



ISSN: 2595-1661

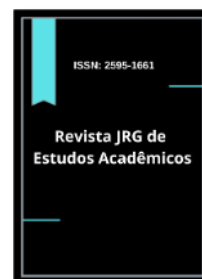
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](http://portal.periodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Reinserção social de pessoas com esquizofrenia na cidade de Palmas-To: limites locais e lições de modelos internacionais

Social reintegration of people with schizophrenia in the city of Palmas-TO: Local limitations and lessons from international models

DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2753

ARK: 57118/JRG.v8i19.2753

Recebido: 27/11/2025 | Aceito: 02/12/2025 | Publicado on-line: 02/12/2025

Stefane Mariane Rodrigues de Araujo¹

<https://orcid.org/0009-0003-0385-4773>

<http://lattes.cnpq.br/5258251964373307>

Faculdade Serra do Carmo, TO, Brasil

E-mail: tefahmuniz@gmail.com

Enio Walcacer de Oliveira Filho²

<https://orcid.org/0000-0002-9137-2330>

<http://lattes.cnpq.br/6875090942782476>

Faculdade Serra do Carmo, TO, Brasil

E-mail: ewalcacer@gmail.com



Resumo

Este artigo analisa as políticas e práticas de reintegração social para indivíduos com esquizofrenia em Palmas-TO, contrastando o modelo local com referências nacionais e internacionais de atendimento psicossocial. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico, fundamentada em revisão narrativa de literatura e em pesquisa documental junto à Secretaria Municipal de Saúde, com base na Lei de Acesso à Informação. O estudo identifica um hiato central: embora a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Palmas desempenhe um papel no cuidado em liberdade através de seus Centros de Atenção Psicossocial, a análise documental confirmou a não implementação de dispositivos nacionais essenciais para a reabilitação, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa De Volta para Casa. Essa lacuna estrutural, somada à carência de profissionais e à frágil integração intersetorial, diverge das experiências internacionais (Housing First, IPS), que apontam a integração entre saúde, moradia e trabalho como fundamental para o sucesso da inclusão. Conclui-se que a reintegração social em Palmas-TO é, além de um desafio técnico-assistencial, uma questão ética e política, exigindo investimentos concretos para que o cuidado em liberdade se torne uma prática emancipatória e de cidadania.

¹ Graduanda em Direito pela Faculdade Serra do Carmo, TO, Brasil.

² Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, Especialista em Ciências Criminais e também em Direito e Processo Administrativo. Graduado em Direito e em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo, todos os cursos pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Professor de Direito Processual Penal, escritor e pesquisador em Direito e Processo Penal e Direitos Humanos. Delegado da Polícia Civil do Tocantins. E-mail: ewalcacer@gmail.com

Palavras-chave: Reinserção Social; Esquizofrenia; Saúde Mental; Políticas Públicas; Reabilitação Psicossocial; Palmas-TO.

Abstract

This article analyzes the policies and practices of social reintegration for individuals with schizophrenia in Palmas-TO, contrasting the local model with national and international references for psychosocial care. The research adopts a qualitative approach, of a descriptive and analytical nature, based on a narrative literature review and documentary research with the Municipal Health Department, according to the Access to Information Law. The study identifies a central gap: although the Psychosocial Care Network (RAPS) in Palmas plays a role in community-based care through its Psychosocial Care Centers, the documentary analysis confirmed the non-implementation of essential national instruments for rehabilitation, such as Therapeutic Residential Services (SRTs) and the Homecoming Program. This structural gap, combined with a shortage of professionals and weak intersectoral integration, diverges from international experiences (Housing First, IPS), which indicate the integration between health, housing, and work as fundamental for the success of inclusion. It is concluded that social reintegration in Palmas-TO is, in addition to a technical-assistance challenge, an ethical and political issue, requiring concrete investments so that care in freedom becomes an emancipatory and citizenship-oriented practice.

Keywords: Social Reintegration; Schizophrenia; Mental Health; Public Policies; Psychosocial Rehabilitation; Palmas-TO.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave e persistente que costuma iniciar no fim da adolescência ou no começo da vida adulta e impacta de forma profunda a percepção da realidade, as relações sociais e a autonomia cotidiana da pessoa. Trata-se de um quadro que não se limita aos sintomas psicóticos agudos: envolve, muitas vezes, um processo longo de sofrimento emocional, retraimento social, interrupção de atividades escolares e profissionais, além de rupturas familiares. Esses efeitos, somados ao estigma, tornam a reinserção social um dos maiores desafios do cuidado em saúde mental.

Historicamente, o tratamento da loucura e dos transtornos psicóticos esteve associado ao isolamento em instituições fechadas. Esse modelo asilar, além de violar direitos básicos, impedia que a pessoa reconstruísse laços afetivos, comunitários e produtivos. A Reforma Psiquiátrica brasileira, impulsionada desde a década de 1980 e consolidada legalmente pela Lei nº 10.216/2001, propôs romper com essa lógica e substituir o hospital psiquiátrico clássico por uma rede de cuidados em liberdade, territorializada e contínua. Entre os serviços que materializam essa mudança estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), formalizados em âmbito nacional e incorporados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir de 2011.

