

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ALINE MARIA VICENTE DA SILVA
LUCAS FELIPE FERREIRA DA SILVA**

**AVANÇOS E RETROCESSOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NOS ANOS
2000: RESPOSTAS DO ESTADO E DO SERVIÇO SOCIAL**

RECIFE, 18 DE OUTUBRO DE 2024.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ALINE MARIA VICENTE DA SILVA
LUCAS FELIPE FERREIRA DA SILVA**

**AVANÇOS E RETROCESSOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NOS ANOS
2000: RESPOSTAS DO ESTADO E DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Roberta Uchôa.

RECIFE, 18 DE OUTUBRO DE 2024.

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE**

Silva, Aline Maria Vicente da.

Avanços e retrocessos das Políticas de Saúde Mental nos anos 2000:
Respostas do Estado e do Serviço Social / Aline Maria Vicente da Silva, Lucas
Felipe Ferreira da Silva. - Recife, 2024.

86 p.

Orientador(a): Roberta Uchôa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2024.

Inclui referências.

1. Golpe de 2016. 2. Políticas Públicas. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Saúde
Mental. 5. Serviço Social. I. Silva, Lucas Felipe Ferreira da. II. Uchôa, Roberta.
(Orientação). III. Título.

360 CDD (22.ed.)

ALINE MARIA VICENTE DA SILVA
LUCAS FELIPE FERREIRA DA SILVA

AVANÇOS E RETROCESSOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NOS ANOS
2000: RESPOSTAS DO ESTADO E DO SERVIÇO SOCIAL

Aprovado em: 18/10/2024

Banca examinadora

Profa. Dra. Roberta Uchôa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Delaine Melo (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

A todos/as que sofreram, para além do fardo da doença, a terrível exclusão e injustiça da sociedade.

AGRADECIMENTOS

Aline Maria Vicente da Silva

A Deus, por não me permitir desistir nos dias que o fardo pesou.

A todos os meus colegas de turma, que compartilharam comigo os momentos de aflição causados ao longo da graduação, em especial à Bruna Kevylly, Maria Eduarda, Flávia Laryssa e Danilo Estevão, que desde o princípio da minha trajetória acadêmica estiveram comigo.

Ao meu amigo e dupla de TCC, Lucas Felipe, que compartilhou não somente as dificuldades de fazer uma monografia, mas também, compartilhou conselhos, risadas e choros ao longo de toda a graduação. Guardarei sua amizade e levarei comigo para além da vida acadêmica, pois ganhei, para além de um amigo, um irmão.

Aos meus amigos de fora do curso, especialmente, à Laís Gabrielly e Ana Caroline, que sempre me ouviram, incentivaram e aconselharam sobre todas as minhas inquietações e felicidades. Obrigada por estarem comigo e me apoiarem em todas as minhas fases.

Aos meus familiares, sobretudo, à minha mãe, Elenice Izidoro, que nos meus piores momentos esteve ao meu lado e nunca desistiu de mim, e nem me deixou desistir.

Ao meu amor, Tiago Henrique, por ser meu suporte, meu alicerce, e, principalmente, por compartilhar a vida ao meu lado. Obrigada pelas caronas todos os dias durante estes quatro anos de curso. Não tenho dúvidas que se cheguei até aqui, foi porque você sempre esteve comigo, me apoiando e me incentivando.

Aos meus professores de graduação, em particular, à Professora Ana Arcoverde, com quem tive a honra de permanecer durante parte da graduação, através de aulas, monitorias e pesquisa. A admiro como profissional, e, sobretudo, como pessoa. Carregarei comigo os aprendizados, ensinamentos e experiências, que foram compartilhados ao longo desta trajetória acadêmica.

À minha orientadora, Roberta Uchôa, que dedicou toda sua experiência, sugestões, tempo, e, sobretudo, paciência para construir este TCC. Grata pela sua orientação. Sem dúvidas lembrarei da senhora em minha trajetória profissional.

À minha filha, Maria Heloísa, que apesar de ainda não ter nascido, chegou ao final da graduação e participou, com “chutinhos” em minha barriga, durante as escritas e leituras deste TCC.

AGRADECIMENTOS

Lucas Felipe Ferreira da Silva

Começar a graduação no ensino remoto, durante a pandemia, mudou completamente a minha concepção de vivenciá-la. Foi um processo exaustivo, desanimador, adoecedor, que me fez pensar e repensar várias vezes sobre o meu papel no Serviço Social. Diversos foram os momentos em que cogitei desistir de tudo, trocar de curso, seguir um caminho diferente. Porém, e felizmente, desistir deixou de ser uma opção, graças, sem sombra de dúvidas, aos amores, paixões e afetos dos quais sou afortunado de ter na vida.

Esta graduação jamais foi somente minha; fui apenas uma parte de um grande todo que a construiu.

Portanto, às pessoas que mais amo nesse mundo, deixo aqui o meu muitíssimo obrigado. Este é, também, o trabalho de e para todos vocês.

Aos meus avós e pais, Marinete e Maurício, que, por toda a vida, desde a minha chegada a este mundo, nunca me deixaram faltar nada, muito menos afeto — do qual sou 100% feito. Sempre digo às pessoas ao meu redor que não há nada melhor neste mundo do que ser criado por vocês. E, felizmente, fui próspero! Obrigado por tudo e por tanto. Não existiria um Lucas Felipe para contar história se não houvesse vocês dois.

Ao meu primo, Maurício, hoje com 08 anos, que veio a este mundo em um momento muito delicado da minha vida e, com isso, me fez enxergá-la com mais otimismo, paciência e beleza. Mau-Mau, você me trouxe forças!

À minha tia, Fabiana, por ter cuidado de mim ao longo da minha existência não apenas como sobrinho, mas também como um filho.

À minha mãe, Luciana, que me deu suporte, apoio e acolhimento no momento que eu mais precisei. Me trouxe a sensação de pertencimento e isso me transformou completamente.

À minha melhor amiga, Heloísa, que é o meu norte e sul, o grande amor da minha vida. Minha amiga, irmã e parceira de toda a vida, te amar me faz sentir a certeza de que viver é amar.

À minha amiga Aline, o maior presente que o Serviço Social me deu, e que topou fazer este trabalho comigo. Amiga, ter compartilhado essa graduação contigo foi o que a tornou muito mais leve. Obrigado por ter chegado à minha vida e por, diariamente, ser você. Obrigado por tanto carinho, afeto e por tantas risadas. Obrigado pelo cuidado de sempre comigo. Obrigado por tudo, minha amiga e irmã.

À minha amiga Flávia, gratidão por toda a rotina que compartilhamos no curso de graduação. Amo dividir um pouco do que é viver contigo. Amo te ouvir. Amo te ver sorrindo, feliz e de bem com a vida. Torço imensamente por você e pela sua felicidade, meu amor.

Ao meu amigo Danilo, que desde o nosso primeiro contato, sempre foi muito afetuoso e caloroso, e, com o passar dos anos, nada mudou. Amigo, desejo, por toda a vida, que você seja muitíssimo feliz e amado. Que sorte a minha ter encontrado você e poder caminhar nessa imensidão da vida ao seu lado. Obrigado por ser tão você.

Ao meu grande amigo Christian, que está comigo do começo ao final de todos os dias, gratidão pelas puxadas de orelhas, pelas trocas, pelo cuidado de sempre e por sua chegada na minha vida. Para além da sua contribuição neste trabalho, nossa rotina diária também constrói um pouco de mim. Obrigado por tudo que somos diariamente.

Aos demais amigos que amo, tão importantes além da construção desta monografia: Alice, Anna, Bia, Breno, Bruna, Duda, Jeco, João, Kleci, Nanda, Nelita, Reydson, Ruth, Saulo, Wolney e outros. Obrigado por tudo e por tanto. Ter vocês na minha vida é um presente.

À Roberta Uchôa, minha orientadora, que dedicou seu tempo, conhecimento, trocas e experiências para que este TCC pudesse ser construído da melhor forma possível. Muitíssimo obrigado, professora. Ter a senhora como referência no campo profissional é um enorme privilégio.

Ao universo, a Deus, que me acorda diariamente: meu muitíssimo obrigado. Há dias que são fáceis, outros que são bastante difíceis, mas em todos eles, busco diariamente manter a fé no quanto sou protegido e abençoado. E é essa fé que me dá forças para seguir apaixonado pela vida. Incontestavelmente!

“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, infectados, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais” (Esquirol, 1818, p.134).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto de estudo o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, em particular, a de saúde mental no Brasil, apreendendo as respostas às reivindicações dos movimentos sociais ligados às lutas antimanicomiais e contra reformistas conservadores. Este trabalho tem como objetivo geral evidenciar os avanços das políticas nacionais de saúde mental e sobre drogas, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, bem como os retrocessos destas políticas a partir do golpe de Estado de 2016, com destaque para a cidade do Recife; e como objetivos específicos, 1) indicar as respostas às reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial e dos movimentos antiproibicionistas, bem como os entraves impostos a estas políticas a partir do golpe de Estado de 2016, como respostas às reivindicações dos setores conservadores, religiosos e entidades representativas das comunidades terapêuticas; e 2) apontar as principais contribuições do Serviço Social brasileiro e seu papel em meio a essas reformas e contextos, enquanto profissão atrelada à classe trabalhadora. Para atingir estes objetivos, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental, com base em livros, artigos, monografias e outros materiais acadêmicos, sobretudo, aqueles baseados nos determinantes sociais da saúde e dos efeitos da exclusão e da desigualdade social sobre as pessoas com transtornos mentais. Como resultado das conquistas da Lei de Reforma Psiquiátrica apontamos a instituição do modelo de atenção psicossocial e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, com base no arcabouço legal criado após sua aprovação. Já como retrocessos destacamos os efeitos danosos da Emenda Constitucional nº 95/ 2016, da Nota Técnica nº 11/2019, e de outros instrumentos normativos, criados nos governos de Temer e Bolsonaro, que ampliaram o financiamento das comunidades terapêuticas e incentivaram a internação psiquiátrica. Por fim, salientamos a necessidade de formação profissional contínua dos assistentes sociais, tanto para quem atua no campo da saúde mental, como fora dele, haja vista que o tecido social está constantemente em transformação e, com isto, as políticas públicas são afetadas em decorrência de novas demandas sociais.

Palavras-chaves: Golpe de 2016; Políticas Públicas; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Serviço Social.

ABSTRACT

This Final Course Work has as object of study the development of public health policies, particularly mental health policies in Brazil, understanding the responses to the demands of social movements linked to the anti-asylum struggles and against conservative reformists. This work has as general objective to rescue the advances of national mental health and drug policies, based on the Psychiatric Reform Law No. 10.216/2001, as well as the setbacks of these policies since the 2016 coup d'état, with emphasis on the city of Recife, Brazil; and as specific objectives, 1) indicate the responses to the demands of the Anti-Asylum Struggle Movement and anti-prohibitionist movements, as well as the obstacles imposed on these policies since the 2016 coup, as responses to the demands of conservative and religious sectors and entities representing therapeutic communities; and 2) to point out the main contributions of Brazilian Social Work and its role in the midst of these reforms and contexts, as a profession linked to the working class. To achieve these objectives, the methodology used was bibliographic and documentary research, based on books, articles, monographs and other academic materials, especially those based on the social determinants of health and the effects of exclusion and social inequality on people with mental disorders. As a result of the achievements of the Psychiatric Reform Law, we point out the institution of the psychosocial care model and the rights of people with mental disorders, based on the legal framework created after its approval. As setbacks, we highlight the harmful effects of Constitutional Amendment nº 95/2016, Technical Note nº 11/2019, and other normative instruments, created during the Temer's and Bolsonaro's governments, which increased funding for therapeutic communities and encouraged psychiatric hospitalization. Finally, we emphasize the need for ongoing professional training for social workers, both for those working in the mental health field and outside it, given that the social fabric is constantly changing and, as a result, public policies are affected by new social demands.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Public Policies; Social Work; 2016 Coup de Etat.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
APS	Atenção Primária em Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Centro de Atividades Terapêuticas
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEMPI	Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COI	Centro de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
COVID	Coronavírus Disease
CPTRA	Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CT	Comunidades Terapêuticas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DVFO	De Volta à Família de Origem
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HUB	Hospital Ulysses Pernambucano

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPC	Modo de Produção Capitalista
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NAPSA	Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente
PAS	Plano de Acolhimento Singular
PEP	Projeto Ético-Político
PIA	Plano Individual de Atendimento
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PP	Partido Progressista
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Leitos Psiquiátricos no SUS por ano (1996-2005)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. CIDADANIA E LOUCURA.....	22
3. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	27
3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL....	28
3.2 MOVIMENTOS SOCIAIS E LUTA ANTIMANICOMIAL: CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	33
3.3 INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO E DO CONSERVADORISMO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	37
4. SERVIÇO SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL..	44
4.1 DA ERA VARGAS À REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA.....	46
4.2 O SÉCULO XXI.....	50
5. AVANÇOS E RETROCESSOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE 2001 E APÓS O GOLPE DE ESTADO DE 2016.....	55
5.1 AVANÇOS APÓS A LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA N° 10.216/2001, COM DESTAQUE PARA A CIDADE DO RECIFE.....	55
5.2 RETROCESSOS APÓS O GOLPE DE ESTADO DE 2016, COM DESTAQUE PARA A CIDADE DO RECIFE.....	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	71

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objeto de estudo o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, em particular as de saúde mental no Brasil, apreendendo as respostas às reivindicações dos movimentos sociais ligados às lutas antimanicomiais e contra reformistas conservadores.

A aproximação com o tema para ambos os autores surgiu antes mesmo de iniciar a graduação, pois já havia um desejo de aprofundar os conhecimentos não apenas no campo da saúde mental, mas também no da psicologia. Este desejo foi reforçado no decorrer da graduação, ao realizar leituras sobre o tema e conhecer algumas experiências do Serviço Social neste campo, o que nos levou a construir o presente TCC.

No Brasil, no começo do século XX, as pessoas com transtornos mentais eram tratadas de maneira pejorativa, sendo consideradas incapazes de exercer pessoalmente atos da vida civil, conforme estabelecido no Código Civil de 1916 e no Decreto nº 3.725/1919. Naquela época, a valorização da liberdade individual, na perspectiva da cidadania liberal, influenciou significativamente a marginalização e a exclusão das pessoas com transtornos mentais, que, por serem consideradas "loucas", eram vistas como potencialmente perigosas à ordem social e, portanto, não dignos de desfrutar plenamente dos direitos de cidadania.

Ao longo da história do desenvolvimento do Modo de Produção Capitalista (MPC) no Brasil, o surgimento das políticas sociais esteve intrinsecamente ligado à subordinação de uma classe sobre a outra - a proletária pela burguesa -, uma vez que tais políticas nasceram no contexto de correlação de forças, especificamente no governo de Getúlio Vargas (1930-1945). É indubitável as marcas que este governo deixou na modernização e ampliação do Estado brasileiro, atuando como alavanca para o desenvolvimento do capitalismo nacional, incluindo os marcos iniciais das políticas sociais, particularmente as sindicais e trabalhistas.

