


SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SEUS DESAFIOS NA ATUALIDADE

MENTAL HEALTH IN BRAZIL AND ITS CURRENT CHALLENGES

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.049-010>**Expedito Junio da Silva Sousa**ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3220-1459>E-mail: juniorsous88@hotmail.com**RESUMO**

O estudo teve como objetivo discutir a situação da atenção em saúde mental no Brasil e os desafios enfrentados na atualidade, articulando um panorama histórico do cuidado psiquiátrico com a reorganização de serviços e práticas orientadas pelo cuidado em liberdade. Adotou-se metodologia de revisão de literatura, de caráter qualitativo e narrativo, com levantamento e seleção de produções nacionais relacionadas ao tema, buscando identificar marcos de transformação do modelo assistencial, obstáculos contemporâneos e possibilidades de aprimoramento da rede de cuidados. Os resultados indicam que, embora a Reforma Psiquiátrica tenha impulsionado a substituição progressiva do modelo centrado na internação por estratégias territoriais e comunitárias, persistem desigualdades de cobertura e acesso, limitações de recursos humanos, fragmentação do acompanhamento e dificuldades de articulação entre serviços, com repercussões diretas na continuidade terapêutica e na reinserção social. Observou-se, ainda, que o estigma e a exclusão social continuam interferindo no reconhecimento do sofrimento psíquico, na busca por cuidado e no suporte familiar, contribuindo para a reprodução de práticas de controle e medicalização em alguns contextos. Conclui-se que os avanços alcançados dependem da consolidação de redes comunitárias integradas, da qualificação permanente das equipes e de políticas públicas que sustentem o cuidado longitudinal, com foco em direitos, cidadania e integralidade do atendimento.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; Reforma psiquiátrica; Rede de cuidados; Estigma social; Políticas públicas.

ABSTRACT

The study aimed to discuss the current situation of mental health care in Brazil and the main challenges faced today, linking a historical overview of psychiatric care to the reorganization of services and practices grounded in community-based and rights-oriented approaches. A qualitative narrative literature review was conducted, including the identification and selection of Brazilian publications related to the topic, in order to map key milestones in the transformation of the care model, contemporary barriers, and opportunities

for improving the care network. The findings indicate that, although Psychiatric Reform has fostered a gradual shift from hospitalization-centered practices toward territorial and community services, significant challenges remain, including unequal service coverage, access barriers, limited human resources, fragmented follow-up, and weak coordination among care points, which directly affects continuity of care and social reintegration. The analysis also highlights that social stigma and exclusion still shape how psychological suffering is recognized, how individuals seek help, and how families provide support, sometimes reinforcing control-oriented and overly medicalized responses. The study concludes that sustaining progress requires strengthening integrated community care networks, ensuring ongoing workforce training, and supporting public policies that enable long-term, comprehensive care grounded in rights, citizenship, and continuity.

Keywords: Psychosocial care; Psychiatric reform; Care network; Social stigma; Public policies.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental ascendeu ao topo da agenda pública brasileira, impulsionada por um cenário onde convivem, paradoxalmente, o estigma persistente e as abismais desigualdades regionais no acesso à assistência. Existem tensões latentes entre a proposta de um cuidado genuinamente comunitário e o resquício de práticas que, no fundo, ainda flertam com o isolamento do sujeito (Vasconcelos, 2002; Brasil, 2008). Historicamente, o olhar social sobre o que chamamos de "loucura" se estruturou sob o peso de instituições totais e saberes técnicos rígidos. O foco era o controle e a internação. Essa herança explica por que, ainda hoje, o tema é um campo de batalha ético, político e técnico (Foucault, 1961; Basaglia, 1985).

Dentro dessa moldura, emerge o problema central desta investigação: como os progressos da Reforma Psiquiátrica e a criação de serviços substitutivos conseguem coexistir com barreiras práticas de acesso e de continuidade do tratamento? A questão é urgente. Sobretudo quando olhamos para a explosão de diagnósticos de depressão, transtornos de ansiedade e o uso problemático de substâncias (Brasil, 2005; Medeiros, 2006). A investigação vai além do papel: não se trata apenas de ter políticas ou equipamentos formais instalados. O nó górdio reside na capacidade real dos territórios em tecer redes integradas que sustentem o vínculo e a responsabilidade mútua, impedindo que novas formas de "institucionalização" se infiltrem no cotidiano, mesmo que os grandes muros dos manicômios tenham caído (Nascimento, 2010; Alverga; Dimenstein, 2006).