Essa rede não se limita à contenção de crises; ela busca a construção de vida digna no território. A ideia central é que “tratar” não significa apenas reduzir sintomas, mas também garantir moradia, apoio comunitário, acesso a trabalho, convivência e exercício de direitos. Esse deslocamento, do hospital para o território e da doença para o projeto de vida, é o eixo conceitual que sustenta as experiências de reabilitação psicossocial e reinserção social.

No entanto, transformar esse princípio em prática concreta continua sendo um problema de política pública. Mesmo em cidades que possuem CAPS, ainda se

observam falta de recursos humanos qualificados, interrupção no fornecimento de medicamentos, pouca articulação com assistência social, moradia e emprego, e ausência de dispositivos essenciais como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Esse cenário aparece de forma clara no município de Palmas-TO, que hoje conta com três CAPS: CAPS II (transtornos mentais graves em adultos); CAPS AD III (álcool e outras drogas, 24h); CAPSi (crianças e adolescentes até 17 anos) - , mas enfrenta limitações importantes de estrutura física, equipe e políticas intersetoriais, inclusive a inexistência de SRTs e a não implementação local do Programa De Volta para Casa.

Ao mesmo tempo, experiências internacionais vêm consolidando práticas integradas de reinserção que combinam cuidado clínico, suporte psicossocial, acesso à moradia estável, inclusão produtiva e redes de apoio comunitário. Modelos como o emprego apoiado, o tratamento comunitário intensivo, o cuidado orientado à recuperação e a oferta de moradia garantida antes de qualquer outra intervenção mostram que a reintegração social bem-sucedida exige mais do que atendimento em saúde: exige projeto de cidadania.

É nesse ponto que se insere este estudo. Partindo de um campo empírico realizado no CAPS II de Palmas-TO e de uma revisão narrativa de literatura nacional e internacional, busca-se entender em que medida as políticas e práticas de reinserção social existentes hoje no município dialogam, ou deixam de dialogar, com as referências reconhecidas em outros contextos.

Pergunta-problema: Quais são as ferramentas e políticas públicas de reinserção social voltadas a pessoas com esquizofrenia atendidas pelos CAPS em Palmas-TO, e como elas se comparam às práticas adotadas em outras localidades no Brasil e no mundo?

O objetivo geral deste trabalho é analisar as políticas e práticas de reinserção social ofertadas a pessoas com esquizofrenia atendidas pelos CAPS em Palmas-TO, à luz de modelos nacionais e internacionais de cuidado psicossocial e inclusão social.

Como objetivos específicos tem-se: (a) Discutir a construção histórica e conceitual da esquizofrenia e sua relação com a noção de “loucura”, situando o deslocamento do modelo manicomial para o cuidado territorial em liberdade. (b) Descrever políticas e intervenções de reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves em diferentes países, com atenção para estratégias de moradia, trabalho, apoio comunitário e participação familiar. (c) Caracterizar a rede de saúde mental em Palmas-TO, especialmente os CAPS II, AD III e CAPSi, bem como seus fluxos de cuidado e ações concretas de reinserção social, com base no material de campo e nos relatos das equipes. (d) Identificar os principais obstáculos enfrentados no território, tais como falta de profissionais, descontinuidade de insumos, ausência de SRTs, estigma, fragilidade intersetorial, e discutir em que medida esses entraves limitam a efetividade da reinserção social. (e) Relacionar avanços e lacunas observados em Palmas-TO com experiências consideradas referência internacional, apontando possibilidades de aprimoramento local.

A discussão sobre esquizofrenia costuma se concentrar no momento da crise e na oferta de tratamento medicamentoso. Contudo, para grande parte das pessoas diagnosticadas, o principal drama cotidiano não é apenas o sintoma psicótico em si, mas a perda da própria vida social: a interrupção dos estudos, a saída forçada do trabalho formal, a dependência econômica, o afastamento da família, a vergonha pública, a rotulação como perigoso ou incapaz. Esses fatores produzem exclusão e reforçam um ciclo de institucionalização, recaída e pobreza.

O paradigma do cuidado em liberdade, assumido pela legislação brasileira e por políticas públicas de saúde mental, afirma que a reabilitação psicossocial deve reconstruir cidadania. Isso significa garantir direito à cidade, acesso a renda, moradia digna, vínculos comunitários e possibilidade real de participar da vida social. Em outras palavras: é um debate sobre direitos humanos, e não apenas sobre assistência clínica.

No caso de Palmas-TO, essa discussão é urgente. A rede local de saúde mental cumpre papel essencial, mas atua sob forte pressão assistencial, com equipe reduzida, estrutura física em alguns momentos inadequada, falta de medicamentos e fragilidade de articulação com serviços de assistência social, habitação e inserção laboral. Ao mesmo tempo, não há Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento e o Programa De Volta para Casa não está implementado no município, o que dificulta a transição segura para a vida comunitária de pessoas que passaram longos períodos em internação psiquiátrica.