A partir de 1930, o Estado brasileiro, com as novas forças políticas urbanas e industriais no poder, sob a presidência de Getúlio Vargas, assumiu novas responsabilidades referentes às "condições e limites básicos do funcionamento do mercado de força de trabalho" (Ianni, 1977, p.14), transformando e adicionando novos órgãos e políticas econômicas e sociais, de acordo com interesses políticos e econômicos dessas forças políticas. Ainda segundo Ianni (1977, p.41), "ao mesmo

tempo que o governo formalizava as condições políticas de oferta e demanda no mercado de força de trabalho, ele também estabelecia os limites inferiores de exploração do operariado”.

Neste contexto, várias políticas públicas sociais passaram a ser desenvolvidas, como as de educação, habitação, saúde, saúde mental, dentre outras. No presente TCC aprofundamos apenas o campo da saúde mental, que, desde essa época, introduziu o modelo manicomial brasileiro. Entre 1937 e 1945, durante o chamado Estado Novo, houve a criação, ampliação e reforma de hospícios públicos, que colocaram a “loucura” como uma das principais pautas da saúde no governo Vargas (Gondim, 2001).

Nos anos 1960, durante a ditadura civil-militar, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a conveniar serviços privados para prover assistência em saúde à classe trabalhadora. É desta época, quando o Estado brasileiro passou a contratar o setor privado, que se iniciou a expansão dos hospitais psiquiátricos privados no país. Esse modelo de assistência privada, no que tange à saúde mental, “em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social” (Oliveira & Teixeira, 1985, p.210). Essa mudança levou, ao longo dos anos, à maior deterioração da assistência à saúde mental e à superlotação dos hospitais psiquiátricos no país (Gondim, 2001).

No final da década de 1970, durante a transição da ditadura civil-militar à democracia, no contexto dos movimentos de redemocratização e reforma sanitária brasileira, surgem questionamentos e denúncias sobre os maus tratos aos “loucos” nos hospitais psiquiátricos do país. A partir das discussões sobre a melhoria no tratamento dos considerados “loucos”, ocorreram as primeiras mobilizações de luta antimanicomial, na busca de romper a exclusão e a discriminação dos considerados alienados. Estas discussões ficam explícitas no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, como indicado na Carta de Bauru (1987, s/p):

Um desafio radicalmente novo coloca agora o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. [...] Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da

exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

Apesar dessas primeiras discussões, é inegável que a instauração, de fato, do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, somente começou a se consolidar após a redemocratização, a aprovação da Constituição Federal (Brasil, 1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com mudanças significativas na legislação e a criação de alguns novos serviços, como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS).

Neste período, o então deputado federal, Paulo Delgado, apresentou o projeto de lei (PL)¹ da Reforma Psiquiátrica, que propunha mudanças no modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como o rompimento do modelo manicomial e o reconhecimento dos direitos dessas pessoas, como discutido na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992).

A luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares (Ministério da Saúde, 1994).

Após a Constituinte, as políticas de saúde, assistência social e previdência social sofreram reestruturação de acordo com novos princípios e diretrizes, e passaram a integrar o Sistema de Seguridade Social (Boschetti, 2009). Neste sentido, nos anos posteriores, foram criadas políticas e programas a fim de melhorar e expandir o SUS, a exemplo do Programa de Saúde da Família (1993), da Política Nacional da Atenção Básica (1994), da Política Nacional de Saúde Mental (2001), da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), dentre outras. Vale ressaltar que os vestígios da política macroeconômica deixados pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) afetaram todas as políticas sociais, que foram subordinadas à lógica neoliberal de redução das ações do Estado brasileiro (Bravo, 2009)

¹ O PL de Reforma Psiquiátrica somente foi aprovado pelo Congresso Nacional em 2001 (Lei nº 10.216) e dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

Já no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o campo da saúde passou por mais mudanças, com destaque à “integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico, além de prioridade para a gestão democrática” (Menicucci, 2011, p. 524). No Governo Lula foram implementadas várias políticas no campo da saúde, a exemplo da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2007); da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (2008), dentre outras. No campo da saúde mental, destaca-se a expansão dos CAPS e das residências terapêuticas, bem como a criação do Programa Consultório na Rua.

Em 2006, foi criado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Lei nº 11.323), que “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (Brasil, 2006, s/p).

No Governo de Dilma Rousseff (2011-2016), o progresso nas políticas sociais, de um modo geral, seguiu o padrão do governo anterior. No campo da saúde mental, a continuidade do avanço dessas políticas é notável, assim como mencionado por Hernandez e Fernandes (2020, s/p):

Com a destinação de recursos para serviços de natureza extra-hospitalar, fechamento e/ou descredenciamento significativo de leitos e/ou hospitais psiquiátricos e publicação de portarias, que visaram a expansão dos serviços e ações, vieram significativos avanços na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além da reestruturação da assistência psiquiátrica e atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Contudo, diante do golpe contra a presidenta Dilma, Michel Temer (2016-2018) assumiu o poder, implementando uma série de desmontes e retrocessos nas políticas sociais em nome do “ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e redirecionamento do fundo público para o capital” (Farias, 2019, p. 54), particularmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (Brasil, 2016), que congelou os gastos públicos sociais durante 20 anos.

No campo da saúde mental, ocorreram mudanças no seu arcabouço legal, principalmente relacionadas “à questão das internações, financiamento das

comunidades terapêuticas (CT) e enfoque no tratamento das questões de álcool e outras drogas” (Santos *et al.*, 2021, p.08).

Os retrocessos no campo da saúde mental do governo neoliberal de Temer foram reforçados em 2019, com a eleição de Jair Bolsonaro (2019-2022) com forte conservadorismo. Durante este período, as CT são alçadas à principal estratégia de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, em detrimento dos serviços abertos da RAPS, de acordo com a Nota Técnica 11/2019 (Brasil, 2019). Com Bolsonaro, as CT passaram a ser “o centro da política antidrogas do governo, recebendo recursos públicos para financiar vagas de tratamento gratuito” (Pinheiro, 2022, s/p).

Além disto, como as comunidades estão vinculadas a igrejas de diversas denominações religiosas, elas fundamentam sua abordagem na internação compulsória e na doutrinação religiosa na busca da “salvação” e da “libertação” dos usuários com problemas relacionados às drogas, uma vez que “as comunidades foram criadas com uma visão manicomial, utilizando mais uma forma de isolar o usuário da sociedade como forma de proteção e limpeza das ruas” (Leite & Borba, 2023, p.42).

Considerando que o campo da saúde mental sofreu diversos retrocessos a partir do golpe civil contra a Presidente Dilma, em 2016, propomos, com o presente TCC, estudar as políticas de saúde mental desde o início dos anos 2000 até o final do Governo Bolsonaro. Assim, pretendemos destacar os principais avanços e retrocessos sofridos por esta política, bem como apontar as contribuições do Serviço Social brasileiro neste processo, tendo em vista que as/os assistentes sociais participam ativamente das políticas de saúde mental desde a década de 1930.

Dessa forma, definimos como objetivo geral evidenciar os avanços das Políticas Nacionais de Saúde Mental e sobre Drogas, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, bem como os retrocessos destas políticas, a partir do golpe de Estado de 2016. Como objetivos específicos foram definidos: 1. Indicar os avanços no desenvolvimento das Políticas Nacionais de Saúde Mental e sobre Drogas, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, como respostas às reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial e dos movimentos antiproibicionistas; 2. Indicar os entraves no desenvolvimento das Políticas Nacionais de Saúde Mental e sobre Drogas, a partir do golpe de Estado de 2016, como respostas às reivindicações dos setores conservadores, religiosos e entidades

representativas das comunidades terapêuticas; 3. Apontar as contribuições do Serviço Social na construção da política de saúde mental.

Como metodologia, utilizamos a pesquisa bibliográfica com base em livros, artigos científicos, monografias, dissertações, teses e sites no campo da saúde mental e das drogas, que são citados ao longo do texto e listados nas referências deste TCC. A pesquisa bibliográfica contribuiu para o entendimento dos assuntos trabalhados, além de ter sido útil para compreender o contexto social e as questões que influenciaram a estruturação das políticas de saúde mental no Brasil. Esta técnica de pesquisa permite uma compreensão mais detalhada do fenômeno estudado e das complexidades e posicionamentos envolvidos dos contextos estudados (Gil, 2007). Como afirma José Filho (2006, p.64), “o ato de pesquisar traz em si a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos.”

Também utilizamos a pesquisa documental, tendo em vista que, diante do pensamento de Cellard (2008), a observação documental favorece o entendimento do processo de evolução dos indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. Neste sentido, esse tipo de pesquisa nos permite utilizar os documentos, como forma de buscar informações que servirão para a compreensão do pesquisador referente ao tema (Figueiredo, 2007). Dentre estes documentos estão as portarias nº 251/2002, nº 336/2002, nº 2.391/2002, nº 816/2002, nº 1.028/2005, nº 154/2008, nº 1.190/2009, nº 3.088/2011, nº 2.488/2011, nº 121/2012 e nº 122/2012; os decretos nº 4.353/2002 e nº 7.179/2010; a Lei nº 11.343/2006; e os programas “de Volta Para Casa” e “Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH).

Por fim, este TCC está subdividido da seguinte forma: 1) No segundo capítulo, apresentamos os conceitos de cidadania, desde a Idade Média até a perspectiva liberal contemporânea; 2) No terceiro capítulo, apresentamos um panorama histórico das políticas de saúde mental no Brasil, dividindo-o em três períodos, a saber, a partir da década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, a partir da década de 1960, sob a ditadura civil-militar, e a partir da década de 1980, com a redemocratização brasileira e a construção da reforma psiquiátrica brasileira, tanto influenciada pelo neoliberalismo, pelas lutas antimanicomiais e pelo conservadorismo; 3) No quarto capítulo, destacamos o papel do Serviço Social e suas contribuições às políticas de saúde mental; 4) No quinto capítulo,

apresentamos os resultados da pesquisa referente aos avanços e retrocessos da política nacional de saúde mental a partir de 2001 e após o golpe de Estado de 2016; e 5) Nas considerações finais apontamos alguns ensinamentos acadêmicos e profissionais adquiridos com a elaboração do presente TCC; fazemos uma síntese histórica das políticas de saúde mental e sobre drogas do Brasil e de Recife; e por fim destacamos a necessidade de formação profissional contínua tanto para quem atua no campo da saúde mental, como fora dele, haja vista que o tecido social está constantemente em transformação e, com isto, as políticas públicas são afetadas em decorrência de novas demandas sociais.

2. CIDADANIA E LOUCURA

No Dicionário de Políticas Públicas encontramos que “os termos cidadão e cidadania geralmente remetem ao indivíduo pertencente a uma comunidade e portador de um conjunto de direitos e deveres” (Ferreira & Fernandes, 2013, p.145). Tais termos, por serem construídos socialmente e possuírem inúmeras conotações, só podem ser compreendidos nos seus contextos social e político. Portanto, o conceito de cidadania é polissêmico. Assim, para a construção do objeto em questão, cabe analisar o processo de origem do conceito de cidadania desde a Antiguidade Clássica à Modernidade.

Aristóteles, filósofo grego, em sua obra intitulada “Política”, afirma que o homem, em sua essência, é um ser político por natureza. Esse ser, colocado em sociedade e em convívio com outros por necessidade, acaba por buscar a realização de suas potencialidades tanto individuais quanto coletivas, cujo objetivo primário deve se voltar para a manutenção e o bem-estar da Pólis.

Nas palavras de Aristóteles (1985, p.23):

O homem é por natureza um animal social, e um homem que por natureza, e não por mero acidente, não fizesse parte de cidade alguma, seria desprezível ou estaria acima da humanidade e se poderia compará-lo a uma peça isolada do jogo de gamão. Agora é evidente que o homem, muito mais que a abelha ou outro animal gregário, é um animal social. Como costumamos dizer, a natureza nada faz sem um propósito, e o homem é o único entre os animais que tem o dom da fala. É claro, portanto, que a cidade tem precedência por natureza sobre o indivíduo. De fato, se cada indivíduo isoladamente não é auto-suficiente, conseqüentemente em relação à cidade ele é como as outras partes em relação a seu todo, e um homem incapaz de integrar-se numa comunidade, ou que seja auto-suficiente a ponto de não ter necessidade de fazê-lo, não é parte de uma cidade, por ser um selvagem.

Na mesma obra, no que concerne à etimologia de cidadão, o filósofo pontua que:

A cidadania não resulta do fato de alguém ter o domicílio em certo lugar, pois os estrangeiros residentes e os escravos também são domiciliados naquele lugar, nem são cidadãos todos aqueles que participam de um mesmo sistema judiciário. Queremos definir um cidadão no sentido absoluto. Um cidadão integral pode ser definido por nada mais nem nada menos que pelo direito de administrar justiça e exercer funções públicas. Dizemos que são cidadãos aqueles que podem exercer tais funções públicas. Este é de um modo geral a definição de cidadão mais adequada a todos aqueles que geralmente são chamados de cidadãos (p.84).

Portanto, o que fica evidenciado é que a concepção de cidadão e cidadania, durante a Era Clássica, era perpassada por meio de uma exclusividade, não destinada a todos e restrita a poucos. Cidadão, entre os gregos, eram aqueles que possuíam riquezas materiais ou terras, características imprescindíveis para ser considerado um homem livre e em estado livre para gerir os assuntos políticos da Pólis.

Na Idade Média, quando a Igreja Católica e o Estado formam uma poderosa aliança política, a questão da cidadania passou por um processo de retrocesso ou retraimento, uma vez que as relações democráticas fundidas na Era Clássica foram substituídas pelas relações entre vassalo e senhor feudal. A cidadania, antes exclusiva, passa por mais um processo de restrição, sendo considerado cidadão apenas o proprietário de terras.

Desenvolve-se, deste modo, a redução do cidadão romano a súdito medieval. [...] Com isto, como salientado por Enrico Grosso, ocorre o completo desaparecimento de certas atribuições exclusivas da cidadania romana: exercício de direitos, posse de capacidade jurídica, honras e cargos. Estas não podem mais depender de o comum pertencer a uma civitas que deixou de existir, mas são atribuídas em base ao pertencer a um determinado grupo social, no âmbito das relações feudais. Não existem mais os cidadãos, mas uma série de pessoas, dependentes de outras pessoas (Dal Ri Junior & Oliveira, 2002, p.42).

Nesta época, o poder feudal, compartilhado com a Igreja Católica, era hierárquico e inquestionável, portanto, a questão da cidadania era inexistente e os direitos políticos e a mobilidade social limitadas, uma vez que as relações sociais eram baseadas em servidão e obrigações recíprocas. Por fim, nos estados absolutistas, o poder dos monarcas era considerado um direito divino, que teve o seu ápice com o monarca Luís XIV, conhecido como “Rei Sol”, a quem é atribuído a frase “*L’État c’est moi*” (O Estado sou eu) (Bemvenuti, 2015, p.231).

No fim da Idade Média, no início da transição para o modelo de produção capitalista, surgem os estados nacionais (Estados-Nação), e as burguesias urbanas se consolidam como classe hegemônica em toda a Europa, que se torna palco de grandes transformações sociais. Neste novo cenário político e econômico, as concepções de cidadania existentes assumem novas roupagens.

