Além disso, trata-se de diferentes tipos de documentos: uma lei que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais; duas publicações sobre o CAPS, que funcionam como manuais direcionados aos profissionais da área da saúde; um documento com foco quantitativo a respeito da saúde mental brasileira; e, por fim, uma portaria que atualiza a discussão sobre o CAPS. Esses documentos informam a respeito de discursos da reforma psiquiátrica brasileira e, fornecem informações recentes publicadas pelo Ministério da Saúde. O recorte analítico também levou em consideração o interesse na instituição CAPS, isto é, foram escolhidos documentos que tratassem diretamente do CAPS. Assim, esses documentos são os mais indicados para refletir a respeito da saúde mental no Brasil de forma mais geral e especificamente sobre o CAPS. Os documentos governamentais brasileiros a respeito da saúde mental podem englobar diversas instituições que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, como as Residências Terapêuticas, entre outros. Porém, como o CAPS é considerado como estratégia central dessa rede na substituição dos hospitais psiquiátricos, foi realizado o recorte em questão (Ministério da Saúde, 2004, 2013, 2015, 2017; República Federativa do Brasil, 2001).

A *Lei 10.216* de 2001 foi um marco na reforma psiquiátrica brasileira, pois essa lei passou a defender os direitos de pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes (República Federativa do Brasil, 2001). Já a publicação *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* de 2004 tem como principal objetivo informar profissionais da área da saúde sobre o funcionamento do CAPS (Ministério da Saúde, 2004). O maior atrativo do *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento* de 2013 é informar a respeito de como deve ser a estrutura dessas instituições

7 Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

8 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 24 jun. 2022.

(Ministério da Saúde, 2013). Quanto ao documento *Saúde mental em dados 12* de 2015, ele oferece dados estatísticos sobre a saúde mental no Brasil (Ministério da Saúde, 2015). Finalmente, a *Portaria n. 3.588, de 21* de dezembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017) atualiza a discussão sobre a centralidade do CAPS enquanto modelo assistencial em saúde mental.

A análise dos documentos é focada no quanto eles podem auxiliar a identificar a produção discursiva sobre o CAPS. Os documentos mencionados são públicos e abertos, pois intencionam informar a respeito da reforma psiquiátrica brasileira e da saúde mental no país, e foram obtidos por meio da internet, diretamente nos sites oficiais do governo federal.

Com o objetivo de reforçar o discurso antimanicomial oficial do CAPS, os primeiros quatro documentos replicam principalmente os seguintes enunciados: 1) o CAPS deve “oferecer acolhimento”; 2) o CAPS deve servir para “evitar internações” por meio do “acolhimento” na própria instituição; 3) o CAPS deve promover a “autonomia” e o “protagonismo” dos usuários; 4) o CAPS deve promover a “participação” dos usuários, da família e da sociedade; 5) os “direitos humanos” de pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes devem ser respeitados; 6) o CAPS é “substitutivo” do modelo asilar representado pelo hospital psiquiátrico; 7) o CAPS mantém suas “portas abertas”, isto é, a instituição não é fechada como um hospital psiquiátrico; e 8) a “quantidade” de unidades CAPS têm aumentado ao passo que os leitos psiquiátricos têm diminuído (Ministério da Saúde, 2004, 2013, 2015; República Federativa do Brasil, 2001). Assim, esses documentos reforçam o discurso antimanicomial de que a reforma psiquiátrica brasileira aconteceu, não de forma completa, mas com resultados “satisfatórios” e que demonstram uma “evolução constante”, como dizem os documentos, em todo território brasileiro, ainda que de forma desigual, sobretudo desde o surgimento dos CAPS como estratégia central da Rede de Atenção Psicossocial para substituição dos hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004, 2013, 2015; República Federativa do Brasil, 2001).

Os documentos citados anteriormente reforçam o discurso do CAPS enquanto instituição central da reforma psiquiátrica no Brasil. Porém, a *Portaria n. 3.588, de 21* de dezembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017), vai na contramão, pois defende um discurso que contradiz o discurso dos outros documentos mencionados, como veremos a seguir em profundidade.

De qualquer forma, todos os documentos são assinados pelo Ministério da Saúde, com exceção da Lei n. 10.216, que é assinada pela República Federativa do Brasil, fala-se em nome de e pelos usuários, familiares, profissionais da saúde e, também, sociedade no sentido amplo.

