



Entre o controle social e a participação democrática: a política antimanicomial e os desafios da desinstitucionalização no Brasil

Between social control and democratic participation: the anti-asylum policy and the challenges of deinstitutionalization in Brazil

Tainara Moreira Camilo¹

RESUMO

A política antimanicomial no Brasil representa uma mudança significativa na forma como o Estado e a sociedade tratam as pessoas com transtornos mentais, desafiando práticas históricas de exclusão e confinamento. No entanto, a implementação da desinstitucionalização enfrenta obstáculos que vão além das questões estruturais e administrativas, envolvendo disputas políticas e limitações impostas pelo próprio Estado. Este artigo analisa criticamente a relação entre a política antimanicomial, o controle social e a participação democrática, investigando como os mecanismos estatais restringem ou possibilitam a influência popular na formulação e execução dessas políticas. A pesquisa se baseia na teoria política e do Estado para compreender o papel do Estado tanto como garantidor de direitos quanto como agente de regulação social, destacando as tensões entre proteção e exclusão. Além disso, são examinados os mecanismos de participação pública disponíveis e os desafios enfrentados pela sociedade civil na construção de uma política antimanicomial efetiva. A abordagem metodológica adotada é qualitativa, com pesquisa documental e bibliográfica, utilizando o método dedutivo. Busca-se, assim, contribuir para a compreensão dos limites e possibilidades da democracia participativa na construção de políticas públicas que promovam a cidadania plena e a dignidade das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Política antimanicomial; Controle social; Participação democrática; Estado; Desinstitucionalização.

ABSTRACT OU RESUMEN

The anti-asylum policy in Brazil represents a significant shift in how the State and society address individuals with mental disorders, challenging historical practices of exclusion and confinement. However, the implementation of deinstitutionalization faces obstacles that go beyond structural and administrative issues, involving political

¹ Mestranda em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Email: tainaracamilo.adv@hotmail.com

disputes and limitations imposed by the State itself. This article critically analyzes the relationship between the anti-asylum policy, social control, and democratic participation, investigating how state mechanisms either restrict or enable public influence in the formulation and execution of these policies. The research is based on political theory and the State to understand the dual role of the State as both a guarantor of rights and an agent of social regulation, highlighting the tensions between protection and exclusion. Additionally, it examines the existing public participation mechanisms and the challenges faced by civil society in building an effective anti-asylum policy. The methodological approach is qualitative, relying on documentary and bibliographic research, using the deductive method. Thus, this study aims to contribute to the understanding of the limits and possibilities of participatory democracy in shaping public policies that promote full citizenship and dignity for individuals with mental disorders.

Keywords: Anti-asylum policy; Social control; Democratic participation; State; Deinstitutionalization.

1 INTRODUÇÃO

A política antimanicomial no Brasil representa uma transformação profunda na forma como o Estado e a sociedade lidam com as pessoas com transtornos mentais, desafiando séculos de práticas excludentes baseadas na institucionalização e no confinamento. O modelo manicomial, historicamente, operou como um mecanismo de controle social, legitimado pelo discurso médico-psiquiátrico e pela atuação do Estado, sob a justificativa de proteção tanto dos indivíduos diagnosticados quanto da ordem social. No entanto, essa lógica começou a ser questionada a partir da segunda metade do século XX, culminando na Reforma Psiquiátrica e na promulgação da Lei nº 10.216/2001, que estabeleceu diretrizes para a desinstitucionalização e substituiu a internação como principal forma de tratamento por um modelo de atenção psicossocial.

Apesar dos avanços legislativos e teóricos, a implementação da desinstitucionalização ainda enfrenta barreiras estruturais, políticas e sociais. Um dos principais desafios reside na participação da sociedade na formulação e fiscalização das políticas antimanicomiais. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha fortalecido os mecanismos de democracia participativa, garantindo a atuação da

sociedade civil na construção de políticas públicas, observa-se que, na prática, o Estado frequentemente adota estratégias que limitam essa participação. Seja por meio da burocratização dos conselhos e conferências de saúde, da falta de transparência na alocação de recursos para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou da manutenção de discursos que reforçam a exclusão e o estigma da loucura, o Estado exerce um papel ambíguo: ao mesmo tempo que se apresenta como garantidor de direitos, também opera como agente regulador e reproduzidor da exclusão social.

