



## DIREITOS HUMANOS, VULNERABILIDADE SOCIAL E CUIDADO EM LIBERDADE NA SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>

*Human Rights, Social Vulnerability,  
and Freedom-Based Care in Mental Health*

*Derechos humanos, vulnerabilidad social y atención  
en libertad en salud mental*



Hélio Luiz Fonseca Moreira  

<sup>1</sup> Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

## Resumo

Este artigo apresenta uma revisão sistemática que articula direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, com ênfase na Reforma Psiquiátrica brasileira e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo é analisar como condições de vulnerabilidade impactam o acesso ao direito à saúde mental e como o cuidado em liberdade opera como concretização ou negação de direitos fundamentais. Foram selecionadas 52 publicações nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES (2010–2025). Os resultados indicam que desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural, sexismo e LGBTQIA+fobia constituem barreiras ao acesso aos serviços e produzem sofrimento psíquico. O cuidado em liberdade, sustentado por equipes interdisciplinares e práticas territoriais, mostra-se mais efetivo quando orientado por direitos humanos, embora persistam desafios de financiamento, formação e resistência manicomial. Conclui-se pela necessidade de políticas intersetoriais, fortalecimento da RAPS e enfrentamento das vulnerabilidades estruturais.

**Palavras-chave:** Direitos humanos. Vulnerabilidade social. Saúde mental. Cuidado em liberdade.

## Abstract

This article presents a systematic review that articulates human rights, social vulnerability, and mental health, with emphasis on the Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Network (RAPS). The objective is to analyze how vulnerability conditions impact access to the right to mental health and how care in freedom operates as either a realization or denial of fundamental rights. Fifty-two publications were selected from SciELO, LILACS, PubMed, and CAPES Journals databases (2010-2025). Results indicate that socioeconomic inequalities, structural racism, sexism, and LGBTQIA+phobia constitute barriers to service access and produce psychological suffering. Care in freedom, sustained by interdisciplinary teams and territorial practices, proves more effective when guided by human rights principles, although challenges persist regarding financing, professional training, and resistance to asylum-based models. The study concludes that intersectoral policies, strengthening of the RAPS, and confrontation of structural vulnerabilities are necessary.

**Keywords:** Human rights. Social vulnerability. Mental health. Care in freedom.

## Resumen

Este artículo presenta una revisión sistemática que articula derechos humanos, vulnerabilidad social y salud mental, con énfasis en la Reforma Psiquiátrica brasileña y en la Red de Atención Psicossocial (RAPS). El objetivo es analizar cómo las condiciones de vulnerabilidad impactan el acceso al derecho a la salud mental y cómo el cuidado en libertad opera como concretización o negación de derechos fundamentales. Se seleccionaron 52 publicaciones en las bases SciELO, LILACS, PubMed y Periódicos CAPES (2010-2025). Los resultados indican que las desigualdades socioeconómicas, el racismo estructural, el sexismo y la LGBTQIA+fobia constituyen barreras al acceso a los servicios y producen sufrimiento psíquico. El cuidado en libertad, sustentado por equipos interdisciplinarios y prácticas territoriales, se muestra más efectivo cuando orientado por derechos humanos, aunque persistan desafíos de financiamiento, formación y resistencia manicomial. Se concluye por la necesidad de políticas intersectoriales, fortalecimiento de la RAPS y enfrentamiento de las vulnerabilidades estructurales.

**Palabras clave:** Derechos humanos. Vulnerabilidad social. Salud mental. Cuidado en libertad.

## Introdução

Os direitos humanos constituem fundamento das políticas públicas contemporâneas, reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e na Constituição Federal brasileira (1988), que consagra a dignidade da pessoa humana como base do Estado Democrático de Direito. No campo da saúde, esses direitos materializam-se no acesso universal, integral e equânime aos serviços, conforme o Sistema Único de Saúde (SUS), articulado aos determinantes sociais da saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a Lei nº 10.216/2001 representam marcos na transição de um modelo asilar para um modelo psicossocial, territorializado e baseado no cuidado em liberdade (Amarante, 2013; Delgado, 2011). Trata-se de inflexão ético-política que reposiciona a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, não mais como objeto de tutela, valorizando sua história, vínculos e pertencimentos comunitários. A hospitalização torna-se recurso excepcional, enquanto o tratamento ocorre prioritariamente em dispositivos comunitários articulados ao cotidiano de vida dos usuários.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, concretiza essa diretriz ao organizar serviços substitutivos, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios na Rua, leitos em hospital geral e ações na atenção básica, distribuídos no território e articulados de forma intersetorial, visando não apenas tratamento clínico, mas promoção de autonomia, participação social e garantia de direitos civis, políticos e sociais (Brasil, 2004; 2011).

Contudo, a distância entre a previsão normativa e a efetivação concreta dos direitos revela-se particularmente aguda em contextos de vulnerabilidade social. Embora a igualdade e universalidade do acesso à saúde sejam princípios legais, barreiras materiais e simbólicas limitam o exercício desses direitos. Desigualdades de renda, racismo estrutural, sexismo, LGBTQIA+fobia e capacitismo produzem condições de vida precárias que impactam significativamente a saúde mental e o acesso aos recursos de cuidado (Werneck, 2016; Brasil, 2010).