Isso produz um quadro paradoxal: existe o discurso da reabilitação psicossocial e da inclusão, mas faltam dispositivos concretos que garantam moradia estável, renda mínima, oportunidades de trabalho e acompanhamento intersetorial após a alta. Ou seja, o risco é que o CAPS acabe responsabilizado sozinho por uma tarefa que, na prática, exige articulação entre saúde, assistência, trabalho, habitação, justiça e educação.

Descrever esse descompasso, analisá-lo criticamente e compará-lo com experiências internacionais não é apenas um exercício acadêmico: é também um instrumento político para qualificar o debate local sobre políticas públicas e orientar decisões de gestão em saúde mental.

2. METODOLOGIA

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico, fundamentada em revisão narrativa de literatura e em pesquisa documental junto à Secretaria Municipal de Saúde, com base na Lei de Acesso à Informação.

2.1 UM PANORAMA HISTÓRICO E CONTEXTUAL DA ESQUIZOFRENIA

A trajetória conceitual e institucional da esquizofrenia articula vetores históricos, clínicos, farmacológicos, críticos e políticos. A sobreposição desses fatores oferece um panorama indispensável para a análise das políticas públicas contemporâneas voltadas à reintegração social. O conhecimento deste percurso é fundamental para um posicionamento crítico sobre os modelos de cuidado comunitário, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e para a compreensão dos desafios inerentes à reabilitação e inclusão social de indivíduos diagnosticados com o transtorno.

As concepções que moldaram o entendimento atual da esquizofrenia consolidaram-se entre o final do século XIX e o início do século XX. Emil Kraepelin, em suas sucessivas edições do "Lehrbuch der Psychiatrie", propôs o conceito de demência precoce. Esse agrupamento nosológico foi inovador por classificar diferentes quadros clínicos com base em sua evolução e no comprometimento funcional do paciente (Kraepelin, 1899). Posteriormente, Eugen Bleuler (1908/1911) cunhou o termo esquizofrenia, reformulando os conceitos de mania e melancolia. Bleuler focou na "quebra da harmonia" entre as funções mentais, diferenciando sintomas essenciais de secundários. Essa divisão influenciou profundamente a prática clínica e os sistemas de diagnóstico subsequentes.

A partir da década de 1950, a introdução dos primeiros medicamentos antipsicóticos, notadamente a clorpromazina (e.g., Deniker; Delay, 1952), iniciou uma revolução terapêutica. Essa inovação abriu o caminho para o manejo farmacológico dos sintomas psicóticos e fomentou a desinstitucionalização, ao possibilitar o tratamento de pacientes fora das instalações asilares. Paralelamente a essa evolução, a compreensão clínica contemporânea consolidou a esquizofrenia como uma condição complexa do neurodesenvolvimento. Atualmente, ela é vista como um conjunto de transtornos mentais graves que alteram a percepção de si e do mundo.

Na fase pré-mórbida (infância e adolescência), os sinais podem ser discretos, como déficits cognitivos e dificuldades de socialização. Já a fase prodrômica, que indica o agravamento funcional, manifesta-se habitualmente no fim da adolescência ou início da vida adulta — afetando homens, em média, entre 20-39 anos, e mulheres, entre 20-28 anos. Nela, observa-se ansiedade difusa, sensações premonitórias e acentuado retraimento social, frequentemente acompanhados por abandono de estudos e negligência com o autocuidado. A transição para a fase psicótica aguda é marcada pelo surgimento de sintomas positivos (alucinações, delírios, pensamento desorganizado) e negativos (afeto embotado, apatia, anedonia).

Contudo, o próprio movimento de desinstitucionalização, impulsionado pela farmacologia, revelou inconvenientes e riscos significativos. Experiências internacionais, como será visto nas seções seguintes, demonstraram casos de "transinstitucionalização" (a transferência do cuidado para outras instituições precárias), aumento da vulnerabilidade social e crescimento da população de rua, especialmente em contextos de subfinanciamento crônico e fraca coordenação intersetorial.

Nesse mesmo período de avanço biomédico, emergiu uma potente crítica à prática psiquiátrica e à medicalização da diferença. Autores como R.D. Laing (1960) questionaram o valor terapêutico das classificações diagnósticas, apontando para a centralidade da experiência humana e das relações interpessoais no sofrimento mental. Thomas Szasz (1961), em "O Mito da Doença Mental", foi mais incisivo, questionando a própria categoria de "doença mental" e alertando para os efeitos sociais iatrogênicos do diagnóstico. Michel Foucault (1961/1972), por sua vez, analisou a história da "loucura", demonstrando como o saber foi historicamente utilizado para definir a normalidade e segregar o "desviante".

Aprofundando essa perspectiva, Laing (1973) argumenta que a esquizofrenia é menos um distúrbio interno e mais uma expressão trágica de relações desumanizadoras. O indivíduo dito esquizofrênico não seria um "doente" a ser corrigido, mas um ser humano a ser compreendido. Laing considera o diagnóstico clínico tradicional inútil, pois os rótulos podem obscurecer o entendimento real da pessoa e reforçar sua exclusão.