De forma complementar à análise do discurso dos documentos oficiais mencionados, são também compartilhados dados empíricos pertinentes do campo com base em uma pesquisa qualitativa em sociologia em que foram realizadas observações em uma unidade do CAPS de 2014 a 2016, uma média de seis horas por semana, sobretudo observações das interações entre usuários e funcionários da equipe multidisciplinar. Por uma questão de sigilo, a unidade pesquisada não é identificada, mas ela está localizada na cidade de São Paulo, atende unicamente adultos e permanece aberta 24 horas por dia, todos os dias da semana; portanto, atende às situações de crise na própria instituição.

Enfatiza-se também que a pesquisa em questão foi realizada em um momento diferente do atual em termos políticos, isto é, desde a chegada à presidência de um governo considerado como de extrema direita e contrário às conquistas recentes em termos de avanço dos Direitos Humanos. Embora o contexto político seja diferente, os documentos aqui discutidos continuam válidos enquanto discurso oficial e discurso produzido pelos atores sociais. Ainda assim, supõe-se que o ativismo dos atores sociais que defendem que o CAPS tenha crescido devido ao contexto político atual. O contexto político não modificou a dinâmica notada em campo, mas há sempre ameaças de mudanças ao funcionamento do CAPS e mesmo a um possível retorno ao modelo asilar, o que já pode ser notado também no discurso governamental desde a *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017* (Ministério da Saúde, 2017).

Lei n. 10.216 (2001)

A Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, contém treze artigos e dispõe sobre os direitos e a proteção de pessoas com transtornos mentais e trata da questão da saúde mental no Brasil. O principal enunciado do documento é que esses indivíduos possuem direitos (República Federativa do Brasil, 2001). Segundo o psiquiatra Pedro Delgado (2011), essa lei possibilitou sobretudo o debate sobre a saúde mental por parte de todos atores sociais envolvidos e não só entre especialistas, como costumava acontecer.

Dois pontos se destacam nessa Lei, com relação ao CAPS, que dialogam com a questão sobre a produção discursiva e seus efeitos enquanto prática: 1) a participação da família e da sociedade em relação à instituição e aos atores sociais concernentes; e 2) a importância de a internação não ser asilar (República Federativa do Brasil, 2001).

A participação da família e da sociedade no tratamento das pessoas com transtornos mentais consta na Lei como um direito. Segundo a Lei, cabe ao

Estado o desenvolvimento de uma política de saúde mental e o tratamento objetiva reinserção social (República Federativa do Brasil, 2001). Na unidade acompanhada, a participação da família no cotidiano da instituição se dá principalmente de forma indireta, por meio de visitas domiciliares ou de reuniões com usuários e familiares; e a reinserção social é incentivada por saídas em grupo ou individuais, programas de geração de renda, entre outros.

No que diz respeito à internação não asilar, o documento enfatiza o direito ao tratamento terapêutico em estabelecimentos de saúde mental não asilar, por “meios menos invasivos possíveis” e sendo a internação indicada somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Quando a internação for julgada necessária, ela não poderá acontecer em instituições “com características asilares” (República Federativa do Brasil, 2001).

O CAPS é um tipo de instituição que oferece recursos extra-hospitalares. Na unidade pesquisada, a equipe procura utilizar os meios disponibilizados pelo próprio CAPS para lidar com as situações de crise dos usuários, principalmente pelo acolhimento integral, isto é, não se trata de uma internação, mas de um acolhimento realizado diretamente na instituição. Ainda assim, características de uma internação podem ser encontradas no acolhimento, uma vez que os usuários tendem a ter suas escolhas limitadas. Além disso, embora haja a possibilidade de acolhimento dentro da própria instituição, um usuário pode ser encaminhado para outra instituição, porque nem toda unidade CAPS oferece a possibilidade de acolhimento integral.