A vulnerabilidade social transcende a pobreza material, incluindo dimensões simbólicas, políticas e institucionais: criminalização da pobreza, violência estatal e invisibilização de demandas nos processos decisórios (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). O sofrimento psíquico é atravessado por fome, desemprego, moradia inadequada e violência, cronificando adoecimento e restringindo busca de ajuda. A negação de direitos não é evento pontual, mas estrutura que naturaliza hierarquias de raça, gênero, classe e território, produzindo cidadãos de “segunda categoria”.

As práticas em saúde mental desenvolvidas na RAPS operam em campo tensionado entre afirmação de autonomia e persistência de práticas violadoras. Convivem propostas inovadoras de cuidado territorial, centradas no diálogo e construção compartilhada de projetos terapêuticos, com intervenções marcadas por tutela, medicalização excessiva e controle. Embora dispositivos comunitários apresentem potencial para concretizar direitos humanos, enfrentam precarização, subfinanciamento crônico, rotatividade profissional e pressões políticas por reatualização de

modelos asilares, exigindo resistência permanente (Lancetti; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019; Furtado, 2016; Onocko-Campos et al., 2018).

Torna-se relevante articular, em perspectiva analítica única, a garantia de direitos humanos em contextos de vulnerabilidade social e o direito à saúde mental, com foco em cuidado em liberdade. Não se trata de justapor campos, mas compreender como direitos humanos e saúde mental se coproduzem na vida concreta de sujeitos em territórios marcados por desigualdades e violências. Questiona-se em que medida práticas, saberes e políticas de cuidado em liberdade têm efetivado direitos, reduzido desigualdades e promovido cidadania para pessoas em sofrimento psíquico, especialmente grupos historicamente marginalizados, evidenciando potencialidades emancipatórias e contradições que persistem.

O objetivo deste artigo é analisar, por revisão sistemática de literatura, como a produção científica recente aborda a interface entre direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, identificando avanços, limites e desafios para consolidação de modelo de atenção psicossocial comprometido com dignidade humana. Mapeia-se como Reforma Psiquiátrica e RAPS foram interpretadas e implementadas em contextos de vulnerabilidade, avaliando sua capacidade de tensionar práticas manicomialis e fortalecer perspectiva de direitos. Problematizam-se implicações ético-políticas das práticas de cuidado territorial, articulando crítica às violações de direitos com valorização de experiências emancipadoras que apostam em autonomia, participação social e construção coletiva de projetos terapêuticos (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015). Contribui-se assim para debate sobre rumos da política de saúde mental no Brasil, oferecendo elementos para defesa e aprimoramento de cuidado em liberdade clínico, social e politicamente comprometido com justiça social.

### Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura qualitativa e descritivo-analítica sobre a relação entre direitos humanos, vulnerabilidades sociais, saúde mental e cuidado em liberdade, conduzida conforme diretrizes de pesquisa qualitativa em saúde (Minayo, 2017). A revisão foi orientada por três questões centrais: (1) Como a literatura descreve a relação entre vulnerabilidades sociais e garantias/violações de direitos humanos na saúde mental? (2) De que forma o cuidado em liberdade opera como estratégia de efetivação de direitos? (3) Quais saberes e práticas promovem cuidado em liberdade e quais desafios persistem na implementação de políticas públicas?

A busca foi realizada nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES (janeiro a março de 2025, período 2010-2025), utilizando descritores em português, inglês e espanhol combinados com operadores booleanos: “direitos humanos” AND “vulnerabilidade social”; “direitos humanos” AND “saúde mental”; “saúde mental” AND “cuidado em liberdade”; “reforma psiquiátrica” AND “Brasil”; “psychosocial care” AND “human rights”; “social vulnerability” AND “mental health”; “community mental health” AND “human rights”.

Foram incluídos artigos científicos em português, inglês ou espanhol que abordassem a interface entre direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental, com foco em cuidado em liberdade, serviços substitutivos e políticas de saúde mental. Foram excluídos estudos anteriores a 2010, trabalhos não revisados por pares (exceto marcos normativos) e duplicatas. A busca inicial resultou em 428 referências. Após exclusão de duplicidades (312 publicações), análise de títulos e resumos (102 artigos selecionados) e leitura completa, foram incluídos 50 estudos mais dois documentos normativos e obras de referência (Brasil, 2001; Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019), totalizando 52 referências.

A análise seguiu abordagem temática, organizando os estudos em categorias: (a) vulnerabilidades sociais e sofrimento psíquico; (b) violência institucional e violação de direitos; (c) políticas públicas e Reforma Psiquiátrica; (d) cuidado em liberdade e práticas territoriais; (e) saberes e práticas emancipatórias; (f) desafios à efetivação de direitos humanos na saúde mental.