O propósito maior deste estudo é debater o panorama atual da saúde mental em solo brasileiro. Para isso, busca-se costurar a trajetória histórica da Reforma com os obstáculos que o presente impõe à garantia de direitos dentro das unidades de saúde (Amarante, 2000; Brasil, 2008). No plano específico, a pesquisa pretende: recuperar os marcos políticos que permitiram a transição do modelo de asilo para o cuidado

territorial; dissecar as dificuldades impostas pela demanda crescente e pela exaustão das equipes de trabalho; discutir como o preconceito e a exclusão moldam negativamente a vida de usuários e seus parentes; e, por fim, propor caminhos que fortaleçam uma rede focada na reinserção social (Campos, 1998; Onocko-Campos, 2006).

Justifica-se este esforço pela compreensão de que a dor psíquica não se encerra em si mesma. Ela transborda. Afeta o trabalho, a economia doméstica e a dinâmica das famílias, exigindo um olhar que acolha a singularidade do sujeito em vez de focar apenas na remissão de sintomas ou na contenção de crises (Furegato, 2009; Villela; Monteiro; Vargas, 2009). É fato que a Reforma consolidou o cuidado em liberdade. Contudo, as lacunas de cobertura e a baixa qualidade assistencial em municípios menores permanecem como gargalos críticos. O resultado é um ciclo perverso: filas intermináveis, deslocamentos forçados e o agravamento de quadros clínicos que poderiam ser manejados se o acolhimento inicial fosse, de fato, ágil e resolutivo (Brasil, 2008; Minas Gerais, 2006).

Do ponto de vista teórico, a literatura que fundamenta este estudo indica que a crítica ao manicômio e às violências associadas ao modelo asilar não se limita à denúncia histórica, mas sustenta a defesa de um cuidado que reposicione o sujeito para além do rótulo diagnóstico, valorizando vínculos, projetos de vida e inserção social (Basaglia, 2002; Rotelli et al., 2001). Nessa direção, as leituras sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil destacam seu caráter político-social, com participação de trabalhadores, usuários e familiares, e com implicações diretas na redefinição das práticas e das tecnologias de cuidado no SUS, ainda que tais avanços convivam com contradições, resistências e desigualdades estruturais (Amarante, 1995; Brasil, 2005).

Metodologicamente, o trabalho se ancora em revisão de literatura, mobilizando referências que discutem a Reforma Psiquiátrica, a organização de redes comunitárias e a permanência de desafios na atenção psicossocial, de modo a compor um panorama analítico do tema e sustentar a discussão proposta (Desviat, 1999; Amarante, 2000). A organização do texto contempla: uma contextualização histórica do debate em saúde mental; uma abordagem do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e de seus desdobramentos; e uma discussão dos principais desafios atuais, enfatizando implicações para usuários, familiares e equipes de saúde nos serviços.

2 METODOLOGIA

Este trabalho se configura como uma revisão narrativa de literatura, sob uma perspectiva qualitativa, sustentada por um levantamento bibliográfico rigoroso em bases de dados e repositórios acadêmicos. O propósito central é reunir e tencionar produções que abordem a saúde mental brasileira e os dilemas que cercam o cuidado na atualidade. Para isso, estruturou-se inicialmente uma varredura criteriosa de

documentos, selecionando apenas textos disponíveis em sua totalidade, o que permitiu a construção de um referencial teórico robusto e evitou a dispersão com materiais que pouco agregavam ao escopo do estudo.

No que tange à estratégia de busca, o foco recaiu sobre os descritores “saúde mental”, “desafios”, “contemporaneidade”, “riscos” e “ações”. Esses termos foram aplicados em plataformas eletrônicas — com atenção especial à SciELO e outros buscadores de peso acadêmico — priorizando-se artigos que apresentassem tais conceitos no título, resumo ou cerne do texto. Após esse mapeamento, os materiais passaram por uma leitura exploratória para checar a aderência real ao tema, seguida de uma triagem seletiva que eliminou duplicatas e textos que se distanciavam da problemática investigada.