Em resumo, a Lei apresenta treze artigos, dos quais três tratam do tema dos direitos de pessoas com transtornos mentais e seis do tema da internação. Os outros quatro artigos são variados: o artigo 10 informa que transferências, acidentes, falecimentos etc. de pacientes devem ser comunicados à família e à autoridade sanitária em até 24 horas; o artigo 11 expõe que as pesquisas científicas só podem ser realizadas com o consentimento do paciente, da instituição e do Conselho Nacional de Saúde; o artigo 12 confirma que o Conselho Nacional de Saúde irá acompanhar a implementação da Lei; e o último artigo diz que a Lei entrará em vigor na data de sua publicação (República Federativa do Brasil, 2001). Assim, além desses artigos que se concentram em questões burocráticas, parte dos artigos da Lei se dedica a informar sobre os direitos de pessoas com transtornos mentais. Porém, a Lei parece ser mais centrada nas regras da internação, caso necessária, do que nos direitos relacionados ao tratamento de saúde mental não asilar.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (2004)

O principal enunciado do documento *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* é que o CAPS é “a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” para substituir o modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004: 09), ou seja, trata-se de um dispositivo que se torna o centro de uma rede ligada a outros dispositivos, como: Residências Terapêuticas, Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Fora a repetição discursiva da centralidade do CAPS na reforma psiquiátrica brasileira, há outros três importantes enunciados nesse documento. O CAPS deve: 1) oferecer acolhimento aos usuários; 2) incentivar o protagonismo e a autonomia dos usuários; e 3) procurar integrar os usuários ao território, isto é, incentivar a apropriação da cidade por parte dos usuários.

Quanto ao CAPS oferecer acolhimento, no texto, as palavras “acolher”, “acolhedor” e “acolhimento” são citadas diversas vezes nesse e em outros documentos. Esse documento afirma que o ambiente do CAPS deve ser “acolhedor” e que, ao iniciar o vínculo com a instituição, isto é, quando a pessoa se torna usuária do CAPS, ela passa por um “acolhimento” inicial. Os CAPS de tipo I e II só oferecem acolhimento diurno e os CAPS de tipo III oferecem acolhimento 24 horas por dia, todos os dias da semana. Porém, o acolhimento noturno e em finais de semana existem para situações especiais, como, por exemplo, o acolhimento integral de um usuário em situação de crise. Segundo o documento, faz parte dos objetivos do CAPS o acolhimento “bem-sucedido” das crises para evitar as internações (Ministério da Saúde, 2004). A equipe da unidade pesquisada utiliza com frequência a palavra acolhimento, sobretudo para se referir ao acolhimento inicial, quando um indivíduo se torna usuário da instituição, e ao acolhimento integral em períodos de crises de usuários. Porém, garantir que o acolhimento das crises seja bem-sucedido, como diz o texto, é algo difícil de afirmar, pois é complexo lidar com as situações de crise e variam as opiniões dos usuários sobre a instituição ser acolhedora ou não, sobretudo nessas situações.

Quanto a incentivar o protagonismo e a autonomia dos usuários, o texto trata da participação dos usuários em relação ao funcionamento da instituição e mesmo em seus tratamentos, mas sobretudo podendo opinar sobre a participação nas atividades terapêuticas: “Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço” (Ministério da Saúde, 2004: 28). O documento também diz que os usuários devem procurar os técnicos sempre que tiverem dúvidas e entende a participação na assembleia como indicador de bom relacionamento com a instituição: “A participação dos

usuários nas Assembleias muitas vezes é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS” (Ministério da Saúde, 2004: 18). Na unidade, há usuários que consideram a assembleia uma atividade importante para se participar de forma ativa, embora outros participem mais como ouvintes. Ainda outros evitam participar, embora os técnicos incentivem a participação de todos.

Quanto à integração dos usuários ao território, a instituição procura integrá-los ao território, isto é, integração “a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares” (Ministério da Saúde, 2004: 09). Essa integração varia de um usuário para outro, uma vez que alguns comumente se relacionam com o território, enquanto outros parecem ter mais dificuldades com esse tipo de integração. Por essa razão, uma das atividades promovidas pela instituição é justamente saídas em grupo pela cidade, isto é, o grupo planeja e organiza saídas culturais, entre outras.

Além disso, de acordo com esse documento, os CAPS também precisam considerar as questões de estigma, (re)inserção social, cidadania, entre outros, isto é, o documento afirma que os projetos terapêuticos precisam incluir trabalhos de inserção social a fim de diminuir o estigma e promover o protagonismo dos usuários (Ministério da Saúde, 2004). Assim, pode-se verificar que há diversas questões que são reunidas em um mesmo documento ou até em um mesmo parágrafo, de forma resumida (Ministério da Saúde, 2004).