A teoria política e do Estado fornece um referencial essencial para compreender essas tensões. O conceito de controle social é central para essa análise, pois remete aos mecanismos utilizados pelo Estado para regular comportamentos e estabelecer normas sociais que podem reforçar dinâmicas de exclusão. A psiquiatria, ao longo da história, foi um dos instrumentos desse controle, classificando determinados comportamentos como patológicos e justificando a segregação de pessoas que não se enquadravam no modelo normativo de sociedade. A política antimanicomial, nesse sentido, não apenas propõe uma mudança na abordagem da saúde mental, mas desafia concepções tradicionais de poder e regulação estatal, ao reivindicar a inclusão social e a participação popular nas decisões sobre políticas públicas voltadas à saúde mental.

Diante desse contexto, este artigo busca analisar criticamente a relação entre a política antimanicomial, o controle social e a participação democrática, investigando como o Estado possibilita ou restringe a influência popular na formulação e implementação da desinstitucionalização no Brasil. Para isso, a pesquisa adota um enfoque qualitativo, baseado em pesquisa documental e bibliográfica, utilizando o método dedutivo.

O artigo está estruturado em três capítulos principais, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo explora as origens e os marcos legislativos da política antimanicomial no Brasil, analisando a relação entre a desinstitucionalização e a construção da cidadania. O segundo capítulo discute o papel do Estado na regulação dessa política, enfatizando as contradições entre a garantia de direitos e as estratégias de controle social. No terceiro capítulo, são

examinados os desafios e as possibilidades da participação democrática no processo de desinstitucionalização, avaliando os entraves institucionais e os caminhos para a ampliação do envolvimento da sociedade civil na formulação dessas políticas.

2 - A Política Antimanicomial no Brasil: Origens, Legislação e a Luta pela Desinstitucionalização

A construção do modelo manicomial no Brasil remonta ao século XIX, quando a loucura passou a ser institucionalizada em hospitais psiquiátricos sob o argumento de tratamento e proteção social. No entanto, a institucionalização psiquiátrica sempre esteve fortemente vinculada a mecanismos de controle social, funcionando como uma ferramenta para a segregação de indivíduos considerados desviantes, improdutivos ou socialmente indesejáveis.

As formas com que as noções de “loucura” foram tratadas ao longo da história ocidental europeia são suficientemente conhecidas, havendo vasta bibliografia no assunto. No campo penal, interessa tentar identificar mais precisamente o ponto em que o sofrimento psíquico começou a tornar-se objeto do controle e do discurso penal, e as implicações deste choque, ou cruzamento entre o discurso médico e o discurso judiciário, ou dogmático. (Ferraz, 2020, p.37)

Segundo Hungria (1940), “a inimputabilidade se caracteriza pela ausência de discernimento do agente no momento da prática delitiva” (Hungria, 1940). Este conceito foi influenciado por doutrinas médicas e psiquiátricas que, desde o século XIX, começaram a reconhecer a importância da saúde mental na determinação da responsabilidade criminal.

É, de fato, no século XIX, com o desenvolvimento da prisão, que surgem as condições de possibilidade para uma criminologia, uma vez que o criminalizado passa a interessar a partir da qualificação “científica” de seu ato como delito e de sua pessoa como delinquente. (Foucault, 2012, p. 84).

Assim, a partir da normalização disciplinar da sociedade, nasce uma criminologia cuja grande noção estruturante foi, em termos de teoria penal, a periculosidade, que viria a significar a consideração do indivíduo ao nível de suas

virtualidades, não dos seus atos; não em relação às infrações à lei, mas das possibilidades de comportamento que estas infrações representam. (Foucault, 2012, p.85). É com a criminologia e a noção de periculosidade que se passa a observar não mais um confronto, mas sim uma colaboração estreita entre o discurso jurídico e o discurso psiquiátrico.

Inspirado no modelo europeu, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital da Ordem Terceira do Rio de Janeiro, foi fundado em 1841. Com o tempo, esses estabelecimentos se multiplicaram e passaram a ser utilizados não apenas para o tratamento de transtornos mentais, mas também como espaços de confinamento de populações marginalizadas, incluindo pobres, mulheres que desafiavam padrões sociais, negros e pessoas com deficiência intelectual. Assim, o manicômio se consolidou como um instrumento de exclusão institucionalizada, reforçando desigualdades sociais e racializadas.