Neste marco histórico, a questão da cidadania começou a ser vista como um status legal, que conferia certos direitos e privilégios, incluindo o direito de votar e de participar na governança. Vale salientar, no entanto, que esses direitos eram muitas vezes limitados a uma pequena parcela da população, como a burguesia e a nobreza. No entanto, o modo de governo absolutista causou enorme insatisfação popular e crise econômica, levando a diversas movimentações sociais, cujo objetivo foi pôr fim aos privilégios dos monarcas e às diferenças entre as castas na sociedade francesa, culminando com a Revolução Francesa, no final do século XVIII.

A partir da Revolução Francesa, a concepção de cidadania passou a ser pautada na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que estabeleceu a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, a liberdade de expressão, o direito de resistir à opressão e o direito à propriedade privada. Tais condições não foram suficientes para que a noção de cidadania fosse devidamente empregada e de uma forma mais abrangente, com todos os direitos postos, visto que

Efetivamente, uma sociedade aberta, livre e democrática será sempre sensível e estará atenta ao surgimento de novas necessidades que fundamentaram novos direitos. E a questão da cidadania é, como disse Resende, um estado de espírito e uma postura permanente que leva os indivíduos a atuar, isoladamente ou em grupos, na ampliação e na defesa de seus direitos (Gorczewski & Martin, 2011, p.28).

Neste cenário de revolução, conhecido como o “Século das Luzes”, Montesquieu e Rousseau, pensadores considerados iluministas, deram vazão aos descontentamentos da população francesa e moldaram os princípios da Revolução Francesa de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, que elevaram a liberdade de pensamento e de expressão ao status de direitos inalienáveis do homem.

Já a concepção moderna de cidadania liberal tem como seu aporte teórico principal o filósofo inglês John Locke. Médico, opositor ao absolutismo e de família rica, Locke, na sua obra “Segundo Tratado sobre o Governo”, disseminou ideais de que, por exemplo, o Estado não deveria existir, mas que esse tem sua importância e,

portanto, é necessário no que tange a manutenção da propriedade – enquanto direito natural e que existe independente de tratado humano –, da liberdade e na defesa da vida dos cidadãos (Locke, 1991).

O autor ainda afirma que os homens, primitivamente, viviam livres, de forma igualitária, sendo donos de si e dos seus próprios meios de trabalho e sobrevivência. Portanto, possuíam naturalmente os direitos à liberdade, à propriedade e à vida. Para Locke, o homem “consiste em estar livre de qualquer poder superior sobre a Terra e em não estar submetido à vontade ou à autoridade legislativa do homem, mas ter por regra apenas a lei da natureza” (1991, p.401).

Por fim, para Locke, os homens entram em consentimento entre si para formar a sociedade civil cujo propósito se volta em preservar e conservar os direitos já existentes providos do estado de natureza. No estado civil, os direitos considerados naturais do homem são protegidos pela lei e pela força de um corpo político. Esse corpo político, formado pela união consensual de todos – isto é, a maioria – os homens lockeanos, busca no estado civil preservar e consolidar os direitos indissociáveis ao ser humano.

No século XIX, quando se consolida o modo de produção capitalista (MPC) e a burguesia passa a se constituir em poder hegemônico, ou seja, classe dominante, o Estado se torna o comitê executivo desta nova ordem social. A noção de cidadão, então, passa a englobar todo aquele dono de bens e de outras propriedades, como Netto (1990, p.19) ressalta: “A cidadania conceitualizada pela teoria liberal é impensável sem a propriedade (privada)”. Assim, a concepção de cidadania retrocede mais uma vez e assume roupagem mais excludente, acabando por acentuar diversos modos de desigualdades, principalmente no que tange o social e o econômico. Outrossim, destaca-se também a concepção meritocrática que a noção de cidadania passou a englobar, cujo resultado pode ser observado em teorias higienistas, excludentes e falácias como “igualdade jurídica” (Gruppi, 2001).

Na contemporaneidade, a definição de cidadania passa a ser discutida através do ensaio clássico “Cidadania e Classe Social”, de T. H. Marshall, que a divide em direitos civis, políticos e sociais. No ensaio, o autor pontua que a questão da cidadania é antagônica ao MPC, uma vez que este “é o sistema não de igualdade, mas de desigualdade” (Marshall, 2002, p.24). Como explicitado por Marshall, este antagonismo é acentuado no sistema capitalista, mas sua origem

antecede a ela, uma vez que para que o sistema econômico industrial inglês pudesse se consolidar, foi necessário que os antigos camponeses, donos de suas terras, fossem expropriados de suas próprias terras e oferecessem sua força de trabalho “livre” nas cidades, beneficiando os burgueses, donos dos meios de produção. Para que isso fosse possível, foi necessário a existência de direitos civis, em pleno viés de contratante e contratado, reconhecendo uma possível “igualdade” entre ambos.

É importante pontuar, por sua vez, que essa “igualdade” nasce e morre em teoria, uma vez que os antagonismos, ao longo dos séculos, passaram por um processo de expansão. A divisão da sociedade em classes sociais, patrões e trabalhadores, passou a alargar os abismos da desigualdade e, para além disso, continuou - e continua - a redefinir os conceitos de cidadania. A partir do momento que a classe social passa a definir os moldes do tecido social, fica evidenciado que a noção de cidadania não se aplica de fatos a todos, mas que

O termo ‘todos’, embora representasse uma proposta de universalização da cidadania como ainda não experimentada, ainda mantinha alguns critérios de exclusão de certos segmentos sociais que inviabilizavam a sua efetivação. [...] O cidadão moderno, portanto, era igual somente aos seus ‘iguais’ (Souza, 2012, p.80-81).

Em síntese, fica evidenciado que, ao longo da história, a concepção de cidadania passou por diversas ramificações, mas que nunca deixou de lado o seu caráter restrito ou excludente. Na Antiguidade, precisamente na Grécia Antiga, cidadão era aquele que não possuísse ocupações para se dedicar somente à Pólis e às atividades políticas; na Idade Média, a noção de cidadania – ou o referencial dela – era atrelado aquele que fosse dono de terras; no Absolutismo, a concepção de cidadania foi perdida, uma vez que o poder era concentrado nas mãos de um único rei; e na Modernidade, representada pela perspectiva liberal, baseada no individualismo e propriedade privada – sua defesa e preservação – além do livre mercado. Por fim, diante dessas perspectivas de cidadania, “o cidadão é o indivíduo com direitos políticos legitimados, e que são legitimados pela propriedade. Em outras palavras, é a propriedade que garante o status de cidadão” (Machado, 1998, p.24).

Como na sua gênese o liberalismo toma força e adentra no campo social, todo o tecido da sociedade passa por um processo de reorganização e o campo da saúde, especialmente a saúde mental, é afetado. Esta concepção de mundo

fundamentou teorias higienistas e eugenistas, que passaram a influenciar a saúde e a saúde mental, cuja abordagem principal era “limpar” os grandes centros urbanos, colocando os considerados “loucos” e impuros às margens das sociedades.

Em sua raiz, o higienismo urbano tinha como intuito a manutenção da ordem social e o embelezamento das cidades, o que levou à clausura grupos minoritários em situação de rua, como homossexuais, desempregados, negros, “loucos” etc.² Gondim (2001) aponta que por serem considerados incapazes de responder por suas próprias ações, estes grupos foram colocados em manicômios a fim de restabelecer as suas capacidades para serem “reabilitados” e posteriormente reintegrados à sociedade.

Deste modelo de cidadania decorre a internação compulsória, na qual não só desumaniza o indivíduo, mas também viola seus direitos, e por fim acentua estigmas existentes associados à saúde mental. A internação compulsória, ao tirar do indivíduo sua plena condição de homem humanizado, nega sua condição de cidadão. Desta forma, portanto, a cidadania, historicamente atrelada a poucos, desde a Antiguidade até os séculos posteriores, volta a assumir características restritivas e de exclusão na modernidade, particularmente no que se refere a pessoas com transtornos mentais. Por fim, faz-se necessário frisar a importância de políticas públicas que reparem os danos causados a esta população, a fim de garantir a eles justiça social e econômica, mas, sobretudo, restaurar a visão dos “loucos” na sociedade.

A abordagem da política de saúde mental brasileira a partir da análise fraseruana permite compreender que o papel do estado frente às demandas das pessoas com transtornos mentais, fornecendo o acesso a bens e serviços de assistência psicossocial, visando não apenas reparar as injustiças sociais e econômicas cometidas contra esse grupo, mas também a reconstrução cultural de como a “loucura” é vista, tratada e, logo, aceita na sociedade (Pereira & Guimarães, 2018, p.403).

3. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A história da saúde mental no Brasil é marcada por diferentes paradigmas, dos quais, durante décadas, prevaleceu a perspectiva higienista, de isolamento

² É importante salientar que antes dessas teorias higienistas surgirem, no final do século XIX e início do XX, sua prática foi bastante comum durante o século XV. À época, os considerados “loucos” eram embarcados em navegações, levadas e deixadas à deriva em alto mar. Em Nuremberg, na Alemanha, os loucos eram “acolhidos” e em seguida jogados em prisões sem tratamento adequado e sofriram diversos tipos de violências físicas e perseguições, inclusive, sendo chicoteados na frente de toda a cidade (Foucault, 2019).

social das pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. Dessa forma, as primeiras iniciativas foram no campo da assistência psiquiátrica, que marginalizava e segregava o considerado “alienado”, com a “cabeça oca”, destituído de sua própria cidadania.

O direito à saúde mental como direito social fundamental e intrínseco ao ser humano é uma noção recente, com menos de 40 anos, oriunda de debates, discussões e movimentos sociais, que resultaram na Reforma Psiquiátrica brasileira e nos seus desdobramentos até os dias atuais. Neste sentido, no presente capítulo, apresentamos um panorama histórico das políticas de saúde mental no Brasil, dividindo-o em três períodos: a partir da década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas; a partir da década de 1960, sob a ditadura civil-militar; e a partir da década de 1980, com a redemocratização brasileira e a construção da reforma psiquiátrica brasileira, influenciada pelo neoliberalismo, pelas lutas antimanicomiais e pelo conservadorismo.

3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

No plano internacional, o Brasil também foi afetado pela crise econômica global desencadeada pela Grande Depressão de 1929, que fragilizou a economia baseada na exportação de produtos agrícolas, especialmente o café, que tinha os Estados Unidos como maior comprador. Essa crise econômica acelerou a insatisfação social e política interna, criando um terreno fértil para a Revolução de 1930, que resultou na ascensão de Getúlio Vargas ao poder.

A década de 1930 é considerada um marco na história do Brasil, definida como “um grande divisor de águas” (Hilton, 1997, p.91). Esse momento deu início ao chamado Governo Provisório (1930-1934), sob a presidência de Getúlio Vargas, que introduziu as bases para o desenvolvimento industrial e outras mudanças no cenário político, social e econômico do país, que culminou no colapso da República Velha e do Estado oligárquico, que até então dominavam os poderes instituídos da nação (Só História, 2019, s/p).

Com a chegada de Vargas ao poder, o país passou por um amplo processo de modernização. No campo industrial, o capital tardio ganhou espaço e adentrou em todas as esferas dos setores brasileiros, que deu início ao processo de

industrialização, passando a ter como objetivo primário a formação de uma sociedade agora mais produtiva para o próprio capital. No campo social, por sua vez, o Estado assume papel intervencionista e passa a criar políticas sociais públicas e novas instituições, a exemplo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a regular a relação entre os trabalhadores assalariados urbanos e os patrões, uma vez que, no novo cenário de acumulação capitalista, a classe trabalhadora adquire reconhecimento político. Com a urbanização e a modernização econômica brasileira, o país e a massa trabalhadora se desenvolveram em condições precárias de higiene, habitação e saúde (Bravo, 2009).

Diante desse cenário de desenvolvimento urbano, atrelado às condições precárias de higiene e serviços básicos, a questão da saúde pública passa a ser discutida e o Estado coloca-a como eixo central de preocupação nacional, visto que poderia vir a ser um problema para o crescimento industrial do país. Bravo (2009) pontua que a política de saúde formulada nesse período foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o da medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (Bravo, 2009, p.04).

Entre as décadas de 1930 e 1940, o objetivo do subsetor da saúde pública era “marcar presença em todo o país; partindo das capitais, investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde, (...) conjugando uma centralização normativa com uma descentralização executiva” (Fonseca, 2010 p.139). Este subsetor teve diversas iniciativas voltadas à sua formulação e implementação, inicialmente para minimizar os impactos causados pelas doenças transmissíveis e outras manifestações epidêmicas que tinha grande potencial de aniquilar diversas vidas e assim comprometer a ordem econômica.

Segundo Souza e Paula (1986), algumas alternativas foram adotadas para alcançar esses objetivos, dentre elas: 1) a ênfase nas campanhas sanitárias, cujo propósito se voltou à prevenção de doenças através das campanhas de higiene e vacinação; 2) a coordenação dos serviços de saúde estaduais nas regiões com menor influência política e econômica, realizada em 1937 pelo Departamento Nacional de Saúde; 3) a expansão das ações para as áreas rurais afetadas por

endemias, a partir de 1937, devido ao aumento da imigração da força de trabalho para as cidades; e 4) a criação de serviços de combate às endemias, a exemplo do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Serviço de Malária do Nordeste (1939) e Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1940), financiados pela Fundação Rockefeller, de origem norte-americana, além da reestruturação do Departamento Nacional de Saúde (1941), que incorporou vários serviços de combate a endemias e assumiu a responsabilidade pela formação de profissionais em saúde pública.

No âmbito da saúde mental, tanto no período mencionado quanto anteriormente, as abordagens preventivistas e higienistas ganharam destaque no campo científico e social. A prevenção dos casos de doença mental passou a ser conduzida por meio de práticas desumanas e segregacionistas, impulsionadas por ideologias de xenofobia, racismo e higienismo, com o objetivo de promover melhorias sanitárias e na qualidade de vida (Yasui, 2010).

Em 1934, foi promulgado o Decreto nº 24.559, que acabou por acentuar, indubitavelmente, as práticas higienistas já em efervescência. O decreto tinha por finalidade a manutenção da ordem e da segurança pública, e determinava que os considerados loucos deveriam ser retirados da sociedade e colocados em instituições psiquiátricas (Fernandes, 2018). Desta forma, ganhou força o modelo de assistência aos considerados doentes mentais baseado em práticas de internação compulsória e no encarceramento abusivo, que perdurou até o final do século XX; foi acentuada a associação entre transtornos mentais e perigo e foi deteriorada a noção de cidadania para essas pessoas.

A partir do Decreto-Lei nº 8.550/1946, o campo da saúde no país passou a expandir os hospitais públicos gerais e psiquiátricos e foi dada autorização ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para realizar ajustes e acordos com os governos estaduais para a construção destes hospitais (Monteiro, 2011). Sob a influência de Oswaldo Cruz, que dava maior relevância ao tratamento da doença mental em espaços fechados, houve um 'boom' na construção de hospitais ou nosocômios, em vários estados, em condições precárias e afastados dos centros urbanos, então chamados de hospital colônia, a exemplo do Hospital de Barbacena³,

³ A instituição foi fundada no começo do século XX, em 1903, com o objetivo de fornecer assistência aos "alienados" e tratamentos hospitalares referentes à tuberculose. Alguns anos depois, o hospital passou a integrar pacientes doentes mentais, sífilíticos e marginalizados (Arbex, 2011), que terminou por levar à sua superlotação. Além disto, com os recursos financeiros insuficientes para atender a quantidade de pessoas internadas, o tratamento foi ainda mais desumanizado com adoção de métodos punitivos para "curar", como eletrochoque e lobotomia. A partir de 1979, com o III Congresso

em Minas Gerais. Neste período, a função social desses hospitais/asilos, apesar do contexto de “modernização” da saúde, era a de exclusão e de segregação, condição e aspecto que não começaram e tampouco se esgotaram nesse ensejo.