Considerar a atitude de uma pessoa em condição Esquizofrênica como devidas primordialmente a alguma deficiência psicológica é como supor que um homem, apoiado numa só mão, sobre uma bicicleta, numa corda bamba, a trinta metros de altura, sem rede de segurança, esteja sofrendo de incapacidade de firmar-se sobre os próprios pés. É de se indagar por que tais pessoas têm que ser, às vezes brilhantemente, tão esquivas, indefiníveis, incansavelmente propensas a se mostrarem incompreensíveis (Laing, 1973, p. 41).

Portanto, para entender a esquizofrenia, é crucial transcender a visão puramente clínica e considerar a pessoa em sua totalidade. As perspectivas críticas de Laing, Szasz e Foucault instigam um exame atento dos sinais da doença, buscando

a lógica subjacente e o sofrimento expresso. A experiência da "loucura", frequentemente ignorada e segregada, revela não apenas o padecimento subjetivo, mas também a reação da sociedade ao desconhecido.

Repensar a esquizofrenia representa um gesto de empatia e compromisso moral. Significa aceitar a singularidade de cada jornada e reconhecer que o verdadeiro amparo provém do respeito e da interação. Transformar o olhar social sobre a diferença é o primeiro passo para substituir o estigma pela compreensão, o isolamento pela inclusão e a exclusão pela dignidade humana, alinhando-se aos objetivos da reintegração social.

3. POLÍTICAS DE REINserÇÃO SOCIAL E INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA: UM PANORAMA GLOBAL

Este capítulo, fundamentado em uma revisão narrativa de literatura, apresenta um panorama de políticas e intervenções que têm demonstrado eficácia na reinserção social de pessoas com esquizofrenia. Modelos integrados, intervenções psicossociais baseadas em evidências e um robusto suporte comunitário constituem os pilares para o sucesso dessa abordagem.

3.1. TIPOLOGIAS DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

As intervenções psicossociais baseadas em evidências são fundamentais. Estratégias como treinamento de habilidades sociais, reabilitação cognitiva, psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, intervenções familiares e emprego apoiado são amplamente reconhecidas por sua eficácia na melhoria do funcionamento social, qualidade de vida e redução de recaídas (Barlati et al., 2024; McDonagh et al., 2021; Solmi et al., 2022; Lu et al., 2022). Dentre elas, destacam-se o modelo *Individual Placement and Support* (IPS), focado na inserção laboral, e o *Housing First*, que visa garantir moradia estável (Killaspy et al., 2022; Solmi et al., 2022).

No campo do apoio social, o *Tratamento Comunitário Assertivo* (ACT), programas de reabilitação baseados na comunidade e o uso de tecnologias sociais facilitam a inclusão, reduzem o isolamento e promovem maior autonomia (Saputra et al., 2025; Killaspy et al., 2022; Ernala et al., 2022). O gerenciamento de caso que integra saúde e apoio social, como evidenciado em experiências na França, também tem contribuído para o empoderamento e a recuperação (Hindenoch et al., 2023).

Adicionalmente, intervenções familiares (especialmente a psicoeducação) e o suporte por pares configuram-se como estratégias centrais. As primeiras são eficazes na prevenção de recaídas e na redução da sobrecarga dos cuidadores (Chien et al., 2024; Rodolico et al., 2022). O suporte por pares, por sua vez, utiliza a experiência vivida para fortalecer a autonomia e o empoderamento dos participantes (Jambawo et al., 2024).

Outras estratégias promissoras incluem o *befriending* (companhia voluntária) e programas de apoio social, que se mostram benéficos para a qualidade de vida, especialmente em contextos de escassez de recursos (Farcas et al., 2023; Sikira et al., 2021). A literatura aponta ainda que a combinação de diferentes intervenções (ex: psicoeducação, reabilitação cognitiva e treinamento de habilidades) potencializa os ganhos funcionais (Lu et al., 2022; John et al., 2021).

O Quadro 1 sintetiza essas principais modalidades, seus objetivos e os resultados documentados na literatura.



Quadro 1 - Exemplos de Políticas e Modelos

Política/Intervenção	Objetivo Principal	Resultados	Citações
Individual <i>Placement and Support</i> (IPS)	Emprego apoiado	Melhora inserção laboral	(Killaspy et al., 2022; Solmi et al., 2022)
<i>Housing First</i>	Moradia estável	Reduz instabilidade habitacional	(Killaspy et al., 2022)
Intervenções familiares	Prevenção de recaídas	Reduz recaídas e sobrecarga	(Chien et al., 2024; Rodolico et al., 2022)
Suporte por pares	Recuperação e empoderamento	Melhora moderada	(Jambawo et al., 2024)
Befriending	Redução do isolamento social	Melhora qualidade de vida	(Farcas et al., 2023; Sikira et al., 2021)

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

O panorama sintetizado no Quadro 1, e fundamentado na literatura discutida, evidencia a natureza multifacetada da reintegração social eficaz. As intervenções de maior impacto não se restringem a um único vetor, mas abordam, de forma complementar, pilares centrais da vida autônoma: o trabalho (IPS), a moradia (*Housing First*) e o suporte relacional (seja familiar, por pares ou comunitário, como o befriending). Reforça-se, assim, a concepção de que a eficácia não reside em uma única "solução", mas na articulação de diferentes frentes, uma vez que, como apontado (Lu et al., 2022; John et al., 2021), a combinação de intervenções é o que de fato potencializa os ganhos funcionais e a qualidade de vida do indivíduo.