Trata-se de um documento que contém 86 páginas, das quais 56 páginas são de anexos. Nas primeiras 30 páginas, o Ministério da Saúde apresenta o que é um CAPS, seus tipos, suas atividades, entre outros, e o que se pode dele esperar, isto é, um tratamento não asilar, e como as pessoas podem participar, não só os usuários, enquanto pacientes, mas também familiares e comunidade. Os anexos apresentam informações já abordadas na primeira parte do documento e também em outros documentos, como: regras de como organizar um CAPS; portarias, isto é, normas aplicáveis à instituição; glossário de palavras comuns da área da saúde mental; dados quantitativos a respeito do CAPS no país; e informações de contato de diversas Coordenações de Saúde e de unidades CAPS em funcionamento pelo país (Ministério da Saúde, 2004).

Assim, esse documento é bastante informativo e detalhado no que diz respeito à instituição CAPS no Brasil. Trata-se de um documento que procura legitimar a importância dessa instituição na reforma psiquiátrica brasileira e apresenta como devem ser os papéis dos diversos atores sociais envolvidos, sobretudo dos usuários e dos membros da equipe multiprofissional.

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 (2013)

O *Manual de estrutura física dos CAPS e UA* é um manual de como planejar a estrutura física de um CAPS e de uma Unidade de Acolhimento (UA). Devido ao foco do presente artigo, a análise se concentrou na parte do documento dedicada ao CAPS. O documento inicia com explicações a respeito do que é o CAPS e seu contexto histórico; em seguida, apresenta as regras a respeito da estrutura física e da composição de uma equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2013). Há dois enunciados mais importantes relacionados ao CAPS: o CAPS como instituição substitutiva do modelo asilar e o caráter aberto da instituição CAPS.

O documento afirma que a instituição CAPS é “substitutiva” do modelo asilar e que representa uma estratégia de “superação” desse modelo e se refere ao CAPS como “um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas” (Ministério da Saúde, 2013: 10). Uma vez que o CAPS é produto da reforma psiquiátrica, muito mais do que parte de um processo de desinstitucionalização, é possível considerá-lo como uma instituição não asilar, mas não necessariamente se trata de uma superação desse modelo.

Como já mencionado, há ainda hospitais, clínicas e leitos psiquiátricos, embora novas regras sobre o período de internação tenham sido estabelecidas, como vimos com a Lei 10.216. Existe também a reivindicação de que algumas unidades do CAPS funcionem dentro de uma lógica asilar. Porém, no caso da unidade pesquisada, chama a atenção o ativismo dos técnicos com relação à saúde mental e os usuários tendem a considerar que essa unidade é de boa qualidade, em comparação com um hospital psiquiátrico.

Esse enunciado se relaciona também com a questão do caráter aberto da instituição CAPS. O documento enfatiza várias vezes esse caráter, por exemplo, ao dizer que deve se tratar de um “cuidar em liberdade” (Ministério da Saúde, 2013: 24), ou que: “As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de ‘portas abertas’, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros” (Ministério da Saúde, 2013: 08). O documento também discorre sobre os diversos objetivos do CAPS, que são: cuidar, apoiar, criar projetos de vida e permitir o exercício de direitos dos usuários. Os CAPS são: “espaços de cuidar e apoiar

peças com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social” (Ministério da Saúde, 2013: 17).

Pela experiência de observação, verifica-se que a afirmação de que se trata de um ambiente de “portas abertas” é relativa, pois isso não significa que qualquer pessoa pode entrar ou sair da instituição quando quiser ou que as portas sempre se mantêm abertas. Há regras que os usuários precisam seguir e, sobretudo, em períodos de crise esse caráter aberto é revisto, pois, em prol do “bem” dos usuários, a equipe pode tomar decisões em nome dos usuários, como, por exemplo, fechar as portas da instituição para garantir que um usuário não saia durante um período de crise.