A problemática envolvendo a interface entre crime e transtorno mental no sistema catarinense manteve-se por um longo período, mesmo após a implantação da Colônia Santana. Observava-se uma situação paradoxal, na qual esses indivíduos eram considerados ameaças à segurança quando inseridos no ambiente hospitalar, por supostamente colocarem em risco os demais pacientes, enquanto, no contexto prisional, assumiam uma posição de extrema vulnerabilidade, tornando-se alvos fáceis de exploração pelos demais detentos (Melo, 2002).

Posteriormente, o Manicômio Judiciário de Santa Catarina — atualmente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico — foi instalado junto ao presídio de Florianópolis, sendo inaugurado em dezembro de 1970 e iniciando suas atividades em janeiro de 1971. A direção inicial ficou sob responsabilidade do médico Júlio César Gonçalves, que permaneceu no cargo por curto período, sendo substituído, após mudança administrativa, pelo psiquiatra Pedro Largura, que exerceu a função por aproximadamente vinte anos (Melo, 2002).

O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal,



apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional. (Brasil, 2011)

Nas décadas seguintes, o modelo biomédico da psiquiatria ganhou força, consolidando o hospital psiquiátrico como principal resposta estatal para o tratamento de transtornos mentais. O tratamento, no entanto, era frequentemente pautado por práticas desumanizantes, incluindo eletrochoques, sedação forçada e internações prolongadas sem critério técnico rigoroso. Diante desse cenário, críticas ao modelo foram crescendo, culminando em movimentos de resistência que questionavam a eficácia e a ética das internações manicomiais.

A política antimanicomial no Brasil é um conjunto de ações e princípios que visam à garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial, promovendo o fim das internações compulsórias em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde mental comunitários e integrados à rede de atenção básica. Essa política foi inspirada pelo movimento da reforma psiquiátrica, que surgiu na década de 1970 como uma reação às condições desumanas e violentas dos manicômios, onde milhares de pessoas eram segregadas, torturadas e mortas. (Melo, 2004, p. 2)

No Brasil, as mobilizações voltadas à superação do modelo manicomial passaram a ganhar força a partir do final da década de 1970, em articulação com outros movimentos sociais. Nesse período, trabalhadores da saúde mental denunciaram tanto as condições precárias a que os pacientes eram submetidos nas chamadas instituições totais quanto a lógica econômica que sustentava a expansão de leitos psiquiátricos privados. Ao mesmo tempo, persistiam discursos que defendiam a retomada do modelo asilar, o que se mostrava contraditório em relação às propostas antimanicomiais então em construção (Carrara, 1998).

As tentativas de renovação do modelo psiquiátrico passaram a atribuir novas funções às instituições, sob o argumento de modernização, incorporando também a intenção de enfrentar a exclusão social historicamente associada às pessoas internadas, que, em grande parte, já se encontravam em situação de vulnerabilidade antes mesmo da institucionalização. Apesar das mudanças estruturais, como a conversão dos manicômios em colônias, a lógica asilar

permaneceu presente, o que evidenciou a necessidade de avançar no processo de desospitalização, promovendo a reintegração social dos indivíduos e a construção de alternativas capazes de superar o modelo hospitalocêntrico tradicional (Santos; Farias, 2014).

Nesse contexto, entre as décadas de 1980 e 1990, a reforma psiquiátrica brasileira passou a se orientar por experiências internacionais, especialmente pelo modelo desenvolvido em Trieste, na Itália, buscando romper com a estrutura asilar e implementar serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial. Como resultado das mobilizações sociais em torno dessa pauta, instituiu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com o objetivo de fomentar o debate público e dar visibilidade às questões relacionadas à loucura e à diferença (Carrara, 1998).

As inovações trazidas pela reforma psiquiátrica não alcançaram de imediato os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que permaneceram à margem dessas transformações até a promulgação da Lei Paulo Delgado. Apenas a partir de 2002 passaram a ocorrer discussões institucionais sobre o tema, ainda sem impacto significativo na promoção de mudanças concretas no cenário nacional.