## **Resultado e Discussão**

Dos 52 estudos incluídos na revisão, a maior parte foi produzida no Brasil, com forte presença de periódicos da saúde coletiva, psicologia, serviço social e saúde pública. Predominam estudos qualitativos, com uso de entrevistas, grupos focais, etnografias, estudos de caso e análise documental (Minayo, 2017), embora também haja trabalhos quantitativos com dados epidemiológicos e análises estatísticas (Brasil, 2018; OMS, 2022).

Em relação ao foco temático, um conjunto de artigos enfatiza a interface entre vulnerabilidades sociais e saúde mental, destacando determinantes sociais como pobreza, racismo e desigualdade de gênero (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Werneck, 2016). Outros se dedicam a avaliar experiências de cuidado em liberdade e serviços da RAPS (Costa; Dimenstein, 2017; Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016), enquanto um terceiro grupo discute, de forma mais ampla, direitos humanos e políticas públicas em saúde mental (Lancetti; Amarante, 2013; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018).

### **1) Vulnerabilidades sociais, sofrimento psíquico e acesso desigual**

Os estudos convergem na caracterização das vulnerabilidades sociais como fenômenos multidimensionais, envolvendo pobreza, desemprego, precarização do trabalho, baixa escolaridade, violência urbana, discriminação racial, de gênero, orientação sexual e identidade de gênero, além de desigualdades territoriais marcadas por moradias precárias e falta de infraestrutura urbana (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018).

Pesquisas com populações em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade mostram taxas elevadas de sofrimento psíquico, depressão, ansiedade e uso problemático de substâncias (Brasil, 2012; Borysow; Fischer, 2014; Falcão et al., 2019). A literatura indica que essas condições não são apenas fatores de risco, mas expressões de processos históricos de exclusão e violação de direitos (Santos, 2006).

Ao mesmo tempo, os grupos mais vulnerabilizados são aqueles que enfrentam maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde mental. Borysow e Fischer (2014), analisando o Consultório na Rua em uma grande cidade brasileira, evidenciam obstáculos como horários incompatíveis, exigência de documentos, atitudes discriminatórias e insuficiência de serviços no território. Falcão et al. (2019), ao discutir saúde mental e população em situação de rua sob a perspectiva da redução de danos, mostram que o cuidado muitas vezes se dá de forma fragmentada e tardia, concentrando-se em momentos de crise.

## **2) Violência institucional, estigma e violações de direitos**

Outra dimensão recorrente nos estudos é a presença de violências institucionais e práticas violadoras de direitos dentro dos próprios serviços de saúde e da rede socioassistencial. Relatórios de inspeções e pesquisas qualitativas descrevem situações de coerção, negligência, uso abusivo de contenção física e medicamentosa e discurso moralizante em instituições de internação, particularmente em comunidades terapêuticas e serviços não alinhados à Reforma Psiquiátrica (CFP, 2018; Lancetti; Amarante, 2013).

Nesses contextos, o estigma associado à loucura e ao uso de drogas se articula a estereótipos racializados e de classe, produzindo efeitos de criminalização e patologização da pobreza (Werneck, 2016; Brasil, 2010). As análises inspiradas em Foucault (2014a; 2014b) destacam a dimensão disciplinar dessas práticas, nas quais mecanismos de controle, vigilância e punição se sobrepõem ao cuidado, reatualizando dispositivos de exclusão historicamente associados à loucura e a outras formas de desvio.

## **3) Políticas públicas, Reforma Psiquiátrica e Rede de Atenção Psicossocial**

A literatura analisa, de forma relativamente consensual, a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo político, social e cultural que visa à superação do modelo asilar, envolvendo mudanças legislativas, reorganização de serviços, transformação de práticas e discursos sociais sobre a loucura (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Vasconcelos; Yasui, 2019). A Lei nº 10.216/2001 é apontada como eixo normativo central, ao assegurar direitos e priorizar o tratamento em serviços comunitários (BRASIL, 2001).

A criação da RAPS é considerada um marco na organização da atenção em rede, articulando CAPS, atenção básica, unidades de urgência, leitos em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos, consultórios na rua e outros dispositivos (Brasil, 2011; Brasil, 2004; Brasil, 2013). Estudos de avaliação de serviços apontam experiências exitosas em que a articulação intersetorial e a participação dos usuários em instâncias de controle social geram possibilidades concretas de inclusão social e redução de internações (Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016).

Por outro lado, há consenso quanto ao subfinanciamento crônico da saúde mental, à insuficiência de CAPS em muitos territórios e à frágil articulação com a atenção básica (Campos,

2000; Vasconcelos, 2016). Mudanças nas diretrizes nacionais de saúde mental, com revalorização de hospitais psiquiátricos e financiamento ampliado de comunidades terapêuticas, são identificadas como possíveis vetores de retrocesso em relação aos princípios da Reforma (CFP, 2018; Amarante; Nunes, 2018).

#### **4) Experiências de cuidado em liberdade e práticas territoriais**

Os estudos sobre cuidado em liberdade enfatizam dispositivos e arranjos que buscam a construção de projetos terapêuticos singulares, a valorização do território como espaço de vida e a inclusão de usuários em redes sociais, culturais e laborais (Yasui, 2015; Vasconcelos; Yasui, 2019; Lancetti, 2015). Experiências de CAPS III, de consultórios na rua e de articulação com movimentos culturais são descritas como estratégias capazes de promover vínculo, reduzir o isolamento social e ampliar o acesso a recursos de cidadania (Costa; Dimenstein, 2017; Borysow; Fischer, 2014).