A segunda parte do documento informa sobre o que um CAPS e uma UA necessitam possuir fisicamente. No caso do CAPS, trata-se de: recepção, salas de atendimento e de atividades, banheiros, sala de medicação, posto de enfermagem, quartos coletivos para acolhimento noturno, refeitório etc. (Ministério da Saúde, 2013). A infraestrutura do CAPS é uma questão que costuma ser discutida em reuniões administrativas e também em assembleia. Algo que já foi criticado nas assembleias por técnicos é que, às vezes, os usuários preferem, por exemplo, discutir as opções de refeições em vez de discutir questões relacionadas à luta antimanicomial. Podem acontecer reclamações, por parte de usuários, de que algo está quebrado e ainda não foi consertado e, menos comum, pedidos a respeito de melhorias, como aumentar as opções de refeições oferecidas ou contratar TV por assinatura, embora haja usuários bastante engajados na luta antimanicomial.

Saúde mental em dados 12 (2015)

O documento *Saúde mental em dados 12* traz dados quantitativos a respeito da saúde mental no Brasil. Há dados sobre CAPS, UA, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, entre outros (Ministério da Saúde, 2015). No final de diversos documentos sobre saúde mental do Ministério da Saúde, é comum encontrar dados quantitativos a respeito do crescimento, principalmente, de unidades CAPS. Porém, nesse documento, isso é mais destacado. Por exemplo, há um gráfico que mostra a expansão dos CAPS de 1998 a 2014, sendo: 148 unidades em 1998 e 2209 em 2014. O documento faz questão de enfatizar que “houve um constante crescimento” (Ministério da Saúde, 2015: 09). Também na tabela que mostra os tipos de CAPS se fala em

“evolução da implementação” dos CAPS (Ministério da Saúde, 2015: 10). No entanto, as menores quantidades dessa “evolução” são de CAPS III e CAPSad III.

Os CAPS III são os estabelecimentos que ficam abertos 24 horas por dia todos os dias da semana e, portanto, são considerados apropriados para acolhimento integral, isto é, diurno e noturno (Ministério Da Saúde, 2015). Assim, apesar dos documentos do Ministério da Saúde enfatizarem a importância do acolhimento, os dados desse documento apresentam uma deficiência em CAPS III (Ministério da Saúde, 2015).

Os dados a respeito dos CAPS se encontram na seção “Atenção Psicossocial Estratégica”, que informa a quantidade de unidades CAPS por ano, por tipo, por região etc., com o objetivo de mostrar sua “evolução”, enquanto, sob a seção “Estratégias de Desinstitucionalização”, constam as informações a respeito das Residências Terapêuticas⁹, do Programa de Volta para Casa¹⁰, dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos e da “Mudança no Perfil dos Hospitais Psiquiátricos”. A chamada mudança de perfil diz respeito à quantidade de leitos. Por um lado, o documento procura demonstrar que houve um aumento de Residências Terapêuticas e do Programa de Volta para Casa; por outro lado, demonstrar que houve uma diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e uma migração de leitos em hospitais de menor porte (Ministério da Saúde, 2015).

Assim, o documento objetiva apresentar dados que comprovem que o que precisa aumentar está aumentando, ou seja, os CAPS, as UA, as Residências Terapêuticas, entre outros e o que precisa diminuir está diminuindo, isto é, a troca de leitos em hospitais psiquiátricos por leitos de saúde mental em hospitais gerais. No entanto, as unidades que proporcionam “tecnologia de cuidado contínuo” (Ministério da Saúde, 2015: 10), os CAPS de tipo III, não crescem na velocidade que se esperaria. Logo, a possibilidade do acolhimento integral não é acessível a todos.

Portaria n. 3.588 (2017)

A Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial, no qual o hospital psiquiátrico é considerado como parte integrante da rede. A portaria amplia o número de leitos psiquiátricos em

9 Residências Terapêuticas são moradias “inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos)” que visam a uma inclusão social progressiva (Ministério da Saúde, 2015: 22).

10 O “Programa de Volta para Casa” é o pagamento de um benefício que também faz parte da reinserção social para pessoas que passaram por longas internações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2015).

vez de ampliar as unidades do Centro de Atenção Psicossocial; portanto, defende uma cultura de hospitalização. A portaria pode ser considerada um retrocesso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois não continua o movimento de diminuição de leitos psiquiátricos. O discurso, presente nos documentos anteriores analisados, de superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico, desaparece nessa portaria e o contrário é reforçado (Ministério da Saúde, 2017).