Ao filtrar o volume inicial, identificaram-se 32 documentos; destes, 21 foram selecionados para compor a revisão por sua relevância e força argumentativa. A etapa final consistiu em uma análise descritivo-interpretativa. Os achados foram organizados em eixos temáticos que percorrem desde a gênese histórica do cuidado em saúde mental até os impasses contemporâneos garantindo, assim, uma discussão que dialogue profundamente com as contradições do cenário brasileiro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais achados desta revisão indicam que a situação contemporânea da saúde mental no Brasil se explica menos por um “déficit técnico” isolado e mais por uma combinação entre heranças históricas de exclusão, reconfigurações institucionais da Reforma Psiquiátrica e pressões atuais de demanda, que incidem de maneira desigual nos territórios, tensionando a oferta de cuidado em liberdade e a garantia de direitos no cotidiano dos serviços (Furegato, 2009; Brasil, 2005).

Eles são mais maltratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz acorrentados em lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais. (Desviat, 1999, p. 68).

A evidência histórica sintetizada no excerto acima opera, nesta discussão, como marcador analítico: ela explicita que a institucionalização foi sustentada por práticas de contenção e por um regime moral de controle, cujo efeito social foi produzir a desumanização do sujeito em sofrimento psíquico, com repercussões persistentes no estigma e na desconfiança social em relação à loucura (Foucault, 1961; Basaglia, 1985).

Também no âmbito desse movimento a Psiquiatria de setor, surgiu nos anos 60, inicialmente na França, onde se configurou como uma política oficial que visava atuar no âmbito da comunidade de forma a assegurar o tratamento das doenças mentais por meio do atendimento ao usuário em seu meio social e cultural, embora tendo como centro o hospital psiquiátrico. O trabalho em saúde mental era realizado por meio da divisão de territórios geográficos em setores e da intervenção por equipes de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Porém, esta modalidade não teve muito êxito, pois teve que enfrentar o alto custo da implantação desses serviços comunitários e a resistência de grupos intelectuais imbuídos de um pensamento conservador que acreditava numa possível invasão de ruas por loucos. (Amarante, 2000, p. 4).

A leitura dos resultados, quando conectada a esse marco, sugere que a transição para modelos territoriais e comunitários não depende apenas de “boa formulação”, pois encontra obstáculos de custo, cultura institucional e resistências sociais, o que ajuda a interpretar por que a Reforma Psiquiátrica brasileira, embora tenha produzido ganhos importantes, permanece atravessada por contradições e por disputas sobre o lugar do hospital e sobre o reconhecimento de cidadania do usuário (Alves, 2001; Desviat, 1989).

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (Amarante, 1995, p. 91).

A partir desse enquadramento, os achados apontam que a Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como processo social e institucional que reorganizou práticas e dispositivos, favorecendo a expansão de serviços extra-hospitalares e a crítica ao modelo hospitalocêntrico, o que é reforçado pelas referências à articulação entre movimentos sociais, trabalhadores e usuários na denúncia da violência manicomial e na construção de alternativas de cuidado (Brasil, 2005; Campos, 1998).

O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais incluir as ações da saúde mental na atenção básica, programar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantarem o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiatria. (Brasil, 2008, p. 14).

Ao relacionar essa diretriz com a literatura mobilizada, observa-se que a ampliação de redes territoriais exige coordenação, corresponsabilização e projetos terapêuticos que considerem singularidades e contexto psicossocial, sobretudo quando a cobertura é desigual e há ausência de CAPS em determinados

municípios, o que faz emergir dispositivos complementares e estratégias de integração com a atenção básica, ainda que com limites operacionais e dependência de capacidade instalada local (Nascimento, 2010; Villela; Monteiro; Vargas, 2009).

No conjunto dos resultados, o desafio mais recorrente aparece na forma de um descompasso entre aumento da demanda, disponibilidade de profissionais e existência de serviços adequados, o que tende a gerar sobrecarga das equipes, dificuldade de acompanhamento longitudinal e fragilização do cuidado integral, ao mesmo tempo em que o estigma e os “desejos de manicômio” persistem como racionalidade prática, orientando respostas centradas em segregação e medicalização (Medeiros, 2006; Alverga; Dimenstein, 2006).