O modelo de hospital/asilo começou a ser fortemente contestado em diversos países europeus, como a Itália, França e a Inglaterra, após o fim da Segunda Guerra Mundial, quando a psiquiatria entrou em um período de reflexão sobre seus conhecimentos e suas práticas. Diversos setores da psiquiatria, em nível global, lideraram movimentos para reorganizar os aspectos técnico-científicos e administrativos da área. Entre esses movimentos estavam a Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA (Monteiro, 2011). No entanto, contrariando essa tendência global, os hospitais psiquiátricos no Brasil passaram por uma expansão significativa a partir da década de 1960, como resultado de políticas implementadas pelos governos após o golpe civil-militar (1964-1985).

Ao contrário das tendências reformistas no campo da psiquiatria a nível global, o golpe civil-militar no Brasil reforçou e expandiu o modelo asilar, não só transformando, mas (re)transformando os hospitais psiquiátricos em instrumentos de controle social. Como afirmou Bravo anteriormente, nesta época, o subsetor de medicina previdenciária passou a ter maior espaço no campo social. Mediante articulações e arranjos dos governos militares, a internação asilar (ou compulsória) e a privatização da assistência favoreceram largamente as redes de clínicas e hospitais psiquiátricos privados, haja vista que seu funcionamento e meios de manutenção passaram a advir do financiamento do Estado. Sobre este financiamento estatal ao privado, Monteiro (2011) pontua que as clínicas e os hospitais psiquiátricos contratados funcionavam totalmente às expensas do recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e tinham como única fonte de receita a internação psiquiátrica, remunerada na forma de diária paga para cada dia de internação de cada paciente.

Cerqueira (1984) denominou os anos da ditadura, no campo da saúde mental, como a ‘indústria da loucura’, em que o sofrimento dos considerados “loucos” e a

Mineiro de Psiquiatria, alguns profissionais, inclusive o psiquiatra italiano, Franco Basaglia, em visita ao Brasil, denunciaram a situação crítica da instituição e começaram mobilizações e debates na área da saúde mental, que levaram a um conjunto de mudanças radicais no hospital, pautadas no ideário da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Atualmente, em uma ala do hospital funciona um museu com imagens e registros dos horrores praticados no Hospital de Barbacena (Borges, 2017).

expansão de hospitais psiquiátricos passaram a se tornar objeto de lucro para os empresários da área da saúde mental (Martinhago & Oliveira, 2015). Durante esse período, a maior parte dos recursos financeiros destinados à psiquiatria era direcionada às internações em clínicas privadas, que possuíam contrato com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Pitta, 2011).

O modelo privatista instaurado no período da ditadura civil-militar, na década de 1960, “em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social” (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 210). Assim, entre os anos 1970 e 1980, o campo da saúde mental foi manicômio-dependente, que passou a ser questionado no bojo de mais uma crise financeira e institucional na Previdência Social no final dos anos 1980 (Gondim, 2001).

A política de financiamento que privilegiava hospitais e clínicas privadas, deixou os hospitais públicos em situação de abandono, o que levou a uma expressiva crise no campo da saúde mental, marcada por superlotação, condições precárias e serviços de baixa qualidade nas instituições psiquiátricas (Sampaio & Júnior, 2021). A lógica mercantilista intensificou a exclusão social dos internados, frequentemente submetidos a condições desumanas e tratamentos ultrapassados, como a eletroconvulsoterapia e a contenção física indiscriminada. Neste contexto, o debate sobre o modelo privatista e excludente de assistência psiquiátrica ganhou força, no final da década de 1970, no bojo do movimento de redemocratização do país, que abriu caminho para novas perspectivas e práticas de cuidado em saúde mental (Paulin & Turato, 2004).

No processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais, a exemplo do Movimento de Reforma Sanitária, que protestavam contra as práticas mercantilistas, as desigualdades sociais, dentre outros, que “configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania” (Souto & Oliveira, 2016). Em decorrências desses movimentos sociais, no campo da saúde, foi aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na assistência pública, equitativa e universal, posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/90.

No campo da saúde mental, surgiu o Movimento de Reforma Psiquiátrica, com fortes críticas ao modelo manicomial hospitalocêntrico, e com propostas de integração dos considerados “loucos” à comunidade (Brasil, 2005 apud Pitta, 2011), questões que serão mais desenvolvidas a seguir.

3.2 MOVIMENTOS SOCIAIS E LUTA ANTIMANICOMIAL: CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Segundo Gondim (2001), as primeiras ideias de reforma psiquiátrica brasileira começaram a ser desenvolvidas ainda no século XIX, particularmente para reformar o campo da psiquiatria. Entretanto, somente no final do século XX, mais especificamente durante o período de redemocratização brasileira, ocorreram as primeiras mudanças no modelo de tratamento manicomial.

Na década de 1970, o nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) iniciou um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época (Vasconcelos, 2002). Em meados dos anos 1980, os trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), um antigo órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental, iniciaram uma greve que durou 08 (oito) meses. Esta greve teve por objetivos a melhoria das condições de trabalho e das internações dos pacientes em hospitais psiquiátricos, e a defesa por dignidade profissional e humana (Gondim, 2001).

Segundo Amarante (1995, p. 52), que foi membro do MTSM, este movimento se propunha a

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Algumas questões internacionais influenciaram o início do processo de desinstitucionalização no Brasil, a saber

d) Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos (reconhecimento da existência e dos direitos dos doentes mentais e dos cidadãos em geral), e organização e avanço de movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares atuando diretamente no campo da saúde mental (Vasconcelos, 2002, p.20).

Além das denúncias sobre os manicômios e os horrores praticados pelos hospitais psiquiátricos, o MTSM produziu também “coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo que privilegiava o hospital psiquiátrico como recurso central, e muitas vezes único, no atendimento às pessoas com transtornos mentais” (Zeferino *et al.*, 2013, p.11). Finalmente, em 1979, foi promovido o I Congresso Nacional do MTSM, realizado em São Paulo, com debates e críticas acerca da saúde mental e da responsabilidade do Estado (Zeferino *et al.*, 2013).

No final da década de 1980, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira ganhou impulso com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), todos promovidos pelo MTSM, que reuniu diversos profissionais da área da saúde e saúde mental com o propósito de romper com a exclusão e a discriminação praticadas contra pessoas consideradas “loucas”.

Esses encontros também contaram com a participação de referências internacionais importantes, a exemplo, do médico e psiquiatra Franco Basaglia, que liderou o movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecido como “Psiquiatria Democrática”, que resultou na Lei 180/1978, na Itália (Polakiewicz, 2020). Nas palavras de Amarante (1995, p.81):

No campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, com o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, ressurgiram os projetos de desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento.

Em 1987, foi fundado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que através do “Manifesto de Bauru”, firmou compromisso para romper o modelo manicomial e deu início à radicalização deste movimento (Silva, 2003). Segundo Lobosque (2001, p.19-20), este movimento tinha alguns princípios:

Primeiro princípio: a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral [...]; segundo princípio: a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso [...]; terceiro princípio: a abordagem das experiências da loucura deve apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura [...]; quarto princípio: a questão da identidade e da autonomia da organização do movimento antimanicomial [...]; quinto princípio: o movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade.

A mesma autora também traz alguns termos e significados do Movimento da

Luta Antimanicomial:

Movimento - não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** - não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** - não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** - uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios" (grifos da autora) (Lobosque, 2001, p. 102).

Na década de 1980, além do MTSM e do MNLA, também foram criados o Movimento por uma Sociedade sem Manicômios e a Rede de Alternativas à Psiquiatria, que foram – e ainda são – marcos significativos na história da saúde mental e da luta antimanicomial brasileiras. Em decorrências dos diversos movimentos sociais no campo da saúde mental, foram desenvolvidas experiências inovadoras e ampliados os dispositivos de cuidado, como aponta Amarante e Torre (2018, p.1095)

A desmontagem do manicômio começa com o fechamento das estruturas manicomiais, prossegue com a construção de novos conceitos, práticas, espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura, e ganha sua maior abrangência com as lutas por uma nova cultura e uma nova forma de olhar e cuidar da loucura e a diferença na cidade.

Entre os anos de 1987 e 1989, foram criados os primeiros novos dispositivos de saúde mental no Brasil, a exemplo do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, e do NAPS, em Santos. Os CAPS e NAPS adotaram formato inovador, que oferecia cuidados por 08 (oito) horas diárias, 05 (cinco) dias por semana; tinham por objetivo acolher em ambiente aberto, terapêutico e territorial pessoas que enfrentavam dificuldades diversas através de programas de atividades diversificados de forma a contribuir com a desinstitucionalização e a construção de uma sociedade mais inclusiva e humanizada. Estes novos dispositivos marcam um significativo avanço na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial ao representar uma mudança no modelo de atendimento, que passou a ser aberto e territorial, em contraste com as instituições hospitalares tradicionais.

Em 1989, a intervenção municipal que levou ao fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, impactou significativamente o campo da saúde mental, pois levou a criação de novos serviços abertos como o NAPS e ao abandono do caráter manicomial anterior. Neste mesmo ano, como resposta às reivindicações do

MTSM e de outros movimentos ligados ao campo da saúde mental, o então deputado federal, Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89 (PL) que propunha mudanças no modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como o rompimento do modelo manicomial e o reconhecimento dos direitos dessas pessoas. Entre as propostas do referido projeto estão:

a) a proibição da expansão dos leitos manicomiais públicos; b) um novo desenho do dispositivo de cuidado, ou seja, um novo tipo de cuidado; c) uma rede de serviços a ser construída pelas administrações regionais de saúde; d) o fim das internações compulsórias (Gondim, 2001, p.03).

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde passou a reduzir o financiamento dos hospitais psiquiátricos e a incentivar financeiramente os novos dispositivos de saúde mental (Gondim, 2001). Neste contexto, algumas mudanças na legislação colaboraram para o avanço da saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, como a regulamentação do direito à saúde inscrito na Constituição Federal (1988), através das leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90; foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) com a participação dos movimentos sociais e profissionais de diversas áreas da saúde mental, usuários e familiares (Duarte, 2015); e foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (1993), na Bahia, que consolidou o MNLA e lançou o lema “O Movimento Antimanicomial como movimento social” (Barbosa *et al.*, 2012, p.47).

Nos anos 1990, houve avanços significativos na luta antimanicomial com a organização de outros encontros, conferências e congressos em diferentes níveis de gestão (nacional, estadual e municipal); e a expansão por todo país do ideário da reforma psiquiátrica, que influenciou na aprovação de legislações em diversos estados e municípios, a exemplo do Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo, dentre outros.

Em 1996, as principais lideranças do movimento estimam a formação de cerca de cinquenta dessas associações em todo o país, que realizam encontros próprios, tendo um deles lançado a primeira carta de direitos e deveres em que defendem seus princípios básicos quanto à assistência em saúde mental (Vasconcelos, 2002, p.28)

No entanto, com a chegada de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à Presidência da República (1995-2003), foram aprofundadas as políticas neoliberais iniciadas ainda durante a gestão do presidente Fernando Collor de Mello

(1990-1993), que implicaram na reforma do Estado, no desfinanciamento das políticas sociais públicas e, sobretudo, do privilegiamento do mercado financeiro. Estas mudanças impediram mais avanços na reforma psiquiátrica brasileira e impactaram as lutas dos movimentos sociais. (Vasconcelos, 2002). Em contrapartida, “a emergência ou consolidação de governos de esquerda e centro-esquerda em alguns estados e municípios significou uma difusão e/ou aprofundamento de programas de saúde mental comprometidas com a reforma” (Vasconcelos, 2002, p.30), que marcou um novo cenário na correlação de forças no debate sobre a reforma psiquiátrica.

Por fim, a luta antimanicomial, em sua essência, se opôs – e se opõe – ao modelo manicômio-dependente, que frequentemente praticou tratamentos desumanos, violentos e centralizados em instituições, que excluía socialmente os indivíduos. Em meio aos avanços, também houve algumas ações que remeteram às ideologias e aos tratamentos desumanizados ocorridos na Idade Média, que foram ocasionadas pelos vestígios das equivocadas representações sobre o louco e a loucura, tendo em vista que

A Reforma Psiquiátrica brasileira não é algo consolidado, é um processo social em curso, no qual se podem perceber as constantes disputas entre diferentes correntes ideológicas que se manifestam por meio de vários entendimentos sobre as formas de intervenção à saúde mental, processo esse constantemente atalhado por representações sociais arcaicas sobre a loucura (Silva *et al.*, 2020, p.140).

3.3 INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO E DO CONSERVADORISMO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

O neoliberalismo, termo cunhado pela primeira vez em Paris, em 1938, durante o Colóquio Walter Lippmann (Mariutti, 2021), ressurgiu com força simbólica nas décadas de 1970 e 1980. Na América Latina foi primeiramente implementado no Chile, durante o governo do ditador Pinochet, entre 1973 e 1990. Na Europa, ele foi impulsionado pelas crises econômicas, que levaram aos questionamentos do modelo do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). O neoliberalismo, ou seja, o “novo liberalismo”, é uma reformulação do liberalismo clássico, que enfatiza a redução da intervenção estatal e o mercado livre como principal regulador da economia e da sociedade. Na lógica do Estado mínimo, Harvey (2008) aponta que o papel do Estado é

[...] criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do

dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados (p.03).

No que se refere ao funcionamento desses mercados, Harvey acrescenta

[...] se não existirem [mercados] (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (idem).

Nos anos 1970 e 1980, particularmente através da liderança da Primeira-Ministra Britânica, Margaret Thatcher, e do Presidente dos Estados Unidos da América, Ronald Reagan, as ideias neoliberais ganharam força, as políticas sociais começaram a ser desregulamentadas, privatizadas ou terceirizadas e os Estados passaram a ter um papel reduzido na economia.

Os discursos de que o “mercado livre” traria uma maior eficiência na prestação de serviços e de que o setor público era deficitário garantiram ao capital privado novas áreas de exploração, como os campos da saúde e da educação. A suposta ineficiência e incapacidade do Estado passaram a ser justificativas para uma série de reformas e cortes nos investimentos estatais, incluindo nas mais diversas políticas sociais e, com isso, “anulando praticamente os direitos do cidadão ao privatizar os serviços públicos numa política que restringe direitos civis, sociais e políticos, conquistados ao longo da história e garantidos pelas constituições” (Affornalli, 2015, p.39).

Não se discutia mais apenas, por conseguinte, se o Estado devia ou podia ser empresário. Se podia, ou devia, monopolizar atividades estratégicas. Passou-se simplesmente a admitir como premissa que o Estado não estaria mais em condições de exercer um atributo essencial da soberania, o de fazer política monetária e fiscal (Batista, 1994, p.11).

O neoliberalismo e um novo padrão de acumulação do capital encontraram “sua mais acabada expressão e sistematização no encontro realizado em novembro de 1989 na capital dos Estados Unidos, que ficou conhecido como Consenso de Washington” (Gennari, 2001, p.32).