A lei federal 10.216 e as propostas de vários eventos vinculados à Saúde mental apontaram a necessidade de discussão dos conceitos intrínsecos à política de internação compulsória de loucos infratores: inimputabilidade, medida de segurança, periculosidade, entre outros temas não aprofundados na Reforma Psiquiátrica. (Santos; Farias, 2014, p. 522).

A partir da implementação das diretrizes do Plano Nacional de Saúde voltado ao sistema penitenciário, inaugura-se uma nova fase da reforma psiquiátrica, marcada pela incorporação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às discussões teóricas e práticas do campo. As consequências dessas mudanças legislativas são amplas e estão relacionadas à tentativa de alinhar essas instituições aos princípios gerais da reforma, promovendo a reorientação do modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A luta antimanicomial brasileira teve como um de seus marcos o Congresso de Psiquiatria de Bauru, em 1987, onde foi lançada a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios”. Esse evento consolidou a articulação entre profissionais da saúde,

movimentos sociais e familiares de pessoas internadas, criando uma pressão política para a reformulação do modelo de atenção em saúde mental.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental e dever do Estado, abriu-se caminho para a construção de políticas públicas voltadas à desinstitucionalização. O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou princípios da atenção psicossocial, e experiências como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começaram a se expandir pelo país.

A Lei nº 10.216/2001, marco da política antimanicomial no Brasil, passou a disciplinar a atenção em saúde mental, estabelecendo que a internação psiquiátrica deve ser compreendida como medida de caráter terapêutico e excepcional, a ser adotada com observância dos direitos do paciente. Nesse sentido, o tratamento deve estar orientado à promoção da saúde e à reintegração do indivíduo ao convívio familiar, ao trabalho e à vida em comunidade.

Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi um marco na política de saúde mental no Brasil. Sancionada após mais de uma década de debates no Congresso Nacional, a legislação estabeleceu a desinstitucionalização como princípio norteador, garantindo que o tratamento de pessoas com transtornos mentais priorizasse a inclusão social e o atendimento em serviços comunitários, ao invés da internação hospitalar prolongada.

No entanto, a implementação da política antimanicomial não ocorreu sem desafios. A resistência de setores conservadores, a influência de interesses privados no setor psiquiátrico e a falta de investimento adequado dificultaram a consolidação plena do modelo psicossocial. Além disso, a desinstitucionalização exigia não apenas o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas a criação de redes de suporte comunitário, o que nem sempre foi devidamente executado pelo Estado.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou, em 2023, a Resolução nº 487, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, visando adequar a atuação da Justiça às normas nacionais e internacionais de respeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial em conflito com a lei, e estabelecendo procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei nº

10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Essa resolução prevê a desinstitucionalização dos pacientes dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, a criação de equipes multidisciplinares para avaliar cada caso e a integração dos usuários em serviços de saúde mental comunitários. (Araújo, 2023, p. 47-48)

A normativa orienta que a reabilitação dos portadores de transtornos mentais deve se dar por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, além do acesso à renda e ao trabalho. O documento recomenda atendimento em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, proibindo o uso de contenção física ou de medicação desproporcional ou prolongada, além de isolamento compulsório e eletroconvulsoterapia. (Araújo, 2023, p.49)

A Lei Antimanicomial e a Resolução CNJ nº 487/2023 são instrumentos legais que orientam a transformação desse cenário, mas que dependem de uma efetiva implementação e de uma constante vigilância para que sejam cumpridos. (Araújo, 2023, p.56)

Estabelecem que a internação psiquiátrica só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e que o tratamento deve visar a reinserção social do paciente em seu meio. A lei também proíbe a internação de pacientes em instituições com características asilares, ou seja, aquelas que não oferecem assistência integral e que violam os direitos humanos dos pacientes. A importante Resolução CNJ nº 487/2023 que regulamenta a política de desinstitucionalização e estabelece diretrizes para a atenção psicossocial às pessoas submetidas a medidas de segurança.

Todavia, a Conamp (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público) ajuizou no Supremo Tribunal Federal (STF) uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), com pedido de suspensão liminar de eficácia, da Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A liminar da referida ação foi deferida e a resolução está suspensa aguardando julgamento.