3.2. MODELOS GLOBAIS E CONTEXTOS DE APLICAÇÃO

A aplicação dessas intervenções demonstra que a reintegração social eficaz exige uma estratégia unificada, que articule as dimensões clínica, psicossocial e comunitária. Em nações com sistemas de saúde mental consolidados (como Canadá, Noruega, Austrália e Reino Unido), os avanços mais notáveis surgem da colaboração intersetorial (saúde, serviço social, emprego e moradia), compreendendo que a recuperação transcende o gerenciamento de sintomas.

No contexto europeu, destaca-se a filosofia da *Recovery-Oriented Practice* (Prática Orientada para a Recuperação), focada na autonomia e no protagonismo do indivíduo. A "recuperação" é entendida como um processo de fortalecimento da identidade e da conexão social. Um exemplo é o programa *Open Dialogue* (Diálogo Aberto), da Finlândia, que prioriza a comunicação contínua entre paciente, rede social e profissionais, apresentando bons resultados na redução de hospitalizações (Seikkula & Alakare, 2022).

Em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos, modelos já referenciados, como o *Supported Employment* (Emprego Apoiado) e o *Housing First*, são pilares das políticas de reabilitação (Bond et al., 2023). O *Assertive Community Treatment* (ACT) e o *Housing First*, em particular, tornaram-se referências por partirem da premissa de que a reintegração exige a garantia de necessidades essenciais

(moradia, segurança) como passo primordial. O *Housing First*, ao oferecer um lar fixo antes de intervenções mais profundas, aumenta a autoestima e o sentimento de inclusão da pessoa.

No continente asiático, países como Japão e Coreia do Sul têm investido em tecnologias de cuidado, como aplicativos e plataformas digitais, que auxiliam no monitoramento e na adesão ao tratamento, contribuindo para reduzir o isolamento (Yamaguchi et al., 2024). Na América Latina, experiências em países como Chile, Argentina e Uruguai buscam adaptar modelos internacionais às realidades locais, com ênfase nas redes comunitárias. O Brasil, com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possui marcos fundamentais no cuidado em liberdade, embora persistam desafios de financiamento, continuidade de políticas e articulação da rede.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera que a reintegração e a recuperação em saúde mental são, primordialmente, uma questão de direitos humanos. As estratégias devem assegurar não apenas o cuidado clínico, mas a plena participação social, econômica e cultural, combatendo o estigma e reconhecendo o valor singular de cada indivíduo (OMS, 2023).

Como se evidencia, as experiências internacionais demonstram que a verdadeira recuperação não se limita à remissão sintomática. Ela depende de políticas públicas integradas, humanizadas e sensíveis às particularidades de cada trajetória. O desafio contemporâneo é garantir que o "cuidado em liberdade" se efetive no cotidiano, promovendo laços, incentivando a independência e valorizando a singularidade de cada indivíduo.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O CONTEXTO DE PALMAS-TO

Desde a década de 1980, o Brasil transita por uma profunda reorientação de seu modelo de atenção à saúde mental, impulsionada por movimentos sociais e profissionais que questionavam o modelo asilar. Esse processo, denominado Reforma Psiquiátrica, consolidou-se através da luta antimanicomial e teve como marco legal a Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado). Tal legislação assegurou os direitos das pessoas com transtornos mentais e promoveu o cuidado em liberdade, priorizando o acompanhamento comunitário. Como enfatiza Amarante (2007), a reforma não representa apenas uma mudança assistencial, "mas uma transformação ética, cultural e política nas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento mental".

Nessa esteira, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/2002, como serviços estratégicos para o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico grave (esquizofrenia, transtornos do humor, dependência de substâncias). Posteriormente, a Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de articular os CAPS a outros dispositivos, como residências terapêuticas, unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e parcerias intersetoriais (assistência social, educação, trabalho). Até 2022, o Brasil contava com 2.836 CAPS, embora com acentuada desigualdade regional, sendo as regiões Norte e Nordeste as de menor cobertura.

Um dos eixos centrais da política nacional é a reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves, especialmente egressos de longas internações ou medidas de segurança. Nesse contexto, destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), instituídos pela Portaria nº 106/2000 e reforçados pela Portaria nº 3.090/2011. Os SRTs oferecem moradia comunitária para pessoas sem rede de apoio familiar, funcionando como estratégia concreta de desinstitucionalização.

Segundo Saraceno (2001), esses serviços buscam "reconstruir a vida cotidiana fora do hospital psiquiátrico, com base na convivência social e na autonomia progressiva do sujeito".