No Brasil, na década de 1990, os presidentes Fernando Collor (1990-1993) e FHC, em nome da “modernização” e do crescimento da economia do país, implementaram um conjunto de reformas estruturais, como privatizações, desregulações e reformas fiscais, alinhadas às premissas neoliberais do Consenso de Washington, que dá ênfase à redução da intervenção estatal e maior liberdade ao mercado.

Enquanto modelo ideológico, o neoliberalismo carrega consigo concepções de sociedade que impactam diversas esferas da nação e dão novas roupagens ao tecido social e remodelam outras, a exemplo do conservadorismo, que leva a uma série de tensões e influências no corpo social. Neste sentido, é importante refletir acerca de como o neoliberalismo e o conservadorismo flertam entre si e o impacto que essa interação causa nas políticas sociais públicas, em particular, na de saúde mental.

O conservadorismo, em sua essência, “constituiu-se como sistema de ideias e posições políticas marcadamente antimodernas, antirrepublicanas e antiliberais” (Souza, 2015, p.4). Contudo, ao longo dos séculos, em particular no século XX, momento de transição do liberalismo para o neoliberalismo, este passou pelas mais diversas ramificações no que tange ao seu significado e modo de operar, em que incorporou os ideais do sistema econômico neoliberal — defesa do livre mercado, redução da intervenção estatal, dentre outros —, mesmo que estes fossem contrários ao conservadorismo tradicional. Isso revela a capacidade do conservadorismo de se adaptar e resistir às mudanças socioeconômicas no tecido social, sem necessariamente perder seu protagonismo. Oakeshott (2014) define o conservadorismo moderno como:

Uma forma de ser e estar. Ser conservador significa uma inclinação a pensar e a comportar-se de determinada forma; é preferir certas formas de conduta e certas condições das circunstâncias humanas a outras; é dispor-se a tomar determinadas decisões. [...] Distinguir as características gerais desta atitude não é tarefa difícil, embora elas tenham sido constantemente confundidas. Elas resumem-se a uma propensão ao uso e gozo daquilo que se tem, em vez do desejo ou busca de outra coisa, a aprazer-se mais com o presente do que com o passado ou o futuro. [...] não existe nenhuma idolatria simples pelo que já passou ou já se foi. [...] Assim, ser conservador é preferir o familiar ao desconhecido, preferir o tentado ao não tentado, o facto ao mistério, o real ao possível, o limitado ao ilimitado, o próximo ao distante, o suficiente ao superabundante, o conveniente ao perfeito, a felicidade presente à utópica. [...] Para além disso, ser conservador não é apenas ser avesso à mudança [...] é também a forma de nos adaptarmos às mudanças, algo que foi imposto a todos os homens (2014, p.04-06).

Netto (2011), sobre o pensamento conservador, acrescenta que

Se, originalmente, o pensamento conservador é como vimos restaurador e antiburguês [...] este caráter se transforma: o que tende a se desenvolver no seu interior, mais que aqueles dois traços, é o seu eixo contrarrevolucionário. Nos primeiros conservadores, a recusa da revolução expressava um repúdio à revolução burguesa (em Burke, particularmente, expressava um repúdio ao paradigma francês da revolução burguesa); nos conservadores que trabalham nas condições pós – 48, com evidência da inviabilidade da restauração, o conservadorismo passa a expressar o repúdio a qualquer revolução – ou seja, o pensamento conservador passa a se definir explicitamente como contrarrevolucionário. É assim que ele tem substantivamente mudado a sua função social: de instrumento ideal de luta antiburguesa, converte-se em subsidiário da defesa burguesa contra o novo protagonista revolucionário, o proletariado (p.49-50).

Se por um lado, o neoliberalismo se apresenta como um agente da desregulamentação, privatização e da redução do papel do Estado nas mais importantes esferas públicas; por outro lado, o conservadorismo reforça essas questões e incorpora elementos como a família, a educação, dentre outros, para deixá-los à margem, preservados, em posição de estagnação. Essa convergência entre neoliberalismo e conservadorismo acabou por gerar efeitos devastadores em diversas áreas do desenvolvimento social, com destaque à saúde mental, discutida posteriormente.

No campo da política de saúde, no Brasil, a década de 1990 foi marcada por dois processos significativos e imprescindíveis no que tange à construção sociopolítica brasileira: de um lado, a redemocratização do país e conquistas de novos direitos sociais, com destaque ao avanço da reforma sanitária com a implementação do SUS — e sua regularização pela Lei nº 8.080/90 —, pauta dos setores progressistas da sociedade; por outro lado, o projeto neoliberal torna-se hegemônico no Brasil (Souza, 2022, p.29), que através de uma série de reformas econômicas e sociais, políticas de ajuste fiscal e privatização, somadas a uma visão mais empresarial da gestão pública, acarretou diversas mudanças estruturais que impactaram diretamente o financiamento e organização das políticas sociais, inclusive as voltadas à saúde mental e à Reforma Psiquiátrica.

Com a chegada de Fernando Collor (1990-1992) ao poder, foi imposta a austeridade fiscal, um conjunto de políticas com o propósito de reduzir o déficit público e controlar a inflação. Dentre as medidas tomadas esteve o definhamento em gastos públicos, que impôs grandes desafios no que tange à saúde mental.

Ocorre que, desde a negociação da Lei Orgânica da Saúde, já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos, levando a que a sua aprovação fosse muito mais difícil; é claro que não

poderia também ser de outra forma, pois afinal, tratava-se de “dar nomes aos bois”, detalhar o “como” fazer atuar e funcionar o SUS. E isso ocorria numa conjuntura em que o poder executivo ganhava novo fôlego, com a eleição de Collor, legitimado pelas urnas, sobre uma plataforma “modernizante”, em contraponto ao período imediatamente anterior do Governo Sarney, por todos rejeitado, pelos escrachados clientelismo e fisiologismo que o caracterizavam; e derrotando o candidato das forças populares, que poderia significar uma real alternativa àqueles desvios (Rodriguez Neto, 1997, p.89).

Destaca-se, também, que

Assim, durante o curto Governo Collor, ao lado de algumas bravatas, assistiu-se a uma insistente reação à descentralização e a várias tentativas de reinterpretação dos princípios do SUS, num flagrante desrespeito à Constituição e à Lei. Nesse período, houve a primeira tentativa de, ao se emendar a Constituição por meio do “emendão”, retirar a proibição da comercialização do sangue e hemoderivados; tentativa mal sucedida no seu conjunto, mas que revelava a intencionalidade e a organicidade do Governo com os interesses que se consideravam derrotados na Constituinte (idem).

Apesar dos obstáculos impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante à agenda neoliberal em curso no país, a Reforma Psiquiátrica obteve alguns êxitos no âmbito federal com a publicação por parte do Ministério da Saúde das portarias ministeriais nº 819/1991 e nº 224/1992, que regulamentaram os CAPS e os NAPS (Pérez *et al*, 2024, p.08); e no âmbito dos estados e dos municípios, que passaram a implementar novas formas de auxílio, cuidado e assistência à saúde mental.

Com o fim do governo Collor e a ascensão de FHC à Presidência da República (1995-2002), a agenda neoliberal foi incisivamente aprofundada; as reformas econômicas ainda em estágio de articulação foram implementadas; e, com isso, o sistema de saúde pública foi afetado, em especial, o da saúde mental. Este período foi marcado tanto pela tentativa de modernização da gestão da saúde, quanto pela crescente pressão por eficiência financeira, que afetou diretamente o financiamento e a organização dos serviços de saúde mental no Brasil. Com isso, os direitos, em teoria, assegurados pela Constituição Federal de 1988, foram postos em xeque, que nas palavras de Vieira (1997, p.68):

Poucos desses direitos estão sendo praticados ou ao menos regulamentados, quando exigem regulamentação. Porém, o mais grave é que em nenhum momento histórico da República brasileira (para só ficar nela, pois o restante consiste no Império escravista), os direitos sociais sofrem tão clara e sinceramente ataques da classe dirigente do Estado e dos donos da vida em geral, como depois de 1995.

Fica evidente, portanto, que a questão operacional da saúde, em ambos os governos, foi perpassada através da lógica da mercantilização, anteriormente aplicada no contexto da ditadura civil-militar brasileira, e posteriormente reforçada

pela ideologia neoliberal. Nesse viés, o setor privado da saúde é valorizado em detrimento da saúde pública, que como consequência resulta na precarização dos serviços públicos de saúde, bem como sua universalização.

Isto pode ser observado na atualidade com uma ampliação sistemática no que tange à desigualdade de acesso no campo da saúde mental — e saúde no geral — que impacta de forma mais contundente às camadas mais pobres da população. Consequentemente, as políticas de saúde mental adentram em um largo processo de retraimento, que acaba por comprometer não apenas sua efetividade, mas também a sua operacionalidade.

No que se refere ao conservadorismo e seus impactos no campo da saúde mental, observa-se, na contemporaneidade, um reforço dos estigmas às pessoas com transtornos mentais, sobretudo, àquelas com problemas relacionados às drogas. Esta prática não é nova, existe por séculos, e tem sido renovada pelo (neo)conservadorismo, sobretudo, de matriz religiosa cristã, cada vez mais enraizado no tecido social e nas bases que constituem o Estado, em particular no Congresso Nacional, nas assembleias legislativas e nas câmaras de vereadores. Os poderes executivo e judiciário também estão impregnados por esta corrente de pensamento e dão suas contribuições ao moralismo e punitivismo, que recaem sobre as pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma, cabe analisar como o Estado reafirma as questões supracitadas, a partir da falácia do Estado laico, definido pela Constituição Federal brasileira. Ao pesquisar os termos “laicismo” e “laicidade”, observa-se que as duas palavras e seus respectivos conceitos

Derivam da expressão grega clássica «laos» (adj: «laikos»), expressão que designava o povo em sentido lato, tão abrangente ou tão universal quanto possível. O termo «laos» referia-se, portanto, à entidade população, ao povo todo, a toda a gente, sem exceção alguma (Mateus, 2016, p.01).

E que nesse mesmo sentido:

Da mesma expressão grega «laos»/«laikos» derivou igualmente, mas passando pelo latim, a palavra portuguesa leigo com o significado de não-clérigo, termo que gera frequentemente problemas, ao ser, acidental ou deliberadamente, confundido com a actual expressão laico, que tanto pode servir para designar um adepto ou um militante do laicismo como para adjectivar essa sua postura ou uma sua acção (idem).

Assim, fica evidenciado que ambos os termos, no campo etimológico, trazem e carregam consigo a noção de pertencimento ao povo, em que a pluralidade é abraçada ao todo, e a individualidade do ser é respeitada, pouco importando as

condições tanto internas quanto externas que as compõem. Portanto, em suas essências, destituídos de quaisquer vieses autoritário e excludente; logo, de caráter dotado de neutralidade. Em contraposição, este é um arco que nasce e morre em teoria, em particular na modernidade e no sistema capitalista, onde (ou ‘em quê’ novamente) a noção de igualdade é constantemente deturpada por aqueles que detém não apenas o poder, como também os meios de produção.

Esses cidadãos todos iguais diante da lei são, na verdade, uma abstração [...]. Você conquista os seus direitos de cidadão ao preço de lutas infundáveis e, no entanto, nunca existe igualdade de fato [...]. Essa igualdade é forjada criando uma figura formal jurídica, abstrata (a do cidadão), que cinde a unidade do homem, a unidade entre o homem no trabalho e o mesmo diante da lei. O cidadão é uma hipótese jurídica, uma forma jurídica (Gruppi, 2001, p.41).

Neste sentido, no Brasil, a falácia do Estado laico é uma questão importante, pois a crescente influência da chamada “bancada da Bíblia” no Congresso Nacional, promove, amplia e reforça constantemente sua agenda conservadora. Com isto, os debates e pautas são oriundos de ideologias retrógradas, arcaicas, preconceituosas e excludentes, que não apenas põem em xeque os direitos da população brasileira, mas impõem retrocessos, ainda mais, quanto às noções existentes acerca do que se entender por laico.

Dessa forma, o viés religioso, desprovido de um bem-estar ao outrem e suas facetas ideológicas fomentam estigmas e desigualdades, que acabam por negar a cidadania das pessoas que têm problemas relacionados às drogas. No campo da saúde mental, isto pode ser constatado nas comunidades terapêuticas, que têm práticas moralizantes, excludentes, retrógradas e religiosas; e recebem recursos financeiros públicos, que deveriam ser destinados aos serviços de saúde mental que compõem a RAPS e SUS.

Por fim, é indubitável que o conservadorismo, enraizado no Estado brasileiro, interfere nas políticas de saúde mental — e na de saúde em geral, tanto na formulação quanto na sua implementação. Em um país cuja força da bancada religiosa, particularmente, evangélica, no Congresso Nacional, expõe escancaradamente os seus dogmas sem nenhum pudor, é urgente a necessidade de debates críticos, junto à população, para que esta lógica excludente e estigmatizante possa ser revertida ou apagada. Dessa forma, portanto, assim as noções de igualdade e cidadania não se afastem cada vez mais dos seus respectivos significados.

4. SERVIÇO SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

A trajetória do Serviço Social está intrinsecamente ligada às transformações sociais ocorridas ao longo da história no Brasil e no mundo, passando por várias fases e mudanças. Na ausência de políticas sociais públicas, as ações de atendimento às necessidades humanas básicas eram promovidas por instituições religiosas, de caridade e por iniciativas individuais filantrópicas, sem fundamentação técnica e teórico-metodológica. As primeiras escolas de Serviço Social surgiram no final da década de 1930 para formar profissionais capazes de atuar sobre as expressões da questão social. Nas palavras de Yamamoto e Carvalho (2006, p.127):

A implementação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica.

O começo da atuação do Serviço Social brasileiro é marcado pelo conservadorismo, sob forte influência da doutrina social da Igreja Católica (neotomismo), que compreendia a questão social como uma questão moral, particularmente como resultado do afastamento dos trabalhadores e da burguesia de “Deus”. Neste sentido, a atuação profissional estava pautada no respeito à “dignidade da pessoa humana” e na busca pela manutenção da ordem social.

Durante o Estado Novo (1937-1945), período ditatorial de Getúlio Vargas, para se legitimar no poder e como forma de impulsionar o crescimento industrial nacional, o governo limitou o poder de exploração do capital sobre o trabalho ao criar a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que garante à classe trabalhadora urbana direitos trabalhistas como salário-mínimo, férias, jornada de trabalho de 48 (quarenta e oito) horas semanais, repouso semanal remunerado, dentre outros. Segundo Abramides (2016)

A "questão social" já não podia mais ser tratada como "caso de polícia". Era preciso negociar com a classe operária que produz diretamente valor e mais-valia. Nesse sentido, o Estado promoveu a regulação das relações entre o patronato, a classe trabalhadora e entre outros mecanismos; e em 1936 foi criada a profissão de assistente social, que se institucionalizou somente em 1945. No período em que o Estado inicia o controle dos conflitos da contradição capital versus trabalho com o crescimento da classe operária na expansão do capitalismo, a profissão passou a atuar nas expressões da "questão social" (p.458).

Entre as décadas de 1940 e 1960, as escolas de Serviço Social se expandiram no Brasil; em 1946, foi criada a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS); e em 1957, foi promulgada a primeira lei de regulamentação da profissão.