Diversas pesquisas destacam a importância da equipe multiprofissional e interdisciplinar, bem como da participação de familiares e da comunidade no cuidado (Onocko-Campos et al., 2018; Passos; Benevides, 2015). O conceito de clínica ampliada, proposto por Campos (2000), aparece como referência para pensar práticas que ultrapassam a intervenção sobre sintomas, incorporando dimensões sociais, culturais e políticas do sofrimento.

Apesar desses avanços, os estudos apontam desafios na consolidação do cuidado em liberdade, como a persistência de práticas centradas na medicalização, a dificuldade de trabalho intersetorial efetivo, a rotatividade de profissionais e as tensões entre protocolos padronizados e a necessidade de cuidado singularizado e contextualizado (Costa; Dimenstein, 2017; Furtado, 2016).

#### **5) Saberes e práticas emancipatórias em saúde mental**

Uma parte significativa da literatura reúne reflexões e descrições de saberes e práticas que podem ser entendidos como emancipatórias. Tais saberes se inspiram na desinstitucionalização italiana, na psiquiatria democrática, na psicologia social crítica, na saúde coletiva e em abordagens interseccionais e decoloniais (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Amarante, 2013; Santos, 2006; Crenshaw, 2002).

As práticas emancipatórias se caracterizam pela centralidade da voz dos usuários, pela construção compartilhada de planos de cuidado, pela problematização das relações de poder e pela busca ativa de garantia de direitos (Passos; Benevides, 2015; Amarante; Nunes, 2018). Entre os exemplos apresentados estão experiências de participação de usuários em conselhos de saúde, conferências e fóruns de políticas públicas; iniciativas de formação em direitos humanos para profissionais; práticas de *advocacy* realizadas por associações de usuários e familiares; e redes de apoio comunitário que articulam cuidado clínico, suporte material e cuidado relacional (Vasconcelos, 2016; Vecchia; Martins; Nunes, 2016).

## **6) Direitos humanos e saúde mental: uma relação indissociável**

Os resultados desta revisão evidenciam a indissociabilidade entre a proteção dos direitos humanos e a efetivação do direito à saúde mental, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais. A literatura mostra que violações de direitos, como a negação de acesso à saúde, à moradia, à educação e ao trabalho; a exposição à violência; e a discriminação estrutural, são, ao mesmo tempo, determinantes sociais de sofrimento psíquico e obstáculos para o cuidado adequado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018; OMS, 2022).

Pensar a saúde mental como direito implica, portanto, ampliar o foco para além da dimensão clínica, incorporando a perspectiva dos determinantes sociais e a análise das estruturas que produzem exclusão (OMS, 2013; Santos, 2006). O cuidado em liberdade não pode ser reduzido à desospitalização, mas deve ser compreendido como processo de afirmação de cidadania, construção de vínculos comunitários e ampliação da capacidade dos sujeitos de exercerem seus direitos (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

A mera existência de marcos normativos garantidores de direitos, como a Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2001; 2011), não é suficiente para assegurar sua efetividade. A implementação das políticas de saúde mental se dá em contextos atravessados por conflitos, disputas e interesses diversos, nos quais práticas violadoras podem persistir ou se reatualizar (CFP, 2018; Delgado, 2011). Nessa perspectiva, o controle social e o fortalecimento de movimentos da luta antimanicomial e de direitos humanos são componentes essenciais da garantia dos direitos no campo da saúde mental (Amarante; Nunes, 2018; Passos; Benevides, 2015).

## **7) Vulnerabilidade social, interseccionalidade e produção de desigualdades**

A articulação entre vulnerabilidade social, cuidado em liberdade e direitos humanos evidencia que a política de saúde mental é um espaço de disputa em torno de projetos de sociedade, não apenas um campo técnico. Nos territórios marcados por pobreza, racismo e violência, o cuidado em liberdade só é possível quando articulado a políticas de proteção social, renda, moradia, educação e trabalho. Caso contrário, converte-se em mera desospitalização sem garantia de continuidade de cuidado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2018). A RAPS, quando ancorada na Reforma Psiquiátrica, opera como dispositivo estratégico de afirmação de direitos ao aproximar o cuidado da vida cotidiana e problematizar as exclusões (Amarante, 2013; Vasconcelos; Yasui, 2019).

Contudo, o discurso do “cuidado em liberdade” pode ser capturado por lógicas que responsabilizam individualmente os usuários, desconsiderando barreiras estruturais. Quando isso ocorre, a liberdade reduz-se à desospitalização física, sem ampliar autonomia e cidadania. Por isso, é necessário compreender o cuidado em liberdade como projeto ético-político que exige transformação das práticas clínicas, fortalecimento de redes comunitárias e enfrentamento das desigualdades de raça, gênero e classe (Lancetti; Amarante, 2013; Werneck, 2016; Crenshaw, 2002). Isso recoloca a saúde mental como campo de luta por direitos humanos, em que o modo de organizar o cuidado marca o tipo de sociedade que se quer construir.