Além disso, o discurso do texto dessa portaria se concentra sobretudo no discurso médico sem levar em consideração outros profissionais que trabalham na área da saúde mental. A portaria também não leva em consideração a participação dos usuários visados pela própria portaria e de órgãos relacionados como o Conselho Nacional de Saúde. Portanto, não há nesse documento o discurso presente na reforma psiquiátrica desde a aprovação da Lei 10.216 de 2001 da importância do diálogo com a sociedade. Assim, diversas medidas tomadas pela portaria indicariam um retorno à lógica manicomial (Ministério da Saúde, 2017).

Discurso antimanicomial informal do CAPS

O artigo discute tanto o discurso oficial quanto o discurso “informal” do CAPS, de certo modo, seguindo a sugestão de Foucault de considerar diferentes manifestações discursivas, incluindo aquelas manifestações que são julgadas secundárias pela sociedade justamente por não serem necessariamente legitimadas institucionalmente. Nesse sentido, é importante analisar diferentes tipos de discurso e de diferentes fontes, sem hierarquizá-los.

Além da documentação oficial produzida pelo Ministério da Saúde, emergem também os discursos dos atores sociais, tanto dos membros da equipe como especialistas em saúde mental quanto dos usuários, cujos discursos podem ser por vezes desconsiderados devido ao status de pessoas com transtornos mentais. Neste artigo, faz-se uso do termo informal para se referir aos discursos não oficiais produzidos pelos atores sociais no cotidiano da instituição.

O discurso oficial e o discurso informal se relacionam. Até certo ponto, o discurso oficial dos documentos governamentais é reproduzido no cotidiano da instituição pelos atores sociais, sobretudo pela equipe técnica multiprofissional, mas também por usuários. Porém, existe também um discurso sobre a loucura produzido pelos atores sociais e sobretudo pelos usuários que podem ser notados em produções escritas como murais de atividades da instituição e publicações de blog.

Assim, a pesquisa escolheu considerar duas fontes de discurso informal produzidas pelos atores sociais: testemunhos por escrito resultantes de informações presentes nos murais de atividades da instituição e produções escritas por

usuários da unidade publicadas em um blog resultante de uma das atividades na unidade, de cunho terapêutico e artístico. No blog, há postagens de imagens e de textos, mas, sobretudo, de poesias, incluindo produções de sarais. Uma vez que o blog pode ser facilmente acessado, seu nome não é mencionado para não expor os atores sociais em questão. Pelo mesmo motivo, evitou-se fazer citações diretas de postagens do blog. O blog e os testemunhos dos usuários e de membros da equipe foram os discursos informais possíveis de serem acessados e são representativos do discurso cotidiano presente na instituição.

O discurso informal da equipe técnica multiprofissional tende a repetir informações que são encontradas em documentos oficiais, como o fato de o CAPS não ser e não poder ser como um hospital psiquiátrico, isto é, funcionar dentro de uma lógica asilar. Parece haver um cuidado, por parte da equipe, para que isso não ocorra, embora, de forma geral, eles tendam a admitir que a lógica manicomial pode ser reproduzida no comportamento de todos no cotidiano. Assim, é como se os técnicos procurassem ter uma postura sempre vigilante em relação às práticas cotidianas.

Já o discurso informal dos usuários, de forma geral, tende a defender a qualidade da unidade CAPS da qual são usuários, embora isso não os impeça de fazer reclamações e discordar dos técnicos nas interações no cotidiano da instituição ao questionar seus projetos terapêuticos, como a participação nas atividades, a medicação e as regras da instituição como um todo.

O discurso principal produzido no blog é que a arte pode ser praticada por todos. O ato de escrever postagens no blog que foi criado é considerado pela equipe e pelos usuários como um processo criativo que pode ser benéfico no tratamento psicossocial dos usuários. Comumente, os membros da equipe não participam das atividades de forma ativa e igualitária aos usuários. Os membros da equipe justificam esse distanciamento dizendo que as atividades são voltadas para o tratamento psicossocial dos usuários. Mas também fica claro que eles procuram criar uma separação evidente entre equipe e usuários no que diz respeito a compartilhar informações íntimas durante tais atividades artísticas. Especificamente nessa atividade, técnicos e usuários participam do processo de criação. Porém, na prática, os técnicos direcionam o desenvolvimento da atividade e não se expõem tanto quanto os usuários, como pode ser verificado na própria produção escrita publicada no blog.