No Brasil, até a década de 1970, o campo do Serviço Social esteve ligado a 03 (três) tendências distintas, a saber: 1) a abordagem de modernização conservadora, que tinha uma orientação tecnicista e funcionalista, visando a manutenção do status quo vigente; 2) a desenvolvimentista e reformista, predominante nas décadas de 1950 e 1960; e 3) a renovação profissional (Abramides, 2016). A corrente de renovação profissional desdobrou-se em 03 (três) direções durante a década de 1960: 1) a modernizadora, baseada nos documentos de Araxá e Teresópolis; 2) a reatualização do conservadorismo; e 3) o legado marxiano e a tradição marxista para romper com o conservadorismo. A aproximação da profissão com o marxismo e o pensamento crítico foi fundamental para uma atuação mais engajada e comprometida com a transformação social.

Um marco importante da aproximação da profissão com o marxismo, ocorreu em 1979, durante a realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), que deliberou pela defesa dos direitos humanos e reconheceu os profissionais assistentes sociais como trabalhadores assalariados, como classe trabalhadora.

Nos anos 1990, como descrito no item anterior, o neoliberalismo passa a orientar o Estado brasileiro, e os profissionais de Serviço Social passam a sofrer suas consequências no que tange à reforma do Estado e à redução do financiamento público, que impactaram as políticas sociais, e, conseqüentemente, as práticas dos assistentes sociais. A fragmentação e a seletividade das políticas sociais causam

Uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se (Iamamoto, 2009, p.08-09).

Nos próximos subitens, são tratadas as contribuições do Serviço Social brasileiro às políticas de saúde mental, dividindo-as em 02 (dois) períodos, um que

vai do governo de Getúlio Vargas, passando pelos governos da ditadura civil-militar, até a redemocratização brasileira; e outro a partir dos anos 2000, após a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001.

4.1 DA ERA VARGAS À REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA

Na década de 1920, o movimento higienista estava em efervescência em todo o globo, cuja influência se alargou expressivamente no campo da medicina, da psiquiatria e no desenvolvimento da psicologia no Brasil.

Quem lance um olhar sobre o desenvolvimento da pshychiatria nos últimos tempos reconhecerá que essa sciencia já não ocupa em exclusivo com o tratamento dos alienados durante a sua internação. Cada vez mais se verifica a necessidade que há da intervenção do psychiatra em numerosos casos de vida social. Si nos dedicassemos a fazer o estudo da mentalidade dos individuos socialmente desclassificados, encontraríamos as mais das vezes as causas de não exito em perturbações bem caracterizadas do dominio psychico (Lopes, 1925, p.155-156).

Nesse sentido,

Em 1923, no I Congresso Brasileiro de Higiene, os principais articuladores do movimento da higiene social tomaram para si a tarefa de proteger higienicamente a coletividade, em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas. Considerou sua atribuição a criação dos hábitos sadios, o combate às "taras sociais" e a realização das grandes aspirações sanitárias do Estado: a robustez do indivíduo e a virtude da raça. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, eivada pela mestiçagem, como eram os brasileiros. Nesta questão, o higienismo se fundamentava na Eugenia (Mansarena & Silva, 1999, p.119)

Após a chegada de Vargas ao poder, em 1930, os defensores do higienismo passaram a ocupar posições políticas, que através da ideia de uma nação forte e moderna, reforçaram e incorporaram essas práticas higienistas às políticas voltadas à saúde pública e à ordem social. Sob o governo de Vargas, o país iniciou sua transição política e econômica do modelo agro-exportador para o industrial. Este processo construiu as bases para o desenvolvimento do capitalismo no país e transformou a política, bem como urbanizou e modernizou todo o corpo social.

Este novo cenário, que evidenciou a denominada "questão social", trazendo à tona conflitos e contradições oriundos das mudanças nas relações de trabalho e nas condições de vida das classes populares, exigiu respostas do Estado brasileiro. À época, a questão social passou a ser vista como "questão de política" e não mais como uma "questão de polícia" (Queiroz, 2009, p.67). Com isto, "as ações

caritativas, assistenciais, voluntárias e filantrópicas não conseguiam mais atender às demandas da classe trabalhadora” (idem), o que fez surgir a demanda por uma qualificação da ação social e compreensão dos fenômenos sociais.

Nesta época, a partir da iniciativa da Igreja Católica brasileira, foi criada em 1936 a primeira escola de Serviço Social, pautada na doutrina social católica e “sob as influências do processo urbano-industrial, quando a classe trabalhadora passou a pressionar o Estado para a conquista do acesso a direitos, a bens e a serviços” (idem). Além da base religiosa, o higienismo influenciou significativamente na formação dos primeiros profissionais, que passaram a atuar sob a lógica de controle social, moralizante e subalterno à burguesia. Vasconcelos (2002) pontua que essa inclinação se perdurou até os anos 1970, momento em que ocorreu o Movimento de Reconceituação do Serviço Social atrelado à intenção de ruptura.

Em 1946, foram criados os Centros de Orientação Infantil e os Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), com os objetivos de tratar e diagnosticar crianças-problemas e atender crianças, jovens e outras famílias quanto às questões de higiene. Neste período, o Serviço Social é inserido no setor psiquiátrico para “desenvolver seu fazer profissional junto às questões que o saber médico psiquiátrico não dava conta, à medida que já percebia-se que fatores políticos, sociais, culturais e econômicos perpassavam a doença mental” (Silva & Nóbrega, 2017, p.3).

A demanda institucional era por um profissional cuja atuação fosse voltada para a “moralização do indivíduo e da família, de uma atuação sobre o caráter das pessoas, visando à reintegração social por meio da adequação do comportamento à ‘normalidade’” (Barbosa, 2006, p. 58). Esta atuação acabou por ser situada

Na porta de entrada e saída, atendendo prioritariamente às suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao *aftercare* psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista (Machado, 2007, p.36).

Assim, fica elucidado que, nas suas primeiras décadas, o trabalho profissional dos assistentes sociais esteve intrinsecamente apoiado no desenvolvimento acrítico, subalterno ao Estado, direcionado às práticas moralizantes, com o sujeito no seu foco de intervenção e que “encontrou um amplo espaço de difusão das práticas

conservadoras, moralizantes, sem mediações entre os sujeitos e a totalidade social” (Rocha, 2012, p.35).

Já nas décadas de 1960 e 1970, sob domínio da ditadura civil-militar, foram realizadas reformas no setor saúde, criado o Instituto Nacional de Previdência Nacional (INPS) e estabelecidos convênios com o setor privado de saúde, ocorrendo o aumento do número de novos hospitais psiquiátricos ao redor do país. Assim, a saúde privada foi amplamente beneficiada, com incentivos governamentais que favoreceram o crescimento das instituições psiquiátricas privadas, e financiadas pelo INPS (Silva & Nóbrega, 2017, p.4).

Nesse bojo, o Serviço Social e o trabalho dos assistentes sociais foram direcionados às práticas de ações burocráticas, pautada “na reafirmação dos interesses da medicina mercantilizada, legitimando práticas manicomializantes” (Silva & Nóbrega, 2017, p.05). Fica evidente, a partir disso, que a profissão, neste contexto, teve a sua operacionalização nos moldes do conservadorismo e a sua modernização. Inserido na relação antagônica entre capital e trabalho, burguesia e proletariado, essa contradição histórica acabou por conformar

Um cenário de grandes impasses teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, à medida que o/a (s) Assistentes Sociais desenvolviam seu trabalho profissional sob a perspectiva da culpabilização, controle, responsabilização e seletividade dos indivíduos (Silva & Nóbrega, 2017, p.06).

O final dos anos 1970 e a entrada dos anos 1980 foram marcados pela ebulição dos movimentos sociais ao redor do país, que, por meio de diversas organizações, tanto das classes populares quanto dos diversos setores profissionais, reivindicaram mudanças estruturais no campo político e social. Este processo impelido pela insatisfação com o autoritarismo da ditadura civil-militar, através de muita luta e resistência, acabou por acarretar na redemocratização do país e posteriormente na Constituição Federal.

No marco dessas transformações sociopolíticas, em particular no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica começou a ganhar força, e, com isso

Exigiu abordagens mais comprometidas teórica e politicamente, por meio da proposta da desinstitucionalização, que retira a atenção em Saúde Mental do âmbito do manicômio e atribui ao doente mental à condição de sujeito portador de transtorno mental, digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais (Silva & Nóbrega, 2017, p.07).

No campo da assistência à saúde mental, Bisneto (2005) pontua que

O Movimento de Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas práticas de Saúde Mental, propiciando a contratação de novos assistentes sociais na medida em que este movimento enfatiza a importância da reabilitação social dos portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer (práticas que não são especificamente “psi”), ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para o usuário da rede de Saúde Mental: os aspectos sociais são mais essenciais para um serviço integralizado de assistência (p.115).

Outrossim, o mesmo autor destaca ainda que

o Movimento de Luta Antimanicomial proporcionou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social interferir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental. Um dos problemas, de ordem metodológica, é que o Serviço Social não incorporou no seu ensino as correntes da Análise Institucional que fazem a mediação entre os temas básicos em Saúde Mental e a discussão da sociedade de classes (2007, p.40).

Apesar do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira ter bebido na fonte de autores pautadas na teoria crítica-dialética, como Franco Basaglia e Frantz Fanon, estas condições não foram suficientes para que houvesse uma ampla e definitiva transformação nas práticas institucionais. Machado (2009) pontua que, no que se refere aos assistentes sociais na área da saúde mental, havia uma ausência de formação específica que permitisse compreender a loucura em sua totalidade histórica, social e política; e no que se refere aos psiquiatras, estes não queriam abrir espaço para enxergar a psiquiatria para além do campo subjetivo, mas também social, cultural, político e econômico.

O início dos anos 1990, no campo da saúde mental, é assinalado pelas diversas transformações a nível nacional e mundial: a adesão do país ao neoliberalismo e à globalização. Neste período, o país passou por uma série de reformas em todo o tecido social; e no campo da saúde mental, com a realização da II Conferência Nacional da Saúde Mental (1992), foi desencadeado “logo em seguida, as primeiras normas federais, regulamentando o financiamento e a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos no país” (Machado, 2009, p.46).

Esta Conferência Nacional de Saúde Mental configurou um avanço significativo na normatização e supervisão dos serviços psiquiátricos, no entanto, as transformações advindas da adoção de políticas neoliberais impuseram novos e complexos desafios ao campo da saúde mental e às práticas profissionais. Ainda

que se observe um amadurecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, evidenciado pela promulgação da nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993), pelo novo Código de Ética da/o Assistente Social (CFESS, 1993) e das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (ABEPSS, 1996), as controvérsias destacadas por Machado (2009), relativas à insuficiência na formação dos assistentes sociais e à hegemonia do saber médico, tornaram-se mais acentuadas.

Com o advento da reestruturação produtiva e a contrarreforma do Estado no final dos anos 1990 e no início dos anos 2000, o Serviço Social, situado na divisão social e técnica do trabalho, viu-se compelido a reconfigurar sua intervenção, em resposta às novas dinâmicas do mundo do trabalho, aprofundando, assim, suas reflexões sobre as novas demandas sociais, econômicas e políticas. Nesta época, a categoria profissional já com maturidade intelectual adquirida com as produções de José Paulo Netto, Marilda Iamamoto, Ana Elizabeth Mota, dentre outros autores do Serviço Social, fez profundas análises teóricas e políticas sobre esses elementos macrossocietários e seus rebatimentos na profissão.

4.2 O SÉCULO XXI

Com a chegada do século XXI, a atuação dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde mental, já alinhada aos ideais da reforma psiquiátrica, ampliou-se após a aprovação da Lei nº 10.216/2001. A criação de dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a exemplo dos CAPS, introduziu os assistentes sociais nas equipes multiprofissionais em saúde mental e ampliou a atuação profissional aos territórios adscritos aos CAPS. Neste sentido, diante da “perspectiva de totalidade, a inserção do Serviço Social neste campo contribui para uma reflexão crítica acerca do adoecimento psíquico dos indivíduos e das respostas dadas pelo estado brasileiro” (Cfess, 2023, s/p), além de permitir a análise das questões que envolvem o processo da doença, sendo estas, muitas vezes, causadas pelo meio social e familiar da população usuária.

As contribuições do Serviço Social neste período referem-se, principalmente, a sua atuação nos novos dispositivos estabelecidos na Raps, a exemplo dos CAPS – em suas diferentes modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de

Pronto Atendimento (UPA), dentre outros. Neste sentido, os profissionais realizam suas ações através de três objetivos, a saber, “1) Necessidade de atendimento à população; 2) Ressocialização dos usuários; 3) Demanda de Serviço Social por parte dos estabelecimentos psiquiátricos” (Paes, 2017, p.07).

O trabalho e as ações do/da assistente social neste campo visam o atendimento não somente da população usuária, mas de suas famílias, além de realizarem visitas domiciliares, atividades em grupos, acolhimento e acompanhamento, planejamento, encaminhamentos, dentre outros instrumentos (Trindade *et al.*, 2018). Neste sentido, nas palavras de Vasconcelos e Lopes (2020, p.04), nos CAPS

O assistente social integra a equipe profissional, reconhecendo os indivíduos em sua integralidade, inserido em seu contexto de vida, visando ao resgate das características dos territórios nos quais vivem e à realização dos objetivos propostos pela Política de Saúde Mental, que condizem com a meta de reinserção social. De acordo com a Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social - nº 8.662, de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), art.4º, números V e XI – uma das competências do assistente social é: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso desses no atendimento e na defesa de seus direitos, além de realizar estudos socioeconômicos com os usuários, para fins de benefícios e de serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, a empresas privadas e a outras entidades.

Nos Consultórios na Rua⁴, os profissionais atuam majoritariamente com a população em situação de rua e usuários de drogas. Uma série de fatores (sociais, econômicos, dentre outros) contribuem para a situação desta população, que englobam diversas expressões da questão social. Neste sentido, as “estratégias de promoção em saúde para esta população são realizados em cinco eixos: 1) inclusão da População em Situação de Rua (PSR) no escopo nas rede de atenção à saúde; 2) promoção e vigilância em saúde; 3) educação permanente em saúde na abordagem da saúde PSR; 4) fortalecimento da participação e controle social e 5) monitoramento e avaliação das ações de saúde (Brasil, 2013 apud Santos, 2018, p.05). A atuação do/da assistente social nestes serviços, é desenvolvida através dos

⁴ Os consultórios na rua são compostos por equipes multiprofissionais que realizam ações voltadas para os usuários que se encontram em situação de rua, ampliando o acesso destes aos serviços de saúde, nos territórios adscritos das Unidades Básicas de Saúde, instituídos pela Portaria nº 2.488/2011 (Ministério da Saúde, 2020). Já os consultórios de rua foram implantados em Recife, em 2010, como principal estratégia de cuidado da população em situação de rua no âmbito do Programa +Vida, que compunha a Política Municipal de Redução de Danos no Consumo de Alcool, Fumo e outras Drogas. Estes eram compostos por equipes itinerantes de arte-educadores, que visitavam as comunidades adscritas aos CAPS AD para dialogar e intervir na prevenção e promoção da saúde e da cidadania. Os consultórios de rua foram posteriormente integrados às equipes de Consultório na Rua pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério de Saúde (Ministério da Saúde, 2020).

atendimentos, acolhimentos, ações socioeducativas em saúde, atividades em grupo, encaminhamentos para outros serviços, articulações com a rede, ações pautadas na redução de danos, dentre outros, com o objetivo de viabilizar os direitos da população usuária.