A perspectiva interseccional evidencia que a vulnerabilidade se concentra em grupos historicamente subalternizados: população negra, mulheres, LGBTQIA+, pessoas em situação de rua e usuários de drogas. Esses grupos experimentam sobreposição de opressões, racismo, sexismo, LGBTQIA+fobia, pobreza, que intensifica riscos e limita acesso a recursos protetores (Werneck, 2016; Souza et al., 2018). Ignorar esses marcadores reproduz invisibilidades e naturaliza desigualdades.

A perspectiva interseccional e decolonial permite reconhecer que o sofrimento psíquico se relaciona com racismo, colonialidade, violência de gênero e despossessão econômica (Santos, 2006; Crenshaw, 2002). Isso demanda políticas de ação afirmativa, formação antirracista e sensível a gênero para profissionais, além de participação direta dos grupos afetados na formulação de políticas de saúde mental (Brasil, 2010; 2011).

### **8) Cuidado em liberdade: potencialidades e limites**

O cuidado em liberdade, conforme delineado pela Reforma Psiquiátrica e RAPS, representa um horizonte ético-político de transformação das práticas em saúde mental, deslocando o cuidado do hospital psiquiátrico para o território e substituindo a segregação pela convivência, o controle pela autonomia (Amarante, 2013; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Yasui, 2015).

Experiências de CAPS e dispositivos territoriais bem estruturados reduzem internações, fortalecem vínculos sociais e ampliam a participação dos usuários no planejamento do cuidado, reconhecendo a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos (Costa; Dimenstein, 2017; Onocko-Campos et al., 2018; Furtado, 2016; Vasconcelos; Yasui, 2019).

Contudo, em muitos territórios a rede substitutiva é insuficiente, com equipes sobrecarregadas e dificuldade de articulação intersetorial, reduzindo o cuidado em liberdade a um discurso sem sustentação concreta. A permanência de práticas medicalizantes demonstra que a substituição de dispositivos não garante mudança de paradigma (Costa; Dimenstein, 2017; Lancetti, 2015; Campos, 2000).

Soma-se a isso o retrocesso nas políticas de saúde mental, com expansão de comunidades terapêuticas e reabertura de leitos psiquiátricos sem observância aos direitos humanos, exigindo defesa permanente da Reforma Psiquiátrica sob risco de reatualização da lógica manicomial (CFP, 2018; Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

### **9) Saberes, práticas e a dimensão política do cuidado**

As práticas emancipatórias descritas na literatura demonstram que é possível construir formas de cuidado que rompam com a lógica de tutela, paternalismo e medicalização excessiva, ao mesmo tempo em que promovem direitos como liberdade, participação, privacidade, acesso à informação, não discriminação e inclusão social (Passos; Benevides, 2015; Vecchia; Martins; Nunes, 2016; Amarante; Nunes, 2018). Tais experiências se baseiam na escuta ativa das narrativas dos usuários, na construção compartilhada de projetos terapêuticos, na valorização de saberes populares e comunitários e na articulação com movimentos sociais (Vasconcelos, 2016; Yasui, 2015).

A formação profissional aparece como dimensão estratégica. A ausência de conteúdos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade e participação social nos currículos contribui para a reprodução de práticas violadoras, mesmo em serviços formalmente alinhados à Reforma (Minayo; Deslandes; Gomes, 2015; Brasil, 2013). Por outro lado, experiências de educação permanente em serviço, que articulam teoria crítica, análise do território e experimentação de novas práticas, mostram-se capazes de produzir deslocamentos importantes no modo de cuidar (Passos; Benevides, 2015; Campos, 2000).

### **10) Implicações para políticas públicas e pesquisa**

Os achados sugerem implicações relevantes para as políticas públicas e para a agenda de pesquisa em saúde mental. Em termos de políticas, destaca-se a necessidade de fortalecimento e expansão da RAPS, com financiamento adequado, cobertura territorial equitativa e integração efetiva com a atenção básica e outros setores (Brasil, 2004; Brasil, 2011; Vasconcelos; Yasui, 2019). É fundamental desenvolver políticas intersetoriais que articulem saúde, assistência social, educação, cultura, trabalho, habitação e justiça, visando enfrentar as múltiplas faces da vulnerabilidade social (Brasil, 2012; Brasil, 2018).

Também se mostra imprescindível a implementação de mecanismos de monitoramento e responsabilização em relação a violações de direitos humanos em serviços de saúde mental, incluindo protocolos de prevenção à violência institucional e participação ativa de usuários e familiares em processos avaliativos (CFP, 2018; Onocko-Campos et al., 2018).