Portanto, a Lei Antimanicomial é um marco histórico na luta pela saúde mental no Brasil, mas ainda requer muita mobilização, articulação e fiscalização para que seja plenamente cumprida e que as pessoas com transtornos mentais possam ter uma vida digna e integrada à sociedade

3 - Controle Social e Regulação Estatal: O Estado como Garantidor de Direitos ou Agente de Exclusão?

A relação entre o Estado, o controle social e a política antimanicomial no Brasil é complexa e marcada por tensões entre a garantia de direitos e a reprodução da exclusão social. Historicamente, o Estado utilizou a institucionalização psiquiátrica como um instrumento de regulação social, justificando o confinamento de pessoas com transtornos mentais sob a justificativa de proteção da ordem pública e do bem-estar coletivo.

A teoria do controle social auxilia na compreensão dessa dinâmica, demonstrando como o Estado estabelece normas e mecanismos para regular comportamentos que podem reforçar estruturas excludentes. Foucault (2012), ao analisar o funcionamento das instituições disciplinares, demonstra como hospitais psiquiátricos, prisões e outras instituições de reclusão atuam como dispositivos de poder, normatizando corpos e excluindo aqueles que não se enquadram nos padrões sociais dominantes.

De um lado, a Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado, estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como um mecanismo de acesso universal à saúde mental. A Lei 10.216/2001 fortaleceu essa perspectiva ao instituir a desinstitucionalização como princípio fundamental e ao criar diretrizes para o atendimento comunitário de pessoas com transtornos mentais. Além disso, mecanismos institucionais como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde foram concebidos para assegurar a participação democrática na formulação de políticas públicas.

Segundo Ferro (2016), o acesso à informação constitui elemento essencial para o exercício do controle social, sendo também responsabilidade dos serviços de

saúde e de seus profissionais promover iniciativas que contribuam para a capacitação e conscientização dos usuários e de seus familiares.

Segundo Gohn (2005) a participação da sociedade civil nas novas esferas públicas também comporta uma premissa básica: seu objetivo não é substituir o Estado, mas lutar para que este cumpra seu dever, propiciar serviços públicos com qualidade para todos.

A importância da participação da sociedade civil se faz neste contexto não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos, enclausurados no Estado e seus aparelhos. A importância se faz para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam não apenas às questões emergenciais, a partir do espólio de recursos miseráveis destinados às áreas sociais. (Gohn, 2005, p. 78)

Conforme aponta Ferro (2016), é necessário transformar a postura dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, de modo a incentivar os usuários a ampliarem sua compreensão sobre as questões relacionadas à saúde, especialmente no que diz respeito aos seus direitos.

A informação é fundamental para o reconhecimento dos mecanismos como opção para a atuação junto aos serviços. Isto implica proporcionar um conjunto de ações que requerem a divulgação destes mecanismos, como também a apresentação de respostas às necessidades da população que reforçarão o conhecimento e a confiança nestes mecanismos. (Pateman, 1992, p. 112)

Essas marcas autoritárias também se manifestam na limitada cultura de participação social, observada tanto na população em geral quanto entre os usuários dos serviços de saúde mental (Silveira; Brante; Stralen, 2014). Nesse contexto, os espaços destinados à participação frequentemente se mostram distantes da realidade cotidiana, sobretudo em razão do uso excessivo de linguagem técnica, siglas e jargões pouco acessíveis, o que dificulta a compreensão e acaba por desestimular o envolvimento dos usuários nesses processos.

Um dos pressupostos centrais entre os teóricos da democracia participativa é a relação entre a participação e o desenvolvimento das habilidades necessárias para seu exercício. A criação de espaços que possibilitem a vivência de um efetivo processo democrático permite a experimentação de novas dinâmicas de poder, viabilizando a emergência de discursos diversos e a valorização da pluralidade.

Entretanto, esses espaços enfrentam o desafio de reconhecer e superar suas próprias práticas tutelares. Por meio do livre confronto de ideias, podem surgir soluções inovadoras para os problemas cotidianos.