Outra iniciativa de destaque é o Programa De Volta para Casa (Lei nº 10.708/2003), que concede um auxílio reabilitação (financeiro) a egressos de longas internações psiquiátricas, visando favorecer sua autonomia. Contudo, persistem dificuldades: muitas residências terapêuticas apresentam limitações e, por vezes, reproduzem práticas institucionalizantes. Soma-se a isso a fragilidade da articulação entre saúde mental e outras políticas públicas, como moradia e emprego. Amarante (2007) adverte que "a simples transposição do sujeito do hospital para a casa não garante sua reintegração social se não houver um suporte articulado entre as diversas políticas públicas que sustentem essa nova condição de vida".

4.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM PALMAS-TO: ESTRUTURA E DESAFIOS

No município de Palmas-TO, a RAPS é estruturada em torno de três Centros de Atenção Psicossocial. São eles: o CAPS II, destinado a adultos com transtornos mentais graves; o CAPS AD III, voltado a usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas; e o CAPSi, focado no atendimento infanto-juvenil (até 17 anos). Apesar de constituírem o pilar do cuidado em liberdade na capital, esses serviços enfrentam obstáculos significativos, como limitações de infraestrutura e insuficiência de profissionais efetivos, sendo a força de trabalho majoritariamente composta por contratos temporários ou residentes.

O CAPS II, unidade de referência para adultos com transtornos mentais graves e persistentes, como a esquizofrenia, oferece uma carteira de serviços que inclui consultas psiquiátricas, psicoterapia individual e grupal, oficinas terapêuticas, atividades físicas e grupos de apoio. A equipe multiprofissional é composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. No entanto, a estrutura física por vezes se mostra inadequada para o volume de atividades, e a carência de profissionais especializados impacta a qualidade e a continuidade do serviço.

O CAPS AD III é especializado no acolhimento e tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Com funcionamento 24 horas e regime de "portas abertas", oferece atendimento multiprofissional, psicoterapia, oficinas e acompanhamento social. Embora seja um serviço de alta relevância, a unidade enfrenta desafios operacionais, como a regularidade do atendimento, a rotatividade profissional e, em momentos pontuais, a escassez de medicamentos.

Inaugurado em dezembro de 2023, o CAPSi é a unidade dedicada ao cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. O serviço dispõe de estrutura física recente e planejada, com recepção, espaços de convivência, banheiros acessíveis, refeitório, farmácia, leitos de descanso e salas para oficinas. Conta, ademais, com uma equipe multiprofissional especializada, incluindo psiquiatria da infância, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição e assistência social.

Apesar dos avanços estruturais, notadamente a inauguração do CAPSi, a RAPS de Palmas enfrenta desafios para a consolidação de um cuidado psicossocial integral e eficaz. A insuficiência de investimentos, a precarização dos vínculos de trabalho, a inadequação de algumas estruturas físicas e falhas no abastecimento de insumos comprometem a constância e o padrão do atendimento. Tais dificuldades

demandam investimento em estrutura e gestão para que os Centros cumpram seu papel. Como afirma Yasui (2010), "a consolidação do cuidado em liberdade exige investimentos contínuos nas redes de atenção psicossocial, que garantam acesso, continuidade e qualidade no tratamento".

Um desafio crítico na capital é a consolidação de políticas voltadas à reintegração social de pessoas egressas de longas internações ou de medidas de segurança. A principal lacuna da RAPS local é a inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o que limita severamente as possibilidades de desinstitucionalização e de transição segura para a vida comunitária.

Embora os CAPS atuem como o principal suporte para a reintegração, oferecendo acompanhamento clínico-psicossocial e oficinas, observa-se uma frágil articulação com outras áreas essenciais, como moradia, assistência social e inclusão pelo trabalho. Essa lacuna intersetorial dificulta a conquista da autonomia. Conforme frisam Hirdes et al. (2009, p. 5), "um dos maiores obstáculos diz respeito à inserção no mercado de trabalho formal, em razão da competitividade e da necessidade de estabelecimento de uma nova perspectiva na relação entre doença mental e sociedade".

Agrava esse cenário a não implementação do Programa "De Volta para Casa" (Lei nº 10.708/2003) no município. A ausência desse auxílio financeiro, somada à inexistência de SRTs e à incipiente articulação intersetorial, revela que, apesar das iniciativas de cuidado em saúde mental, são necessários investimentos para o fortalecimento da rede de apoio comunitário e a integração de políticas. Como destacam Yasui e Campos (2007), "a articulação entre os serviços substitutivos e a rede de apoio comunitária é essencial para consolidar práticas de cuidado que rompam com a lógica manicomial e promovam a cidadania dos usuários da saúde mental".