Assim, os técnicos também produzem, por exemplo, poesias, assim como os usuários, mas seus escritos não os expõem tanto quanto alguns usuários o fazem. Os técnicos utilizam frases de outros autores para se expressarem e, no máximo, mencionam algumas coisas que preferem ou que desgostam, enquanto

os usuários – nem todos – tendem a expor mais seus sentimentos e suas falhas. Os técnicos não parecem esquecer que a atividade faz parte do trabalho deles e existe para auxiliar os usuários com suas expressões artísticas. Aliás, os técnicos são facilitadores em todas as atividades da instituição.

O blog apresenta conteúdo de temas diversos: o que os usuários gostam de fazer, como podem aproveitar melhor o espaço da cidade, entre outros, mas também surge o tema da loucura e sua internação, sobretudo no mês em que acontece o Ato Nacional da Luta Antimanicomial. Esse ato é um momento importante anualmente na instituição como um todo, pois o tema é trabalhado em diversas atividades como a preparação para participação no Ato, além de acontecer uma reflexão mais aprofundada sobre a loucura.

O dia nacional da Luta Antimanicomial é 18 de maio de cada ano, desde 1987, e seu lema principal é “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1987, aconteceu o primeiro ato como resultado do II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental (Amarante, 2010). Anualmente, no Ato, é comum usuários segurarem cartazes com dizeres como: “Por um tratamento em liberdade” (Trecho do blog). A questão da loucura e sua liberdade é tratada em várias atividades, sobretudo nesse período. Por exemplo, em uma postagem do blog, um usuário diz que prefere “ser louco” do que viver uma “vida entediada” e termina dizendo: “Ser louco não é doença. Ser louco é ser saudável. Mas quem não aceita as diferenças não é capaz de perceber” (Trecho do blog).

Também é válido compartilhar testemunhos que podem ser encontrados nos murais da instituição. Esses murais contêm informações sobre as atividades, assim como testemunhos de usuários que participam das atividades. Por exemplo, uma usuária disse que gosta de participar das atividades do CAPS porque “a mente não trabalha para o outro lado, o ruim” (Trecho do mural). É comum usuários falarem do “lado ruim” e dizer que nem sempre são capazes de reconhecê-lo. Por isso, nem sempre aceitam tomar as medicações conforme indicado pela equipe. Nesse mesmo raciocínio, um usuário escreveu no blog: “Loucura. Loucura. Loucura. Low cura. Low cura. Low cura” (Trecho do blog). A palavra *low* em inglês significa baixo/a, assim dando a entender que não há cura para loucura, mas apenas medicações que se propõem a ajudar no cotidiano dos usuários.

Logo, verifica-se que os técnicos, mas sobretudo os usuários, produzem falas no cotidiano da instituição a respeito do funcionamento do CAPS e da saúde mental como um todo. Os usuários especificamente costumam expressar suas opiniões a respeito de seus projetos terapêuticos e das atividades terapêuticas das quais participam ou deixam de participar, e o fazem, comumente, em comparação com a realidade de um hospital psiquiátrico.

Além disso, nem sempre os usuários se expressam apenas por falas, mas também por ações, quando aceitam ou recusam as regras da instituição. Há usuários que se expressam mediante espaços formais como a assembleia; outros utilizam qualquer atividade para se expressar; e ainda outros o fazem em outros espaços como os corredores e diante da porta da sala da equipe técnica multiprofissional.

Assim, pode-se afirmar que o discurso informal e o discurso oficial do CAPS são relacionados entre si e se relacionam, por sua vez, com as interações sociais cotidianas na instituição. Não apenas os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde a respeito da saúde mental brasileira e, especificamente sobre o CAPS, e os discursos informais de técnicos e usuários presentes em ferramentas como o blog, mas também os discursos que puderam ser verificados nas interações sociais cotidianas da instituição informam sobre a instituição e seu funcionamento.