Considerando tais aspectos, evidencia-se a importância do assistente social dentro do espaço sócio-ocupacional, viabilizando o acesso aos direitos da população em situação de rua que sofrem mais intensamente com o estigma, exclusão e desigualdade social inerente ao modo de produção capitalista. Nesse sentido, dentro dos princípios fundamentais da profissão está a ampliação e a consolidação da cidadania, favorecendo a equidade e a justiça social que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Além disso, permitir o enfrentamento a toda forma de preconceito respeitando e incentivando o respeito a diversidade (Silva & Caetano, 2016 apud Santos, 2018, p.07).

Já as UA acolhem, de forma temporária, pessoas que estão afastadas do seu núcleo familiar. Entre os seus usuários, estão: adultos, pessoas idosas, pessoas com deficiência, mulheres em situação de violência, pessoas em situação de calamidade e emergência, crianças e adolescentes (Brasil, 2019). Nestes locais, a intervenção profissional de assistentes sociais tem sua importância no que tange ao fortalecimento dos vínculos familiares, construindo possibilidades de reinserção familiar (Santos & Marques, 2020). Nesta lógica, a exemplo das instituições de acolhimento infanto-juvenil, os profissionais realizam suas ações através do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve conter

I - os resultados da avaliação interdisciplinar; II – os compromissos assumidos pelos pais ou responsável; e III – a previsão das atividades a serem desenvolvidas com a criança ou com o adolescente acolhido e seus pais ou responsável, visando à reintegração familiar quando possível ou quando esgotadas as possibilidades de reintegração familiar, à colocação da criança ou adolescente em família substituta, preconizando a convivência familiar e comunitária (Brasil, 2009 apud Santos & Marques, 2020, p.144-145).

Assim como nas UA, os SRT também são um tipo de dispositivo que oferece moradia, mas apenas para pessoas que estiveram internadas por um longo período em hospitais psiquiátricos, e que após a substituição destes, não tiveram apoio familiar, comunitário e/ou social para se reintegrarem socialmente. As contribuições oferecidas por assistentes sociais nestes espaços englobam “ações voltadas para a garantia dos direitos, da articulação de programas e políticas sociais, realiza acompanhamento e observação das Atividades de Vida Diária - AVD” (Siqueira, 2007, p.80).

No entanto, os profissionais de Serviço Social enfrentam, hodiernamente, desafios que foram impostos após o golpe de 2016 contra a presidenta Dilma Rousseff, devido a uma série de retrocessos nas políticas de saúde mental e de drogas, os quais foram reforçados no governo de Bolsonaro – discutidos ao longo deste estudo.

Com os ideais neoliberais que focalizam políticas e privatizam serviços, vemos uma onda privatizante nestas duas políticas, com transferências diretas de recursos do SUS para Clínicas e Comunidades Terapêuticas. Esse processo tem impactado no mercado de trabalho do Serviço Social, pois há contratação de assistentes sociais em ambas as redes (Trindade *et al.*, 2018, p.06).

A respeito da atuação de assistentes sociais a partir desta nova lógica neoliberal, Iamamoto (2015, p.75) afirma que:

O desafio é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo.

Neste cenário nacional, no âmbito das UBS e UPA, a atuação dos profissionais é marcada pela precarização das condições de trabalho e desafios em torno dos serviços e recursos escassos. As UPA, que atuam como “serviço intermediário entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e os serviços hospitalares” (Moscon & Nisiide, 2022, p. 02), sofreram uma intensa degradação após a pandemia da COVID-19, principalmente relacionada a superlotação. Com isto, os/as assistentes sociais nestes locais foram impostos a aumentar sua produtividade mediante condições inadequadas de trabalho (Moscon & Nisiide, 2022). Contudo, mesmo diante a estas condições

O assistente social deve, para além do discurso, comprometer-se com o rompimento de práticas empiristas e desprovidas de mediações, deve analisar as condições de vida dos sujeitos, considerando o aporte teórico crítico e as legislações profissionais que direcionam a atuação a partir das determinações sociais (Silva, 2015, p.62)

As ações e atividades realizadas por estes profissionais nas UPA são:

Os atendimentos diretos aos indivíduos, contemplando suas necessidades sociais, bem como as necessidades familiares do mesmo; a mobilização da equipe multiprofissional perante a singularidade dos indivíduos; ações socioassistenciais voltadas a garantia de direitos a população; ações de controle social, bem como ações de caráter investigativo profissional; registros de atendimentos realizados; visitas aos leitos visando a busca

ativa dos pacientes bem como o registro das visitas domiciliares – registros estes mantendo o sigilo profissional perante o paciente com a equipe multiprofissional – e ações socioeducativas com a equipe interdisciplinar do serviço (Moscon & Nisiide, 2022, p.07).

Quanto às CT, vale ressaltar que a profissão, através dos seus conselhos federal e regional, se posiciona contrariamente a estas entidades, tendo em vista que vão contra o que consta no seu Projeto Ético Político (PEP). Este posicionamento fica explícito nos encontros e conferências da categoria, a exemplo do 50º Encontro Nacional CFESS-CRESS, em 2023, onde foram discutidos os financiamentos públicos às CT (Cfess, 2023).

Com a contratação de assistentes sociais após a ampliação no número das CT, no que se refere às suas atribuições e competências nestes espaços

Expressam-se na entrevista de triagem, no atendimento direto ao/à usuário/a, grupos e famílias, nos encaminhamentos para atendimentos de saúde, na elaboração de perfil socioeconômico das famílias, na condução de grupos de autoajuda aos/às familiares, na visita aos/às residentes (Cfess, 2018, p.13).

Além disso, também são relatados

O envolvimento e o desenvolvimento de atividades na organização de seminários temáticos, de acordo com as demandas dos/as residentes, na elaboração e acompanhamento do Plano de Acolhimento Singular (PAS), do Plano Individual de Atendimento (PIA), em grupos operativos/grupos terapêuticos/escuta sensível, no acompanhamento de usuários/as nas CTs em suas necessidades e direitos, na escuta qualificada no ingresso do/a interno/a com orientações sobre as normas da instituição, na elaboração de relatórios sociais para acesso a direitos sociais (previdenciários e judiciais) (idem).

Através dos relatórios feitos pelos/pelas profissionais, foram registradas atividades de cunho religioso, como “aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia, grupos de espiritualidade, laborterapia na realização de diversos serviços - serralheria, horta, piscicultura, serviços domésticos, dentre outros” (Cfess, 2018, p. 14). Neste sentido, percebe-se a contribuição do Serviço Social ao realizar estes registros, que evidenciam as práticas e interesses religiosos, facilitando a denúncia e análise destes locais.

Conclui-se que esses elementos registrados exigem uma análise crítica, com vistas à garantia dos princípios éticos profissionais, pois o trabalho da/o assistente social se filia à defesa intransigente dos direitos humanos, da democracia, da justiça social, ao combate e enfrentamento de todas as formas de preconceito, ao respeito à diversidade e à participação de grupos socialmente discriminados (Cfess, 2018, p.17).

Por fim, foram expostas as principais contribuições do Serviço Social brasileiro através de suas ações, tanto nos novos dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, quanto nos novos serviços criados pela atual lógica neoliberal. Assim como no século XX, as investidas neoliberais e o modo de produção capitalista continuam a limitar a atuação dos profissionais de Serviço Social. Com estas investidas intensificadas no século XXI, e ainda mais a partir do golpe de Estado de 2016, faz-se ainda mais necessário que a profissão reforce suas atribuições e competências nos ideais da reforma psiquiátrica, lutando contra este cenário socioeconômico atual, a fim de viabilizar o acesso aos direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo sua cidadania e liberdade.

5. AVANÇOS E RETROCESSOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE 2001 E APÓS O GOLPE DE ESTADO DE 2016

Neste capítulo são discutidas as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, bem como a de Drogas, dividindo em dois períodos. O primeiro após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, mediante reivindicações dos movimentos antimanicomiais das décadas de 1980 e 1990, que implicaram em diversos avanços no campo da saúde mental e das drogas. O segundo após o ano de 2016, com o golpe de Estado, que ocasionou retrocessos nos campos acima citados, mediante a Emenda Constitucional nº 95, e que foram reforçados após o governo de Bolsonaro, em 2019, com a “Nova Política de Saúde Mental e de Drogas”, como respostas aos movimentos conservadores e religiosos.

5.1 AVANÇOS APÓS A LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA Nº 10.216/2001, COM DESTAQUE PARA A CIDADE DO RECIFE

Nos anos 2000, ainda no governo de FHC, inicia-se a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que institui o modelo de atenção psicossocial no Brasil. Esta Lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

No que se refere aos direitos das pessoas com transtornos mentais, a Lei estabelece:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001, s/p).

A Lei também veda internação em ambientes com características asilares; visa o tratamento pautado na reinserção social; e estabelece os tipos de internações psiquiátricas – as quais são realizadas somente sob laudos médicos.

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (idem).

Em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental sob o tema “Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”, que trouxe debates acerca do

Financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área (Ministério da Saúde, 2002, p.7).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou 02 (duas) portarias — n° 251 e n° 336, que demarcam os primeiros avanços oriundos da Lei da Reforma Psiquiátrica. A primeira portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em

psiquiatria; reclassifica os hospitais psiquiátricos; define e estrutura a porta de entrada das internações psiquiátricas no SUS; dentre outras providências. Já a segunda portaria estabelece práticas e funcionamento dos CAPS, nas suas diferentes modalidades (I, II, III, Infantil e de Álcool e Drogas), definindo-os como porta de entrada para questões relacionadas à saúde mental e ao álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2002).

A expansão dos CAPS é fortalecida a partir da Lei, em todo território nacional. Estes dispositivos são constituídos por equipes multiprofissionais para o acompanhamento de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. As atividades realizadas priorizam atendimentos de forma individual, em grupos, em oficinas terapêuticas, com famílias, dentre outras, desenvolvidas a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve tanto a equipe, quanto os usuários e seus familiares (Vaz, 2015).

Ainda em 2002, a portaria nº 2.391 foi publicada pelo Ministério da Saúde, que determina as situações que podem ocorrer a internação psiquiátrica, sendo somente após “todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível” (Ministério da Saúde, 2002), e regulamenta os procedimentos de notificação das internações ao Ministério Público, órgão que ficou responsável por estes registros. Já no âmbito das drogas, houve também a publicação da portaria nº 816/2002 e do Decreto nº 4.353/2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Política Nacional Antidrogas⁵.

Já no governo Lula (2003-2010), para impulsionar o processo de desinstitucionalização, foi criado o Programa de Volta Para Casa, através da Lei nº 10.708/2003. Este programa propõe “um auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, por meio de recurso financeiro mensal para pessoas com transtornos mentais que moraram em hospitais psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia” (Vaz, 2015, p.31), tendo como um de seus objetivos a reinserção social, além de atuar de forma positiva para a reabilitação psicossocial destas pessoas.

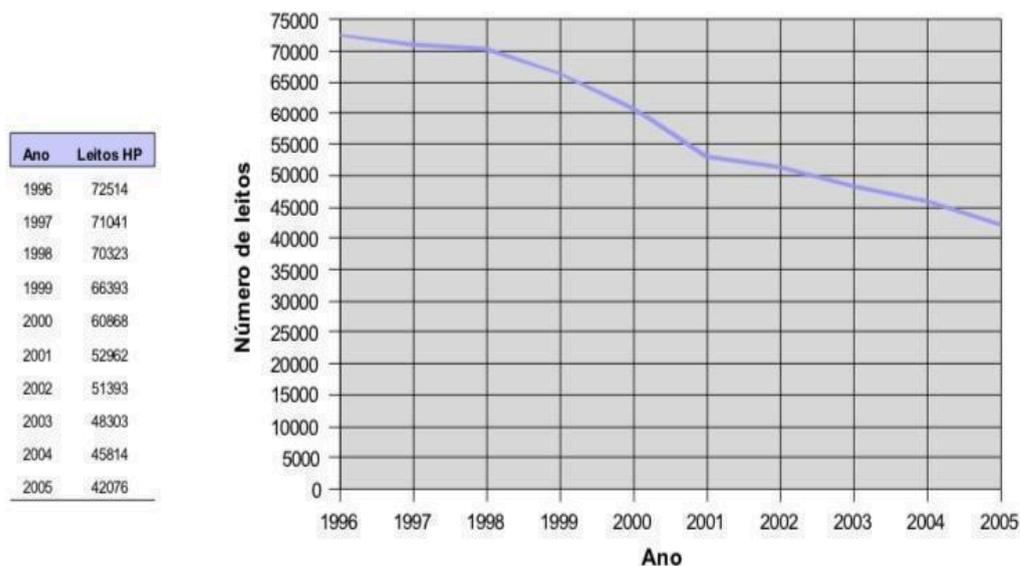
⁵ O Decreto 4.353/2002 foi revogado pelo Decreto nº 9.761/2019, que aprovou a atual Política Nacional Sobre Drogas.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa” (Ministério da Saúde, 2005, p.09).

O primeiro Congresso Brasileiro de CAPS foi realizado em 2004, em São Paulo, contando com a participação de mais de 2.000 (dois mil) trabalhadores e usuários (Ministério da Saúde, 2005). Com o tema “Saúde Mental: Cuidar em liberdade e promover a cidadania”, este congresso englobou três eixos temáticos, a saber, “a construção e o fortalecimento de laços sociais para o portador de transtornos mentais, o cuidado cotidiano nos CAPS e as relações entre trabalhadores, pacientes e seus familiares” (Ministério da Saúde, 2004, apud Brasil & Lacchini, 2021, p.22)

Ainda em 2004, houve a criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), intensificando as estratégias já existentes de redução dos leitos psiquiátricos. Com a redução no número de leitos psiquiátricos, ampliou-se o número de CAPS no Brasil, com a instalação de cerca de 700 (setecentos) novos dispositivos até o final do ano de 2005 (Brasil & Lacchini, 2021), como ilustrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Leitos Psiquiátricos no SUS por ano (1996-2005)



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (2000; 2001; 2002; 2003); PRH, CNES (2004; 2005).

Em 2005, com a publicação da portaria n° 1.028, foram regulamentadas as ações que visam à redução de danos; e em 2006, com a aprovação da Lei n° 11.343, foi instituída a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad).

No segundo mandato do governo de Lula (2007-2010), os avanços continuaram no campo da saúde mental e de drogas, a exemplo da Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria GM/MS n° 154/2008); da realização do I Congresso Brasileiro de Saúde mental, em 2008, com o tema “Perspectivas em saúde mental: Diversidade e aproximação”; da publicação da Portaria n° 1.190/2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção ao Álcool e outras Drogas no SUS; da criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto n° 7.179/2010.

Já no governo de Dilma Rousseff (2011-2016) , em 2011, houve a criação da Raps, por meio da Portaria n° 3.088, com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas, sendo constituída pela “atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial” (Ministério da Saúde, 2011, s/p); e a publicação da Portaria n° 2.488/2011, que instituiu o Consultório na Rua na Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB).