Os achados também indicam que a centralidade do uso de medicamentos e a necessidade de substituição de práticas exclusivamente hospitalares por abordagens comunitárias recolocam o problema no plano das especificidades regionais, pois a efetividade das políticas depende da capacidade de cada território em sustentar redes de cuidado, assegurar cidadania mínima e oferecer alternativas que não repliquem a lógica asilar sob novas formas institucionais (Vasconcelos, 2002; Brasil, 2008).

A análise dos achados permite inferir que a consolidação de um modelo territorial de atenção psicossocial, embora normativamente desejável, depende de condições materiais e de governança que nem sempre se verificam no cotidiano dos serviços, o que produz uma distância relevante entre diretrizes e execução, sobretudo quando a rede extra-hospitalar não se organiza de modo articulado com a atenção básica e com dispositivos intersetoriais de proteção social (Brasil, 2008; Onocko-Campos, 2006).

Quando se considera a dimensão histórico-cultural do problema, observa-se que a institucionalização da loucura constituiu, por longo período, um arranjo social que naturalizou a segregação e reforçou hierarquias entre profissionais, famílias e usuários, de modo que parte dos obstáculos atuais se explica pela persistência de estigmas e de expectativas sociais de controle do diferente, ainda que sob roupagens mais sutis (Foucault, 1961; Fernandes; Moura, 2009).

Nessa direção, os resultados discutidos no trabalho sugerem que a Reforma Psiquiátrica deve ser interpretada como processo heterogêneo, atravessado por disputas institucionais e por resistências culturais, razão pela qual avanços em determinados territórios coexistem com retrocessos e com práticas que reproduzem lógicas asilares, mesmo quando realizadas fora de hospitais psiquiátricos clássicos (Amarante, 1995; Desviat, 1989).

No plano da organização de serviços, a expansão de CAPS e a regulamentação de modalidades de atenção diária representaram, no conjunto dos achados, uma inflexão importante, pois deslocaram o eixo do cuidado para a comunidade e para o acompanhamento longitudinal, contudo os efeitos dessa expansão permanecem condicionados pela densidade assistencial local e pela disponibilidade de equipes qualificadas para sustentar vínculo, continuidade e resolutividade (Brasil, 2005; Minas Gerais, 2006).

A literatura mobilizada também aponta que a demanda em saúde mental não se limita ao manejo de sintomas, pois envolve impactos emocionais, sociais e econômicos que incidem sobre a vida familiar e sobre a inserção do sujeito no trabalho e na comunidade, o que reforça a necessidade de abordagens integrais e multiprofissionais, evitando respostas centradas apenas em prescrição medicamentosa ou em intervenções fragmentadas (Furegato, 2009; Daniel, 1994).

Sob esse ângulo, a discussão dos resultados sugere que iniciativas de integração entre saúde mental e atenção básica podem ampliar acesso e reduzir barreiras, desde que operem com corresponsabilização e projetos terapêuticos singulares, uma vez que a simples existência de um dispositivo complementar não garante, por si, coordenação do cuidado e superação de lacunas históricas de cobertura (Nascimento, 2010; Villela; Monteiro; Vargas, 2009).

Ao relacionar os achados sobre prevalência e cenários epidemiológicos, observa-se que quadros como depressão, transtornos ansiosos e problemas associados ao uso de álcool e outras drogas tendem a ampliar a procura por serviços, e esse aumento pressiona estruturas já marcadas por insuficiência de recursos, resultando em filas, atendimentos descontínuos e dificuldade de acompanhamento sistemático, sobretudo em municípios com menor capacidade instalada (Medeiros, 2006; Brasil, 2008).

Além disso, o estudo sinaliza que a permanência de práticas de segregação, classificação rígida e controle da vida cotidiana evidencia a força de uma racionalidade manicomial residual, que não desaparece automaticamente com mudanças legislativas, exigindo formação permanente, revisão de processos de trabalho e construção de culturas institucionais orientadas por direitos e por cuidado em liberdade (Alverga; Dimenstein, 2006; Basaglia, 1985).