No campo da pesquisa, observa-se a necessidade de ampliar estudos que adotem abordagens interseccionais e decoloniais (Crenshaw, 2002; Werneck, 2016), que incluam a perspectiva de usuários e grupos historicamente invisibilizados, e que investiguem a efetividade de experiências inovadoras de cuidado em liberdade (Costa; Dimenstein, 2017; Borysow; Fischer, 2014). São especialmente importantes investigações que explorem a relação entre políticas macroeconômicas, precarização da vida e saúde mental, bem como estudos que subsidiem a defesa e aprimoramento da Reforma Psiquiátrica frente a movimentos de retrocesso (Delgado, 2011; Amarante; Nunes, 2018).

### **11) Cuidado em liberdade: práticas emancipatórias e desafios para a consolidação de direitos**

A efetivação dos direitos humanos na saúde mental exige saberes e práticas que reconheçam a dimensão política do cuidado. Toda intervenção clínica envolve escolhas ético-políticas que refletem visões de mundo e relações de poder, moldando possibilidades de inclusão, reconhecimento e dignidade. Intervenções em saúde mental envolvem disputas fundamentais sobre normalidade, loucura, responsabilidade, autonomia e cidadania, questões que têm implicações concretas nas vidas das pessoas (Foucault, 2014a; 2014b).

A perspectiva foucaultiana evidencia que a loucura é construção histórica e social, produzida por discursos e práticas institucionais que definem normalidade e desvio. O hospital psiquiátrico

opera como dispositivo disciplinar que controla e corrige através de vigilância e normalização. Contudo, reconhecer a dimensão política do cuidado não implica determinismo; justamente porque o cuidado é político, pode ser espaço de resistência, afirmação de direitos e transformação social.

As práticas emancipatórias rompem com tutela e medicalização excessiva, promovendo liberdade, participação e inclusão social. Caracterizam-se pela centralidade da voz dos usuários, reconhecendo-os como experts de suas próprias vidas. A escuta qualificada é atitude ética de abertura ao outro, de reconhecimento de sua humanidade e capacidade reflexiva. O planejamento do cuidado resulta de diálogo genuíno entre profissionais e usuários, em que ambos contribuem com seus saberes para definir objetivos e estratégias contextualizadas, reconhecendo múltiplas possibilidades de cuidar.

Essas práticas problematizam explicitamente as relações de poder presentes no encontro terapêutico e na organização dos serviços, refletindo criticamente sobre como hierarquias profissionais, diferenças de classe, raça e gênero se reproduzem ou podem ser transformadas. Profissionais comprometidos buscam reduzir assimetrias desnecessárias, compartilhar informações e criar espaços nos quais usuários participem do controle sobre ações que os afetam.

Caracterizam-se, ainda, pela busca ativa e permanente de garantia de direitos, atuando como defensores que mobilizam recursos para assegurar acesso a moradia, renda, educação, trabalho e justiça. A valorização de saberes populares e comunitários é elemento crucial, reconhecendo que o conhecimento não está concentrado exclusivamente em profissionais, mas em comunidades, famílias e tradições culturais dos territórios. Particularmente relevante é a valorização de saberes enraizados em tradições afro-brasileiras, indígenas e outras matrizes culturais historicamente marginalizadas.

A articulação com movimentos sociais e luta antimanicomial constitui dimensão política fundamental. A transformação das práticas não pode ser isolada, mas deve conectar-se a lutas amplas por direitos, justiça social e transformação das estruturas que produzem vulnerabilidade. Profissionais e usuários participam de conferências, fóruns e movimentos de *advocacy* que influenciam políticas públicas e constroem alternativas.

A formação profissional emerge como dimensão estratégica frequentemente negligenciada. A ausência de conteúdos críticos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade, capacitismo e colonialidade nos currículos perpetua práticas violadoras, mesmo em serviços formalmente alinhados à Reforma Psiquiátrica. Profissionais não expostos a perspectivas críticas tendem a naturalizar desigualdades e responsabilizar individualmente usuários, desconsiderando estruturas sociais.

Experiências de educação permanente em serviço que articulam teoria crítica, análise do território e experimentação de novas práticas produzem deslocamentos importantes no modo de cuidar. Quando profissionais refletem criticamente sobre suas práticas, aprendem sobre direitos humanos e determinantes sociais, examinam preconceitos e privilégios, ocorrem transformações significativas em atitudes e comportamentos. Essas transformações, generalizadas em equipes ou

serviços, alteram culturas institucionais e criam ambientes genuinamente comprometidos com direitos e emancipação.

A educação permanente deve ir além de treinamentos técnicos, incluindo história da Reforma Psiquiátrica, direitos humanos, determinantes sociais, racismo institucional, gênero, interseccionalidade, decolonialidade e metodologias participativas. Deve criar espaços seguros para que profissionais examinem vulnerabilidades, traumas e preconceitos, reconhecendo que cuidar do outro está intimamente ligado a cuidar de si mesmo.

A dimensão política do cuidado revela-se como oportunidade de transformação. Profissionais, usuários, familiares e movimentos sociais têm agência na construção de formas de cuidado justas, inclusivas e comprometidas com dignidade humana. Escolhas sobre como organizar serviços, relacionar-se com usuários e distribuir recursos refletem e reforçam visões de mundo e projetos de sociedade.