Nesse contexto, aponta-se para a necessidade de mudanças culturais que promovam tanto a superação dos estigmas associados à loucura e à primazia do saber técnico—mecanismos que perpetuam a injustiça epistêmica—quanto o fortalecimento de uma cultura participativa, ainda incipiente na sociedade brasileira. Para isso, torna-se fundamental a formação política dos usuários, capacitando-os para uma compreensão mais aprofundada das políticas de saúde e do exercício pleno de seus direitos.

Entende-se que a promoção do controle social demanda a implementação de processos educativos em diferentes espaços institucionais, abrangendo áreas como saúde, educação e assistência social, bem como organizações da sociedade civil, de modo a alcançar diversos segmentos sociais e ampliar o acesso ao conhecimento sobre o tema. Nessa perspectiva, destaca-se que “processos educativos participativos poderiam ser utilizados para capacitação dos diferentes segmentos envolvidos, com vistas a fortalecer o controle social na saúde” (Romano et al., 2023, p. 6).

A participação em instâncias decisórias também contribui para que os usuários assumam uma postura mais ativa e crítica em relação aos serviços de saúde que utilizam, influenciando diretamente a forma como esses cuidados são ofertados. Além disso, esse envolvimento favorece maior compreensão sobre o próprio processo de adoecimento e sobre as possibilidades de cuidado (Ferro, 2016). Os espaços participativos, nesse sentido, funcionam como instrumentos de reflexão e atualização das políticas públicas em saúde mental, estimulando novas formas de compreender o sofrimento psíquico e de desenvolver estratégias para seu enfrentamento.

Por outro lado, observa-se que o exercício efetivo do controle social depende não apenas do conhecimento das políticas públicas da área, mas também da compreensão prática do funcionamento dos serviços e dispositivos de saúde mental.

De acordo com Ferro (2016), a participação dos usuários em espaços de deliberação e reivindicação de direitos pode favorecer o desenvolvimento da autonomia, na medida em que esses sujeitos passam a assumir um papel mais ativo não apenas nesses ambientes, mas também em outras esferas de suas vidas. Esse protagonismo contribui para o fortalecimento de sua capacidade de atuação social e de tomada de decisões. Além disso, a vivência participativa possui caráter formativo, pois possibilita a construção de conhecimentos de natureza política pelos próprios usuários.

4 - Democracia e Saúde Mental: A Participação Popular na Desinstitucionalização no Brasil

Segundo Romano et al. (2023), a democracia participativa se caracteriza pela atuação direta da população nos processos de tomada de decisão, ressaltando, ainda, o caráter formativo dessa participação. Em contraposição ao modelo tradicional, centrado predominantemente na representação, sustenta-se que tais mecanismos são insuficientes para a consolidação de uma prática democrática efetiva. Nessa perspectiva, a ausência de vivências participativas nos diferentes espaços sociais impede o desenvolvimento de competências e atitudes indispensáveis ao exercício da democracia, o que compromete a construção de um sistema verdadeiramente participativo (Pateman, 1992).

Nessa linha de compreensão, a ampliação dos mecanismos de participação social revela-se fundamental para a efetiva consolidação de um regime democrático.

Conforme expõe Gohn:

Entendemos a participação como um processo de vivência que imprime sentido e significado a um grupo ou movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo consciência crítica, agregando força sociopolítica a esse grupo ou ação coletiva, e gerando novos valores e uma cultura política nova.

Não estamos nos referindo qualquer participação, mas que leve à mudança e à transformação social. (Gohn, 2005, p. 30-31)

Nesse caso, é a transformação baseada na teoria da Emancipação Humana, que busca na liberdade, justiça e direitos, o rumo de suas ações. Não é

apenas normativa, um simples receituário de regras e orientações, fruto dos desejos de indivíduos isolados, que muitas vezes só mantêm na prática discursiva o tema da emancipação, como um ideal para outros seguirem. A emancipação real é proativa, constrói-se na prática cotidiana, no jogo diário dos relacionamentos e sua meta é a autonomia dos sujeitos. (Gohn, 2005, p. 33)

Para além da análise dos mecanismos formais de participação social, torna-se igualmente relevante considerar outras formas de organização e mobilização de usuários e seus familiares no campo da saúde mental. Nesse sentido, iniciativas como o Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e/ou Familiares se destacam por possibilitar a sistematização e divulgação de informações sobre essas organizações, contribuindo para o fortalecimento das articulações entre os grupos e ampliando a visibilidade de suas ações em defesa de direitos (Romano et al., 2023).