No âmbito político-social, a discussão aponta que a Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou densidade pela participação de atores coletivos, incluindo trabalhadores, usuários e familiares, o que contribuiu para deslocar o debate da esfera exclusivamente médica para uma agenda de cidadania e de responsabilização do Estado, ainda que esse avanço se confronte com desigualdades estruturais e com limites de financiamento em contextos de vulnerabilidade social (Campos, 1998; Vasconcelos, 2002).

Por essa via interpretativa, os achados permitem sustentar que os desafios atuais não se reduzem à ampliação numérica de serviços, pois exigem redes territorializadas com capacidade de coordenação clínica e social, mecanismos de avaliação contínua e estratégias que enfrentem estigma e exclusão, de modo a evitar que a institucionalização reapareça como solução fácil para crises, conflitos e sofrimento psíquico na vida comunitária (Rotelli et al., 2001; Brasil, 2008).

A leitura integrada dos resultados sugere que a rede de atenção psicossocial no Brasil, embora tenha avançado em diretrizes e na ampliação de dispositivos substitutivos, ainda opera sob forte variabilidade territorial, o que implica que o cuidado em liberdade assume densidades muito diferentes conforme a capacidade instalada do município, a disponibilidade de equipes e o grau de articulação com a atenção

básica e com a proteção social, produzindo um cenário no qual normas e intenções convivem com dificuldades concretas de acesso e continuidade. (Brasil, 2008; Brasil, 2005).

No plano interpretativo, observa-se que parte das barreiras atuais não decorre apenas de ausência de serviços, mas de uma organização do cuidado que, em muitos contextos, permanece marcada por respostas episódicas e baixa longitudinalidade, o que enfraquece a construção de vínculo terapêutico e reduz a efetividade de estratégias comunitárias, especialmente quando o acompanhamento não se sustenta em projetos terapêuticos consistentes e em fluxos de referência e contrarreferência que evitem a fragmentação do atendimento. (Nascimento, 2010; Villela; Monteiro; Vargas, 2009).

Os achados também permitem sustentar que o estigma e a exclusão social seguem funcionando como mediadores entre sofrimento psíquico e acesso efetivo a direitos, pois, mesmo onde há oferta formal de cuidado, a barreira simbólica pode retardar a busca por ajuda, restringir o suporte familiar e reforçar práticas de segregação velada no cotidiano institucional, o que mantém, em outra linguagem, parte da lógica histórica que distanciou a sociedade do sujeito em sofrimento e normalizou sua invisibilização. (Fernandes; Moura, 2009; Basaglia, 1985).

Quando se relaciona o conjunto de evidências discutidas no texto, torna-se possível identificar uma recorrência de desafios que se distribuem em dimensões complementares, abrangendo tanto a estrutura dos serviços quanto os determinantes sociais que pressionam a rede e intensificam demandas, motivo pelo qual o próximo quadro sistematiza, de forma sintética, os principais eixos de achados e suas implicações para o cuidado territorial. (Brasil, 2008; Vasconcelos, 2002).

Quadro 1: Síntese dos principais achados e implicações para o cuidado em saúde mental

Eixo de achado	Evidência recorrente	Implicação prática para a rede
Cobertura e acesso	Desigualdade territorial e lacunas de oferta	Risco de desassistência, deslocamentos e baixa continuidade
Organização do cuidado	Atendimentos fragmentados e pouca longitudinalidade	Enfraquecimento de vínculo e baixa efetividade terapêutica
Estigma e exclusão	Barreiras simbólicas e segregação residual	Retardo na procura por ajuda e reprodução de práticas de controle
Demanda e capacidade	Crescimento de casos e equipes insuficientes	Sobrecarga, filas, priorização de crises e perda de acompanhamento
Integralidade	Necessidade de articulação com atenção básica e intersetorialidade	Maior resolutividade quando há corresponsabilização e coordenação

Fonte: Elaboração própria, com base nas referências do artigo (Brasil, 2005; Brasil, 2008; Amarante, 1995; Basaglia, 1985; Foucault, 1961; Medeiros, 2006; Nascimento, 2010; Villela; Monteiro; Vargas, 2009; Vasconcelos, 2002).

Suporte contínuo e estratégias que envolvam usuários e familiares. (Furegato, 2009; Daniel, 1994).