Considerações finais

A análise da dinâmica do discurso antimanicomial, tanto oficial quanto informal, produzido a respeito da saúde mental e sua institucionalização no Brasil, e especificamente sobre o CAPS, revela um esforço de reforçar que o CAPS não é um hospital psiquiátrico, isto é, não é uma instituição de modelo asilar que feriria os direitos humanos dos usuários. A necessidade de repetição desse discurso é facilmente compreendida ao se acompanhar o cotidiano da instituição na prática, pois pode-se de fato considerar que a instituição repete determinadas características de um hospital psiquiátrico, sobretudo com relação ao gerenciamento de crises dos usuários. Neste aspecto, nota-se uma dissonância entre o discurso oficial e o discurso informal. No discurso oficial, é possível identificar essa repetição de como o CAPS é uma instituição nova e completamente diferenciada do hospital psiquiátrico, um modelo asilar. No discurso informal, sobretudo com base em relatos escritos dos atores sociais (usuários e membros da equipe) de uma unidade do CAPS, nota-se uma preocupação em não reproduzir o modelo asilar no cotidiano das práticas da instituição, algo que se mostra um desafio constante. Portanto, se, no discurso oficial, o CAPS já é uma fórmula nova implementada, no discurso informal, aparece ainda uma luta constante para não reproduzir o discurso manicomial no cotidiano das interações sociais na instituição.

Trata-se de um desafio significativo não apenas porque os atores sociais envolvidos reconhecem o modelo asilar, mas também devido às ameaças constantes de grupos políticos que insistem no retorno ao modelo asilar, inclusive atualmente, de forma pública e mesmo oficial. Assim, como verificamos, desde

a Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017), o discurso da centralidade do CAPS como modelo não asilar passa a ser questionado. O discurso já defendido nessa portaria mostra um ataque aberto ao CAPS como um modelo assistencial em saúde mental. Neste artigo, ao considerar igualmente tanto o discurso oficial quanto o discurso informal, buscou-se caracterizar algumas tensões entre as orientações dos documentos governamentais e discursos produzidos por atores presentes no cotidiano do CAPS como modelo de serviço psicossocial implementado.

Referências

- ALENCAR, Roselene de. *De pacientes a usuários: direitos e conquistas na Luta Antimanicomial*. 2019. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2019.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, jun. 2018.
- CELLARD, André. L'analyse documentaire. In: POUPART, J. e colab. (Org.). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin, pp. 251–271, 1997.
- DELGADO, Pedro. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*, v. 63, n. 2, 2011, pp. 114-121.
- ESPIRITO SANTO, Wanda Luiza Peregrino Do; ARAÚJO, Inesita Soares De; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Movimentos sociais e novas tecnologias: o Youtube e a luta antimanicomial. *Reciis*, Accepted: 2013-03-21T17:57:06Z, v. 6, n. 4, 2012.
- ESPIRITO SANTO, Wanda; ARAUJO, Inesita Soares De; AMARANTE, Paulo. Communication and mental health: a discursive analysis of posters of the National Anti-Asylum Campaign Movement in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 2, pp. 453-471, jun. 2016.
- FOUCAULT, Michel. *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard, 1969.
- FOUCAULT, Michel. *L'ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris, France, Gallimard, 1971.
- KELLER, Reiner; MARTINESCHEN, Daniel. Sobre a práxis da Análise do Discurso da Sociologia do Conhecimento. *Pandaemonium Germanicum*, v. 24, n. 44, pp. 475-518, out. 2021.

- KODA, Mirna Yamazato. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. 2002. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, pp. 399-407, abr. 2007.
- MAY, Tim. *Social research issues, methods and process*. 4. ed. Maidenhead, Open University Press, 2011.
- 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: Governo do Brasil, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 3,588, de 21 de dezembro de 2017*. Brasília, DF: Governo do Brasil, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental em dados 12*. Brasília, DF: Governo do Brasil, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Governo do Brasil, 2004. (Série F--Comunicação e educação em saúde).
- PRADO FILHO, Kleber; LEMOS, Flavia. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 2, n. 1, pp. 45-63, 2012.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Lei n. 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*. Brasília, DF: Governo do Brasil, 2001.

Recebido em: 12/07/2021

Aprovado em: 20/11/2021

Como citar este artigo:

- SOARES, Roberta de Oliveira e ALVAREZ, Marcos César. O Centro de Atenção Psicossocial e o discurso antimanicomial. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 12, n. 2, maio - agosto. 2022, pp. 597-616.