Nesse contexto, a participação da sociedade civil revela-se fundamental não apenas para ocupar espaços historicamente controlados por interesses econômicos, mas, sobretudo, para promover a democratização da gestão pública. Essa atuação busca também reorientar as prioridades governamentais, de modo que as políticas públicas deixem de se limitar a respostas emergenciais e passem a atender de forma mais ampla às demandas sociais (Gohn, 2005).

De acordo com Rolim, Cruz e Sampaio (2013), a construção social negativa em torno das pessoas com transtornos mentais contribui para a produção de estigmas que comprometem sua credibilidade, inserindo-as em uma situação de vulnerabilidade epistêmica, na qual sua capacidade de produzir e compartilhar conhecimento é frequentemente deslegitimada pelos interlocutores.

Esse cenário é reforçado pela persistência de representações sociais que associam esses sujeitos à ideia de incapacidade, inclusive em contextos institucionais, o que dificulta o reconhecimento de sua aptidão para identificar problemas e formular avaliações sobre sua própria realidade (Romano et al., 2023).

Nessa perspectiva, o conceito de injustiça epistêmica permite compreender os desafios presentes nos espaços de participação social no campo da saúde mental. Embora o Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial prevejam a

participação dos usuários como princípio estruturante, esses espaços ainda estão inseridos em uma cultura que tende a desvalorizar os saberes dessas pessoas, em razão do estigma associado à doença psiquiátrica. Como consequência, sua atuação é frequentemente limitada, uma vez que suas opiniões e julgamentos são constantemente questionados, reduzindo suas possibilidades de intervenção efetiva na realidade (Romano et al., 2023).

Os obstáculos enfrentados na efetivação da participação popular nos serviços de saúde mental, aliados a um cenário de fragilização e mudanças nas políticas públicas da área, evidenciam a necessidade de maior atenção aos processos participativos e às discussões que os atravessam. Nesse contexto, destaca-se que as formas de organização social são dinâmicas e marcadas por tensões e contradições, o que torna essencial o fortalecimento de iniciativas e movimentos voltados à promoção da democracia e da justiça social (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

Para Gohn (2005) uma democracia robusta requer um Estado que responda à pressão constante e vigilante da sociedade civil, que precisa se manter ativa e comprometida. Esse protagonismo civil não só responsabiliza o Estado, mas também aprofunda o sentido de pertencimento e engajamento cívico, essenciais para uma sociedade justa. Em essência, a participação da sociedade civil é indispensável para garantir que a democracia brasileira não seja apenas uma formalidade, mas um processo vivo e dinâmico, que coloca o bem comum e os direitos humanos no centro das decisões políticas.

5 CONCLUSÃO

A política antimanicomial no Brasil representa uma ruptura com o modelo histórico de segregação e confinamento de pessoas com transtornos mentais, trazendo para o centro do debate a necessidade de um modelo de atenção que priorize a reintegração social e o cuidado em liberdade. Desde a promulgação da Lei 10.216/2001, avanços significativos foram conquistados no campo da saúde mental, garantindo a ampliação de serviços comunitários e a redução progressiva da internação psiquiátrica de longa duração. Entretanto, a implementação efetiva dessa política ainda enfrenta desafios estruturais, políticos e sociais, especialmente no que

se refere ao papel do Estado na regulação das políticas públicas e à participação da sociedade civil na tomada de decisões.

O controle social, historicamente exercido pelo Estado por meio da institucionalização da loucura, não foi completamente superado, mas apenas ressignificado. A política de saúde mental ainda enfrenta entraves como a precarização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a priorização de comunidades terapêuticas privados em detrimento de serviços públicos e a manutenção de discursos que associam transtornos mentais à periculosidade. O Estado, apesar de seu papel como garantidor de direitos, continua adotando mecanismos que dificultam a efetivação da desinstitucionalização, seja por meio da falta de financiamento adequado, seja pela burocratização da participação popular nos espaços deliberativos.