Sob esse ângulo, os resultados sugerem que iniciativas de integração entre saúde mental e atenção básica podem ampliar acesso e reduzir barreiras quando operam com corresponsabilização e projetos terapêuticos singulares, pois a simples existência de dispositivos complementares não garante coordenação

clínica e social, especialmente em cenários nos quais o usuário circula por serviços sem continuidade e sem uma referência estável que organize o percurso terapêutico ao longo do tempo. (Nascimento, 2010; Onocko-Campos, 2006).

Ao relacionar os achados sobre prevalência e cenários epidemiológicos discutidos no artigo, nota-se que quadros como depressão, transtornos ansiosos e problemas associados ao uso de álcool e outras drogas ampliam a procura por serviços e pressionam estruturas já marcadas por insuficiência de recursos, resultando em filas, atendimentos descontínuos e fragilização da integralidade, sobretudo em municípios com menor capacidade instalada, onde a sobrecarga tende a deslocar o foco para respostas imediatas em detrimento do acompanhamento sistemático. (Medeiros, 2006; Brasil, 2008).

Além disso, a permanência de práticas de segregação, classificação rígida e controle da vida cotidiana, mesmo após mudanças normativas, é interpretada como expressão de uma racionalidade manicomial residual, que não se dissolve automaticamente com reformas legais, exigindo formação permanente, revisão de processos de trabalho e construção de culturas institucionais orientadas por direitos, para que o cuidado territorial não reproduza, em novos formatos, o isolamento e a desresponsabilização social historicamente associados ao manicômio. (Alverga; Dimenstein, 2006; Basaglia, 2002).

A partir do que foi discutido, observa-se que a efetividade do cuidado em saúde mental tende a depender menos de um “modelo ideal” abstrato e mais da capacidade de cada território em sustentar uma rede viva, com fluxos claros, responsabilidades definidas e oferta suficiente para acolher demandas agudas e crônicas, sem reduzir o usuário a um caso episódico que reaparece apenas em momentos de crise. (Brasil, 2008; Brasil, 2005).

Nesse sentido, os resultados permitem interpretar que o cuidado em liberdade exige uma ética do acompanhamento, na qual o vínculo e a continuidade funcionam como tecnologias centrais, pois o sofrimento mental, ao atravessar dimensões emocionais, sociais e econômicas, requer intervenções que se prolonguem no tempo, integrem família e comunidade e evitem respostas que, sob a aparência de assistência, apenas deslocam o problema sem enfrentá-lo em sua complexidade. (Furegato, 2009; Daniel, 1994).

Ao mesmo tempo, a análise indica que a sobrecarga das equipes e a insuficiência de recursos humanos se convertem em fator estruturante da baixa resolutividade em muitos contextos, uma vez que, quando a demanda cresce e a oferta permanece limitada, a tendência institucional é priorizar o atendimento emergencial, com perda de espaço para práticas psicossociais, ações de reinserção e construção de projetos terapêuticos singulares. (Medeiros, 2006; Brasil, 2008).

Outro elemento que emerge com força na discussão é a persistência do estigma, que opera como barreira de acesso e como mecanismo de reprodução de práticas de controle, ainda que em formatos menos explícitos do que aqueles associados ao manicômio clássico, o que reforça que a Reforma Psiquiátrica não

se completa apenas com a criação de serviços, mas demanda mudanças culturais e institucionais que reposicionem o sujeito como cidadão. (Basaglia, 1985; Fernandes; Moura, 2009).

A literatura que fundamenta o estudo também permite compreender que, quando a rede territorial não se articula com a atenção básica e com políticas intersetoriais, o usuário tende a circular entre pontos de atenção sem coordenação, fragilizando o cuidado e ampliando o risco de reinternações, o que dá visibilidade ao papel estratégico de práticas de corresponsabilização e gestão integrada, especialmente em territórios com lacunas de cobertura. (Nascimento, 2010; Villela; Monteiro; Vargas, 2009).

Em termos interpretativos, os resultados sustentam que a Reforma Psiquiátrica brasileira, por seu caráter político-social e por ter sido atravessada por movimentos de trabalhadores, usuários e familiares, representa um marco de reorientação do cuidado, mas essa reorientação permanece vulnerável quando não há continuidade de investimentos, formação permanente e avaliação sistemática, fatores que, quando ausentes, favorecem a reatualização de práticas asilares sob novas justificativas. (Amarante, 1995; Campos, 1998).