5. ESTRUTURA, ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DO CUIDADO EM PALMAS-TO: O CASO DO CAPS II

Para a caracterização dos serviços locais, os dados deste capítulo foram obtidos por meio de solicitação formal à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), via Ofício nº 001/2025, protocolado em 6 de outubro de 2025. Fundamentada na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), a requisição buscou informações oficiais sobre as ações, projetos e dados de reinserção social voltados a pessoas com esquizofrenia, referentes aos serviços CAPS II, CAPS AD III e CAPS. As informações a seguir consolidam a resposta oficial fornecida pela pasta.

Conforme os dados fornecidos pela SEMUS, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Palmas-TO acompanha, em média, 250 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. O protocolo de atendimento reportado pela gestão inicia-se no acolhimento, onde se avalia a elegibilidade do usuário (transtorno mental grave e persistente). Uma vez confirmado o quadro, o paciente é vinculado a um técnico de referência, responsável pela condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A gestão municipal informou que a unidade oferece estratégias para garantir a adesão ao tratamento. Nos casos em que o paciente utiliza medicação de uso contínuo (ex: Haloperidol) e não possui condições de deslocamento, o CAPS oferece atendimento domiciliar, no qual a equipe de enfermagem realiza visitas periódicas. Além disso, os usuários têm direito ao passe livre municipal (quatro passagens diárias), facilitando o acesso ao serviço e à circulação pela cidade.

O PTS descrito pela SEMUS não se limita à medicação. O CAPS II oferece um conjunto de atividades terapêuticas, incluindo grupos de arte, oficinas de expressão

corporal, atividades físicas, consultas médicas e acompanhamento psicológico e social. O objetivo é impulsionar a autonomia gradual, aprimorando habilidades sociais e emocionais. Quando o paciente apresenta um quadro clínico mais grave, a equipe prioriza sua estabilização, intensificando os atendimentos.

No âmbito das parcerias, a SEMUS reportou a articulação da RAPS com a assistência social (para solicitação de benefícios como o BPC) e a atenção básica. Externamente, foram destacadas parcerias com o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) para fomentar a qualificação e a inclusão no mercado de trabalho.

5.1. DESAFIOS REPORTADOS E LACUNAS SISTÊMICAS

Apesar dos serviços listados, a própria gestão municipal reconhece, em sua resposta, limitações estruturais e de recursos humanos. Foi informado que a carência de profissionais qualificados, como a falta de psiquiatras na rotina diária e um número insuficiente de técnicos no período vespertino, o que impacta a qualidade do atendimento e sobrecarrega a equipe.

Soma-se a isso a dificuldade recorrente no fornecimento de medicamentos essenciais, o que, segundo o informado, gera aumento de recaídas e maior procura por internações no Hospital Geral de Palmas (HGP). Esse ciclo fortalece práticas biomédicas e hospitalocêntricas, distanciando-se do cuidado em liberdade.

Os dados oficiais confirmam lacunas críticas na rede: a Secretaria Municipal de Saúde atestou que as políticas federais de reabilitação psicossocial, como o Programa De Volta para Casa (PVC) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), não foram implementadas em Palmas-TO. A ausência de SRTs é um entrave central para a desinstitucionalização.

Outro desafio apontado é a frágil integração intersetorial e a persistência de uma perspectiva puramente medicamentosa do tratamento por parte de muitos usuários e familiares, que buscam o CAPS apenas para consultas e prescrição, demonstrando resistência em participar das atividades coletivas de reinserção.

Nesse contexto, torna-se evidente que a reinserção social ultrapassa o ato clínico. Como defende Patricia Deegan (1996), o cuidado em liberdade exige "reconstruir vínculos, reabilitar papéis sociais e inserir-se no mundo dos outros". Essa perspectiva dialoga com a de Benedetto Saraceno (2019), para quem "a verdadeira reabilitação psicossocial não se resume a tratar sintomas, mas a devolver à pessoa o poder de reconstruir sua própria história".

A experiência de Palmas-TO, analisada a partir dos dados oficiais, demonstra que a reinserção social é um processo ético e coletivo. O desafio atual não se resume a fechar manicômios ou fornecer tratamento, mas, como defende Franco Basaglia (2001), em "abrir espaços de liberdade dentro da sociedade". Para superar os obstáculos enfrentados, é necessário não apenas aumentar os recursos, mas mudar o paradigma social e institucional, compreendendo o cuidado em liberdade como um direito humano e uma manifestação de justiça social.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou responder à pergunta-problema: quais são as ferramentas e políticas públicas de reinserção social voltadas a pessoas com esquizofrenia atendidas pelos CAPS em Palmas-TO, e como elas se comparam às práticas adotadas em outros contextos nacionais e internacionais? Tendo como objetivo central analisar as práticas e políticas de reinserção social do município à luz de modelos internacionais de cuidado psicossocial, e os resultados evidenciam que, apesar de importantes avanços institucionais, a reintegração social em Palmas-TO ainda enfrenta limitações devido a lacunas em termos de estrutura, intersetoriais e na gestão pública.