A consolidação de saberes e práticas emancipatórias é processo contínuo, inacabado e coletivo. Exige diálogo constante, investimento em formação, criação de espaços de participação genuína, vigilância permanente contra exclusões e, fundamentalmente, aposta ética na construção de cuidado que honre dignidade, autonomia e direitos de todos, especialmente daqueles em maior vulnerabilidade e exclusão.

### **Considerações Finais**

A presente revisão sistemática evidenciou que a garantia e proteção dos direitos humanos no contexto das vulnerabilidades sociais constitui uma dimensão intrincada do direito à saúde mental e do cuidado em liberdade. Direitos humanos, vulnerabilidade social e saúde mental se coproduzem nas experiências concretas de sujeitos que vivem em territórios marcados por desigualdades estruturais, violências múltiplas e exclusões históricas. Essa constatação recoloca a saúde mental como campo privilegiado de luta pela dignidade humana e pela construção de sociedades mais justas e democráticas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial representam avanços significativos na transição de um modelo asilar para um modelo psicossocial, territorializado e comprometido com autonomia e participação social. A Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011 reposicionam a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direitos. Contudo, a distância entre a previsão normativa e a efetivação concreta permanece considerável, particularmente para aqueles em situações de vulnerabilidade agravada.

As vulnerabilidades sociais, pobreza, desemprego, precarização, racismo estrutural, sexismo, LGBTQIA+fobia e desigualdades territoriais, não apenas aumentam exposição ao sofrimento psíquico, mas constituem barreiras formidáveis ao acesso aos serviços e à efetivação de direitos fundamentais. Grupos historicamente marginalizados (população negra, mulheres, LGBTQIA+, população em situação de rua, usuários de drogas) experimentam sobreposição de opressões que intensifica vulnerabilidade e limita possibilidades de cuidado. Uma perspectiva interseccional e

decolonial é essencial para compreender que o sofrimento psíquico está intimamente ligado a experiências de racismo, colonialidade, violência de gênero e despossessão econômica.

A persistência de violações de direitos humanos dentro dos próprios serviços de saúde mental, coerção, negligência, medicalização excessiva, estigma e controle constitui paradoxo preocupante. Mesmo em dispositivos formalmente alinhados à Reforma, mecanismos sutis de tutela e paternalismo continuam operando, sugerindo que marcos normativos e reorganização de serviços não são suficientes para transformar práticas e mentalidades enraizadas. Isso demanda investimentos contínuos em educação permanente, formação crítica, sensibilização de profissionais e mecanismos de monitoramento com participação ativa de usuários e familiares.

As experiências de cuidado em liberdade demonstram potencialidades significativas quando implementadas com compromisso genuíno com os princípios da Reforma. CAPS, Consultórios na Rua e Serviços Residenciais Terapêuticos, quando bem estruturados e articulados em rede, reduzem internações, fortalecem vínculos comunitários e ampliam participação dos usuários. Essas experiências evidenciam que é possível construir formas de cuidado que rompam com segregação e controle, promovendo autonomia, dignidade e cidadania. Contudo, tais potencialidades só se realizam plenamente quando articuladas a políticas intersetoriais que garantam acesso à moradia, renda, educação, trabalho e proteção social, reconhecendo que a liberdade no cuidado é indissociável da liberdade nas condições materiais de existência.

Os desafios identificados são substanciais. O subfinanciamento crônico, insuficiência de dispositivos em muitos territórios, precarização das condições de trabalho e frágil articulação intersetorial constituem obstáculos estruturais à consolidação da RAPS. Movimentos que buscam reintroduzir modelos asilares, pela expansão de comunidades terapêuticas reclusivas ou reabertura de leitos psiquiátricos, representam riscos concretos de retrocesso, exigindo vigilância permanente, mobilização de movimentos sociais e defesa intransigente dos princípios da Reforma.

A dimensão política do cuidado emerge como elemento central para efetivação dos direitos humanos na saúde mental. Reconhecer que toda prática de cuidado envolve disputas de sentidos, relações de poder e escolhas sobre que tipo de sociedade se quer construir é fundamental para evitar que o discurso do cuidado em liberdade seja capturado por lógicas que responsabilizam individualmente usuários, desconsiderando barreiras estruturais. Saberes e práticas emancipatórias, baseadas em escuta qualificada, participação efetiva e construção compartilhada de projetos terapêuticos, revelam-se como alternativas viáveis para romper ciclos de exclusão e violação de direitos.

A formação profissional e educação permanente constituem pilares incontornáveis para transformação das práticas. A ausência de conteúdos críticos sobre direitos humanos, determinantes sociais, racismo, gênero, sexualidade e interseccionalidade nos currículos perpetua práticas violadoras. Experiências que articulam teoria crítica, análise territorial e experimentação de novas formas de cuidar demonstram potencial para produzir deslocamentos nas mentalidades e ações dos profissionais, transformando-os em agentes de mudança comprometidos com justiça social.