Dessa forma, ao complementar a discussão, pode-se afirmar que os achados do trabalho convergem para a ideia de que enfrentar os desafios atuais da saúde mental no Brasil implica consolidar redes comunitárias capazes de garantir acesso, continuidade e reintegração social, sem perder de vista as especificidades regionais e as desigualdades estruturais que condicionam a política pública, o que exige que o cuidado territorial seja sustentado por recursos, gestão e compromisso ético com direitos. (Vasconcelos, 2002; Brasil, 2008).

4 CONCLUSÃO

A pesquisa teve como objetivo discutir a situação da saúde mental no Brasil na atualidade, relacionando avanços institucionais e desafios persistentes no cuidado ofertado à população, e esse propósito foi retomado ao longo do texto ao articular o percurso histórico de mudanças no campo psiquiátrico com as exigências contemporâneas de acesso, continuidade e qualidade assistencial, de modo a evidenciar que o tema ultrapassa a dimensão clínica e se conecta diretamente a direitos, cidadania e condições de vida.

Os principais resultados evidenciaram que, embora tenham ocorrido mudanças relevantes na forma de organização do cuidado, ainda há obstáculos recorrentes associados à desigualdade territorial de cobertura, à sobrecarga de equipes, à fragmentação do acompanhamento e à permanência de barreiras simbólicas que influenciam a busca por ajuda e a inserção social de pessoas em sofrimento psíquico, o que reforça a necessidade de compreender a saúde mental como demanda complexa e atravessada por fatores sociais, familiares e institucionais.

Como contribuição, o estudo sistematiza elementos históricos e analíticos que auxiliam a interpretar por que os desafios atuais não se resolvem apenas com expansão numérica de serviços, apontando que a efetividade do cuidado depende de redes territorializadas, de articulação entre pontos de atenção e de práticas que favoreçam vínculo e acompanhamento longitudinal, o que pode subsidiar reflexões acadêmicas e orientar ações de planejamento e gestão no âmbito local, respeitando especificidades regionais.

Para pesquisas futuras, torna-se pertinente aprofundar análises empíricas sobre a capacidade real de resposta das redes em diferentes municípios, investigar os impactos da organização do trabalho sobre a qualidade do cuidado e examinar estratégias de integração intersetorial que favoreçam reinserção social, participação familiar e redução de estigmas, de modo a ampliar a compreensão sobre quais arranjos produzem melhores resultados em contextos distintos e com diferentes níveis de recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2006. p.45-66.
- ALVES, D S. **O ex tentando ver o futuro**. Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, no 14, pp. 21-30. 1999
- AMARANTE, P. **Sobre duas proposições relacionadas à Clínica e à Reforma Psiquiátrica**. In: _____. **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1995, p. 103-110.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.
- BASAGLIA, F. **Corpo e Instituição**. In: _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 1985, p. 23-34.
- BASAGLIA, F. **A destruição do Hospital Psiquiátrico como lugar de Institucionalização**. In: _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002, p. 23-34.
- BRASIL. **Portaria nº 246 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.
- CAMPOS GWS. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
- DANIEL, M J O. **Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições**. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ, 1994. p. 150-164.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1989.
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1999. 68p.

FERNANDES, F e MOURA, J A. **A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II)** in: <https://psicologado.com.br/psiquiatria/> 2009 .

FOUCAULT, M. **A Loucura e a Sociedade**. In. _____. **Problematização do Sujeito: psicologia, Psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1961, p. 259-267.

MEDEIROS EN. **Prevalência e o perfil dos transtornos mentais em um município paraibano**. 2006. 51f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Educação. **Parecer n. 289/06**, aprovado em 28/3/2006. Manifesta-se sobre a Lei federal n. 11.274, de 6 de fevereiro de 2006.

Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2008.

NASCIMENTO, B A. **Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2010.

ONOCKO-CAMPOS R. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental**. Saúde Debate 2006.

ROTELLI, F. **Saúde mental: a reforma psiquiátrica em questão**. In. Encontro Ítalo, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VILLELA W, MONTEIRO S, VARGAS E. **A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero**. Ciências Saúde Colet. 2009.