A análise dos dados evidenciou que a Rede de Atenção Psicossocial de Palmas funciona com sobrecarga de atendimentos, falta de profissionais e sem dispositivos essenciais para a desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa De Volta para Casa. Esses elementos prejudicam a continuidade do cuidado, limitam a autonomia dos usuários e mantêm o risco de cronificação e exclusão social. Portanto, há um descompasso entre o que se fala sobre a Reforma Psiquiátrica e o que se realiza no território, onde a “atenção em liberdade” muitas vezes se restringe ao espaço do CAPS, sem transpor seus muros para o cotidiano da cidade.

A análise com modelos internacionais — em especial Housing First, Assertive Community Treatment e Individual Placement and Support — evidenciou que o sucesso na reinserção social depende de políticas integradas nas áreas de saúde, habitação, trabalho, renda e apoio comunitário. Esses modelos, guiados pela filosofia da recuperação e da cidadania, mostram que o tratamento verdadeiro é aquele que devolve à pessoa o direito de pertencer, participar e tomar decisões sobre sua própria vida.

Assim, a contribuição deste estudo é enfatizar que a reabilitação psicossocial não é apenas um desafio técnico, mas também uma obrigação ética e política. Promover a reinserção social de indivíduos com esquizofrenia implica em reconhecê-los como titulares de direitos, cuja dignidade deve ser assegurada por meio de políticas públicas integradas, sustentáveis e humanizadas.

Em termos propositivos, sugere-se a implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a adesão ao Programa De Volta para Casa, o fortalecimento da colaboração intersetorial entre saúde, assistência social, habitação e trabalho, além do investimento contínuo na capacitação das equipes multiprofissionais. Essas medidas constituem avanços significativos para a construção de um cuidado em liberdade que transcenda a retórica e se manifeste em práticas emancipadoras.

Conclui-se, assim, que a reinserção social de pessoas com esquizofrenia em Palmas-TO envolve não só uma questão de política de saúde, mas também de justiça social e direitos humanos. O progresso real desse processo dependerá da habilidade coletiva de mudar o paradigma do cuidado, trocando a tutela por autonomia, o estigma por convivência e o isolamento por cidadania. Somente então será possível confirmar que o tratamento realmente permite à pessoa viver plenamente no mundo.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARLATI, S.; NIBBIO, G.; VITA, A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 37, p. 131–139, 2024. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000925.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BOND, Gary R.; DRAKE, Robert E.; BECKER, Deborah R. An update on Individual Placement and Support: Employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, v. 74, n. 2, p. 123–130, 2023. DOI: 10.1176/appi.ps.202200649.
- CHIEN, W.; FAI, D.; BRESSINGTON, D.; MOU, H. Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 10, CD013541, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD013541.pub2.
- DEEGAN, Patricia E. *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities: visions, strategies, and programs*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. [Obra original publicada em 1961].
- HIRDES, Alice; et al. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 5, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100002.
- JAMBAWO, S.; OWOLEWA, R.; JAMBAWO, T. The effectiveness of peer support on the recovery and empowerment of people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 274, p. 270–279, 2024. DOI: 10.1016/j.schres.2024.10.006.
- KILLASPY, H.; HARVEY, C.; BRASIER, C.; BROPHY, L.; ENNALS, P.; FLETCHER, J.; HAMILTON, B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, v. 21, p. 56–70, 2022. DOI: 10.1002/wps.20940.
- LAING, R. D. *O eu dividido: um estudo existencial da sanidade e da loucura*. Tradução de Áurea Brito Weissenberg. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. [Obra original publicada em 1960].
- LU, E.; CHENG, A.; TSANG, H.; CHEN, J.; LEUNG, S.; YIP, A.; et al. Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive remediation training, and/or social skills training in combination for psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.899840.
- MCDONAGH, M.; DANA, T.; KOPELOVICH, S.; MONROE-DEVITA, M.; BLAZINA, I.; BOUGATSOS, C.; et al. Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: an overview and update of systematic reviews. *Psychiatric Services*, 2021. DOI: 10.1176/appi.ps.202000649.
- SARACENO, Benedetto. *Liberdade para viver: a residência como espaço de reabilitação psicossocial*. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Org.). *Práticas institucionais e saúde mental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 91–106.
- SARACENO, Benedetto. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a Reforma Psiquiátrica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

- SEIKKULA, Jaakko; ALAKARE, Birgitta. *Open Dialogue Around the World: Dialogical practice in social and mental health care*. London: Routledge, 2022.
- SOLMI, M.; CROATTO, G.; PIVA, G.; ROSSON, S.; FUSAR-POLI, P.; RUBIO, J.; et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Molecular Psychiatry*, v. 28, p. 354–368, 2022. DOI: 10.1038/s41380-022-01727-z.
- SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Tradução de José Henrique da Silva Azevedo. São Paulo: Loyola, 2002.
- YAMAGUCHI, Shuntaro; ITO, Hiroto; FUJITA, Eri. Digital mental health interventions in East Asia: current trends and challenges. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 89, p. 103–118, 2024. DOI: 10.1016/j.ajp.2024.103118.
- YASUI, Silvio. *Clínica peripatética: uma contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- YASUI, Silvio; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial no Brasil: o protagonismo dos atores sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 219–230, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000100025.