A consolidação do cuidado em liberdade exige conjunto articulado de ações: financiamento estável para RAPS; expansão territorial equitativa; articulação efetiva entre saúde, assistência social, habitação, educação, trabalho e justiça; mecanismos rigorosos de monitoramento e responsabilização; participação ativa de usuários, familiares e movimentos sociais na formulação de políticas; e compromisso político explícito com redução de desigualdades sociais e enfrentamento de discriminações de raça, gênero, classe e território.

A revisão evidencia lacunas importantes na produção científica. São necessários estudos interseccionais e decoloniais que coloquem a voz de usuários e grupos invisibilizados como centro da análise; investigações sobre relação entre políticas macroeconômicas, precarização e sofrimento psíquico; pesquisas que avaliem implementação de mecanismos de proteção de direitos; estudos longitudinais acompanhando trajetórias em contextos de vulnerabilidade; investigações sobre persistência de práticas coercitivas e medicalizantes; pesquisas participativas com usuários como copesquisadores; análises do impacto de políticas de austeridade fiscal na saúde mental; e produção de conhecimento sobre experiências de cuidado em liberdade em favelas, periferias, zonas rurais e comunidades indígenas.

Por fim, a garantia e proteção dos direitos humanos no contexto das vulnerabilidades sociais e o direito à saúde mental não constituem questões meramente técnicas ou administrativas, mas profundamente políticas e éticas. O modo como uma sociedade organiza o cuidado em saúde mental se por práticas que segregam, controlam e silenciam, ou por práticas que incluem, escutam e empoderam, é indicador fundamental do seu compromisso com dignidade humana e justiça social.

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a RAPS, quando implementadas com fidelidade aos seus princípios, representam aposta em modelo de sociedade mais democrático, inclusivo e comprometido com as vidas consideradas “sobrantes”. Contudo, essa aposta permanece frágil, ameaçada por pressões políticas e econômicas que buscam reatualizar lógicas manicomiais. A defesa e aprimoramento do cuidado em liberdade constituem tarefas permanentes que exigem vigilância crítica, mobilização coletiva e produção contínua de saberes e práticas emancipatórias. Espera-se que este artigo contribua para fortalecer essa luta, oferecendo elementos para reflexão, debate e ação de profissionais, pesquisadores, usuários, familiares e movimentos sociais comprometidos com construção de sistema de saúde mental verdadeiramente comprometido com direitos humanos, cidadania e justiça social.

## Referência

- Amarante, P. (2013). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2. ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (Org.). (2018). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Fiocruz.
- Borysow, I. C., & Fischer, F. (2014). Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo sobre o Consultório na Rua em grande cidade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Saúde da população negra: políticas e ações*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_negra\\_politicas\\_acoes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra_politicas_acoes.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. [file:///C:/Users/user/Downloads/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental* (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Secretaria de Atenção à Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e dos desafios para o alcance dos ODS*. Secretaria de Vigilância em Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf)
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Campos, G. W. de S. (2000). *Saúde Paideia*. Hucitec.

- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: 2017*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/07/RELATORIO-INSPECAO-NACIONAL-CTS-2017.pdf>
- Costa, M. C. O., & Dimenstein, M. (2017). Desinstitucionalização e convivência: o cuidado em liberdade em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), e270301. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300001>
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171–188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Delgado, P. G. G. (2011). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1973–1976. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000001>
- Falcão, I., et al. (2019). Saúde mental e população em situação de rua: uma análise a partir da redução de danos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
- Foucault, M. (2014a). *História da loucura na Idade Clássica* (10. ed.). Perspectiva.
- Foucault, M. (2014b). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões* (40. ed.). Vozes.
- Furtado, J. P. (2016). Avaliação da rede de atenção psicossocial: desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 40(109), 88–101. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610900008>
- Lancetti, A. (2015). *Clínica peripatética* (7. ed.). Hucitec.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2013). Saúde mental e sofrimento psíquico na perspectiva dos direitos humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1889–1896. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700002>
- Minayo, M. C. de S. (2017). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (15. ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (Org.). (2015). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (34. ed.). Vozes.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. ONU. <https://www.ohchr.org/en/universal-declaration-of-human-rights>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

- Onocko-Campos, R. T., et al. (2018). Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3459–3470. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.17832018>
- Passos, E., & Benevides, R. (Org.). (2015). *Clínica e política: subjetividade e violação de direitos*. Sulina.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de, & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17–59). Hucitec.
- Santos, B. de S. (2006). *A gramática do tempo: para uma nova cultura política* (3. ed.). Cortez.
- Souza, J. T., et al. (2018). Saúde mental e gênero: uma análise crítica das políticas e práticas de cuidado. *Saúde em Debate*, 42(118), 180–194. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811800>
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Desinstitucionalização, redes sociais e direitos humanos*. Hucitec.
- Vasconcelos, E. M., & Yasui, S. (2019). *Saúde mental e atenção psicossocial* (3. ed.). Hucitec.
- Vecchia, M. D., Martins, S. R., & Nunes, M. de O. (2016). Direitos humanos, saúde mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil: conquistas e desafios. *Revista de Direito Sanitário*, 17(2), 28–52. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p28-52>
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150822>
- Yasui, S. (2015). *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde mental* (2. ed.). Hucitec.