Nesse contexto, a participação democrática surge como um elemento essencial para consolidar a política antimanicomial e garantir que as decisões sobre saúde mental sejam construídas de forma coletiva e transparente. O direito à saúde mental não pode ser tratado apenas como uma questão técnica ou administrativa, mas como um direito fundamental que deve ser protegido por meio da atuação conjunta entre Estado e sociedade. No entanto, a efetividade dessa participação ainda é limitada por fatores como a falta de acessibilidade nos conselhos e conferências de saúde, a descon sideração das deliberações populares e a predominância de interesses políticos e econômicos na formulação das políticas públicas.

Diante desse cenário, é fundamental que o Estado reforce seu compromisso com a desinstitucionalização, garantindo que a transição do modelo manicomial para o modelo psicossocial ocorra de forma estruturada e sustentável. Para isso, é necessário ampliar os investimentos na RAPS, fortalecer os mecanismos de controle social e democratizar os processos decisórios, assegurando que as vozes dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental sejam efetivamente consideradas.

Assim, a luta pela desinstitucionalização não se encerra com a legislação existente, mas exige um esforço contínuo para que os princípios da reforma psiquiátrica sejam efetivamente incorporados às práticas institucionais e sociais. A



consolidação de uma política de saúde mental verdadeiramente inclusiva passa pela ampliação da participação democrática e pela superação das barreiras que ainda dificultam o exercício da cidadania por pessoas com transtornos mentais. O desafio que se impõe é garantir que a desinstitucionalização não seja apenas um conceito normativo, mas uma realidade concreta, construída por meio de políticas públicas eficazes e da participação ativa da sociedade na defesa dos direitos humanos e da dignidade de todos os cidadãos.





REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Amanda Zandonaide de. **Transtornos Mentais e Direito Penal: A realidade de absolvição sumária imprópria e a aplicação das medidas de segurança.** Trabalho de conclusão de curso – Universidade Estradual Paulista (Unesp). Franca, 2023. Disponível em

<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/e98856d8-518f-473a-bf72-70d1bfe33ca0/content> acesso em 08 de fevereiro de 2025;

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.** Brasília/DF. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm acesso em 08 de fevereiro de 2025;

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n.10.216/2001.** Brasília/DF, 2011. Disponível

<https://mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf> acesso em 06 de fevereiro de 2025;

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro/São Paulo, Ed. da UERJ/Edusp, 1998;

FERRAZ, Hamilton Gonçalves. **A inimputabilidade no direito penal brasileiro: evolução histórica, princípios fundamentais e a proteção dos direitos humanos e constitucionais das pessoas com transtornos mentais.** Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2020.

FERRO, Luís Felipe. **Fortalecimento do controle social em saúde mental: estratégias e possibilidades,** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 601-610, 2016. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0691> Acesso em: 22 de fevereiro de 2025.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas.** Trad. de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3ª ed. 6ª reimp. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2012.

GOHN, Maria da Glória. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias.** São Paulo: Cortez, 2005.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal.** Rio de Janeiro: Forense, 1940.

MELO, Marcos Costa - **O Estado e a "Loucura": da trajetória à concretização da Colônia Santana.** Monografia de Graduação em História. Florianópolis: UFSC, 2002,



<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/480/9884>; Acesso em: 08 de fevereiro de 2025.

MELO, Marcos Costa – Crime e Loucura: uma trajetória até a criação do Manicômio Judiciário de Santa Catarina. **Revista Esboços nº 11** – UFSC, 2004, – disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/480/9884> acesso 18 de fevereiro de 2025.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

ROLIM, Livia Borges; CRUZ, Rita de Cássia Leite; SAMPAIO, Kleber Jacinto de Aquino Júnior. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

ROMANO, Bruna; SCHNEIDER, Juliana Neuenschwander; COUTO, Antônio Augusto; SERPA JUNIOR, Othon de Carvalho. **Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa**. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2, e210875pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210875> Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. **Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 515-527, set. 2014. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>; Acesso em: 08 de fevereiro de 2025.

SILVEIRA, André Rodrigues; BRANTE, Ana Raquel Sampaio Daltro; VAN STRALEN, Cornelis Johannes. **Práticas discursivas na participação social em saúde mental**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 783-793, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140071>. Acesso em: 20 fev. 2025.