Por fim, em 2012, por meio da Portaria n° 121, foram criadas as Unidades de Acolhimento (UA), que foram integradas como componentes da Raps. Ainda no mesmo ano, com a Portaria n° 122, foram definidas as diretrizes das equipes de Consultórios na Rua — também como componentes da Raps.

Para discorrer sobre as políticas de saúde mental na cidade do Recife, faz-se necessário, inicialmente, desvelar um pouco da história da cidade para conhecê-la brevemente e sua ligação com a temática.

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, foi fundada em 12 de março de 1537. Atualmente, Recife é o município mais populoso de Pernambuco com 1,6 milhões de habitantes, que residem em 94 (noventa e quatro) bairros (IBGE, 2022). A cidade é reconhecida nacionalmente pelo seu grande arcabouço cultural, como o carnaval, frevo, pontos turísticos, danças, dentre outros. Entretanto, é possível encontrar problemáticas socioeconômicas, a exemplo da pobreza, desemprego, racismo, violência, dentre outras expressões da questão social, além dos problemas relacionados à infraestrutura, como a grande parcela de áreas vulneráveis e degradação dos recursos naturais. Para além das belezas e da cultura do Recife, até a década de 1990, a cidade concentrava cerca de 07 (sete) hospitais psiquiátricos.

Alguns acontecimentos anteriores aos anos 2000, a nível estadual, desencadearam a aproximação da cidade do Recife com a temática da saúde mental, a saber, a criação do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (1986), do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) (1990), do Hospital-Dia Espaço Azul no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) (1993), do Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI) e do Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente (NAPSA) no Hospital Otávio de Freitas (1993) e da Oficina Terapêutica da Policlínica Lessa de Andrade (1995); e, por fim, a aprovação da Lei Estadual n° 11.064/1994, que dispôs sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental (Pernambuco, 1994).

A partir dos anos 2000, ocorreram importantes transformações no campo da saúde mental no Recife, impulsionadas pelos movimentos sociais de luta antimanicomial locais, a exemplo da realização da V Conferência Municipal de Saúde, realizada entre 28/09 e 01/10/2001, com o tema “Construindo um Recife

Saudável: Descentralização, Controle Social e Integralidade como Caminhos”. Esta conferência apresentou algumas propostas acerca da saúde mental, que foram incluídas no Plano Plurianual 2002-2005 (Lei nº 16.687/2001) para o desenvolvimento da política municipal de saúde mental. Dentre as propostas incluídas, estão:

Implementar ações de saúde mental e criar equipes especializadas de retaguarda de saúde mental para o PSF; Reconstruir medidas de controle e avaliação das internações no sistema hospitalar; Promover reabilitação assistida; Implementação de oficinas comunitárias para os portadores de sofrimento psíquico; Descentralizar as urgências e emergências; Implantar serviços especializados (NAPS) substitutivos à internação psiquiátrica (Maia, 2007, p.79).

Ainda no início da década de 2000 (Gestão municipal do PT), com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, a política de saúde mental do Recife ganhou impulso com a inauguração de 03 (três) novos CAPS – o Espaço Vida, no bairro da Iputinga; o José Carlos Souto, no Torreão; o Esperança, em Casa Amarela – além de duas residências terapêuticas. O Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), única instituição de emergência psiquiátrica do Estado que atua 24 (vinte e quatro) horas por dia, inicia uma série de mudanças internas, como a criação do Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), a realização de encaminhamentos de seus pacientes para os CAPS de saúde mental e de drogas, dentre outras.

Ainda neste período, inicia-se no Recife o Projeto Reabilitar (2002) que contemplava os usuários com uma bolsa auxílio-reabilitação, com o objetivo de diminuir o número de internações em hospitais psiquiátricos. Este projeto contemplava dois subprojetos para delinear as suas ações, sendo estes, por meio das Residências Terapêuticas, que são “casas na comunidade, sob atenção do CAPS mais próximo, e visa atender aos usuários que têm alguma autonomia e que perderam o vínculo familiar, ou aos que estes vínculos encontram-se muito fragilizados” (Maia, 2007, p.80); e De Volta a Família de Origem (DVFO), que se destinava “aos usuários que têm condições de realizar seu tratamento em serviços extra-hospitalares e que mantêm vínculos familiares” (Maia, 2007, p.81).

Em 2004, houve a criação do primeiro CAPS 24h (David Capistrano), sendo a primeira experiência do Recife com o CAPS na sua modalidade III. Além disto, 04 (quatro) serviços de saúde mental a nível estadual foram municipalizados, sendo eles: CAPS Espaço Azul, CAPS Espaço Livremente, CAPS AD Centro de

Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA), e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (Recife, 2004, apud Maia, 2007).

Para além disso, o município ofertou, através da Coordenação Municipal de Saúde Mental (2001-2004), por meio de parcerias com instituições, cursos de alfabetização, computação, capacitação, dentre outros, com o objetivo de reintegrar socialmente pessoas com transtornos mentais (Maia, 2007). No ano seguinte, em 2005, foi inaugurado o CAPS I Zaldo Rocha, em conjunto com a ampliação dos CAPS TM, AD e Infantil.

Os CAPS AD, as Casas do Meio do Caminho — dispositivos que serviram de modelo para a criação das UA, e os Consultórios de Rua, foram implementados à Política Municipal de Redução de Danos e de Atenção aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, no contexto do Programa Mais Vida, criado em 2004. As Casas do Meio do Caminho, hoje UA, de acordo com o seu Programa Terapêutico, são

Um dispositivo psicossocial, voltado às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade na exposição aos riscos do uso prejudicial de álcool, fumo e outras drogas e que precisam de um tratamento integral, protegido, sob regime de internação, por um período aproximado de 30 dias, variando em função da avaliação técnica e do projeto terapêutico individual. Seu objetivo principal é o de conscientizar os usuários sobre a dependência, sobre as possibilidades de redução de danos e riscos decorrentes do consumo prejudicial, visando à melhoria da qualidade de vida e o protagonismo (Recife, 2007, apud Albuquerque, 2008, p.25).

Nesta mesma lógica, os consultórios de rua atuaram — e ainda atuam, como fortes dispositivos no que se refere a

Estratégia no acesso e na atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas e que vivem com HIV/Aids, buscando atingir três grandes objetivos [...] 1) a constante produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo com as pessoas que usam drogas; 2) a construção de uma clínica que também produza espaços de relação e intervenções que se dão de modo compartilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir; e, finalmente, 3) a existência de espaços de trocas de falas e escutas e de cumplicidade e responsabilizações (Medeiros *et al.*, 2023, p.314).

Portanto, desta forma, tanto as casas do meio do caminho como os consultórios de rua foram essenciais no que tange ao aumento de encaminhamentos de usuários aos CAPS e às redes socioassistenciais, particularmente aos CRAS, fortalecendo o campo da saúde mental e de drogas no município do Recife.

5.2 RETROCESSOS APÓS O GOLPE DE ESTADO DE 2016, COM DESTAQUE PARA A CIDADE DO RECIFE

O processo, apesar de lento, mas progressivo, do avanço das políticas de saúde mental pautado nos princípios da reforma psiquiátrica, foi construído e implementado ao decorrer dos anos, a exemplo da Lei nº 10.216/2001, que resultou em vários avanços no campo da saúde mental, assim como foi demonstrado no tópico anterior. No entanto, a partir de 2016, com o golpe de Estado contra a presidente Dilma Rousseff, as políticas sociais em geral, sobretudo as políticas de saúde mental e sobre álcool e outras drogas, passaram a sofrer retrocessos, que afetaram direitos anteriormente conquistados.

Com a tomada do poder, o novo governo de Michel Temer (2016/2018), e, posteriormente, com a chegada de Jair Bolsonaro à Presidência da República (2019/2022), diversas legislações (como portarias e resoluções), que embasaram as políticas de saúde mental, sofreram modificações e foi criada a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, de acordo com a Nota Técnica nº11/2019 (Brasil, 2019).

Além disso, 03 (três) medidas foram relevantes para alterar as políticas de saúde mental do país. A primeira medida foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, instituída pelo governo Temer, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, congelando os recursos públicos sociais por 20 (vinte) anos.

Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias. As despesas ficam limitadas ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo (Brasil, 2016, s/p).

A segunda medida foi a publicação da Portaria nº 1.482/2016⁶, que incluiu as CT no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

§1º Para efeitos desta Portaria, são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas (Brasil, 2016, s/p).

⁶ Esta portaria foi revista em 2017, através da recomendação nº 43, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que revogou todos os artigos referentes às CT.

A terceira medida foi a assinatura da Portaria n° 2.436/2017, instituindo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

É retirada a palavra "democrática" do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. [...] O número mínimo de ACS/ equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual [...]. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF (Melo *et al.*, 2018, p.43-44).

Especificamente, no campo da Política Nacional sobre Drogas, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou uma “nova política” através da Resolução n° 32/2017; bem como foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria n° 3.588/2017, que incorporou os hospitais psiquiátricos às redes de atenção psicossocial (Raps), introduziu parcerias e apoios das CT à Raps, e ampliou o financiamento de instituições hospitalares especializadas (Brasil, 2017). A reintrodução dos hospitais psiquiátricos como espaço de tratamento de pessoas com problemas relacionados às drogas foi um enorme retrocesso, pois fere o ideal da reforma psiquiátrica brasileira do tratamento em liberdade, bem como afronta às reivindicações do MTSM e do MNLA.

Em 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou modificações na Política Nacional sobre Drogas, através da Resolução n° 01, alinhando-se às diretrizes da nova política de saúde mental; e se posicionou “contrária à legalização das drogas” (Brasil, 2018). Além disso, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad) publicou o edital de credenciamento n° 01/2018, de habilitação, credenciamento e financiamento de CT pela União. Esta ação da Senad, ao abrir financiamento às CT, implicou na redução de recursos financeiros para os dispositivos da Política Nacional sobre Drogas, considerando a Emenda Constitucional n° 95/2016.

Já no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), os retrocessos iniciados em 2016 foram aprofundados, sobretudo devido a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, que instituiu a “Nova Política de Saúde Mental”, com a finalidade de transformar o modelo assistencial anterior (Brasil, 2019). Algumas características encontradas nesta nova política incentivaram o modelo de internação psiquiátrica e desvincularam a política de saúde mental da política nacional sobre drogas.

Esta separação entre as duas políticas tem também a clara intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente

o cuidado realizado em liberdade [...] sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas (Guljor *et al.*, 2019, p.03).

O governo Bolsonaro deu destaque às comunidades terapêuticas e reforçou a “abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas” (Cruz *et al.*, 2020, p.02).

A referida nota técnica trouxe diversos questionamentos sobre o modelo vigente até 2017, além de apresentar novas mudanças, a exemplo da ampliação dos leitos psiquiátricos; não substituição dos ambulatórios, leitos e hospitais psiquiátricos; incentivo para abertura e estabelecimento de critérios de funcionamento, expansão e financiamento das CT; e refinanciamento do procedimento de eletroconvulsoterapia como “melhor aparato terapêutico” (Brasil, 2019, p. 06) no campo da saúde mental.

Ainda em 2019, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas, através do Decreto nº 9.761/2019, citada anteriormente, que

Coloca o Conad nos campos das “políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública”, no que tange à questão das drogas. Prevê apoio financeiro não apenas ao trabalho das comunidades terapêuticas, mas às “entidades que as congreguem ou as representem” (...) e ao seu “aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional” (Brasil, 2019, apud Cruz, *et al.*, 2020, p.12).

Além das mudanças no campo da saúde mental e das drogas, no governo de Bolsonaro, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) publicou a Recomendação nº 03/2019, que suspendeu a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política”.

Estes retrocessos ocorridos no campo da saúde mental e das drogas foram ainda mais intensificados em 2020, tendo em vista o novo cenário pandêmico causado pela COVID-19. O governo autoritário, conservador, ultra neoliberal e, pior, negacionista, deixou a população brasileira sem os devidos cuidados de prevenção e tratamento da COVID-19, da saúde em geral e da saúde mental, em particular (Oliveira, 2024).

Em março de 2020 foi publicada a Portaria nº 340, pelo Ministério da Cidadania, que determinou novos internamentos em CT durante a pandemia como medida “para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância

Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas” (Brasil, 2020). Em meio a estas internações, “havia receios e mesmo denúncias de internações forçadas, sobretudo de usuários de drogas” (Oliveira, 2024, p.10). Além disto, sob a proteção da Portaria nº 340/2020, que determinava que os procedimentos realizados nas CT eram de sua responsabilidade, através de um sistema eletrônico, não havia fiscalização, nem supervisão externa da rotina sanitária e epidemiológica destes locais (Oliveira, 2024).

Em 2021, dentro da mesma lógica, foi votado o Projeto de Lei nº 565/2019, que instituía as CT como política pública permanente na atenção aos usuários de drogas (Rio de Janeiro, 2019), entretanto, este não foi aprovado.

A pandemia acentuou as desigualdades de classe, raça e gênero em curso nos últimos anos. Já na área da saúde mental, agravou as demandas psicossociais. Com a covid-19, o então governo de extrema-direita não freou os ataques à política de saúde mental pautada na reforma psiquiátrica. Ao contrário, promoveu a instituição da contrarreforma psiquiátrica, com a renovação do modelo manicomial e privatista (Oliveira, 2024, p.12).

Para além das iniciativas dos governos de Temer e Bolsonaro, os retrocessos nas políticas de saúde mental e sobre drogas foram intensificados com o aumento do número de parlamentares vinculados a igrejas de diversas denominações religiosas, sobretudo, as cristãs Católica e Evangélica. A chamada bancada da “Bíblia” conseguiu impor várias de suas pautas conservadoras sobre família, orientação sexual e drogas, particularmente na distribuição dos recursos públicos, garantindo mais verbas às CT e menor financiamento da Raps.

Por fim, fica explícito que todas essas mudanças ocorridas no governo de Bolsonaro, em conjunto com o contexto pandêmico e a intensificação do projeto ultra neoliberal, foram radicalmente contrários às lutas e reivindicações da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos antimanicomiais, bem como interromperam os avanços conquistados — pelo contrário, retomou o modelo manicomial que vigorou do início ao fim do século XX, assim como impôs aos chamados loucos e usuários de drogas a condição subalterna de cidadania trabalhada no primeiro capítulo deste TCC.

No que se refere à cidade do Recife, os cenários nacional e estadual trouxeram rebatimentos muito negativos à Raps local. Estes começaram com a

ampliação do número de CT, que passaram a disputar os recursos públicos destinados às políticas sobre drogas. A nível estadual, em 2018, o Decreto n° 46.404, assinado pelo governador Paulo Câmara (2015-2022) (PSB), instituiu o “Programa de Apoio às Comunidades Terapêuticas de Pernambuco” (Pernambuco, 2018). Além disto, a (re)eleição de parlamentares locais, a exemplo da vereadora e do deputado estadual, Michele e Cleiton Collins, respectivamente, ambos proprietários de CT (Saravida), do Partido Progressista (PP), na base dos governos municipal e estadual do Partido Socialista Brasileiro (PSB), reforçou a inclusão das CT religiosas no âmbito das políticas sobre drogas locais.

Nesta lógica, o edital da Prefeitura do Recife de chamamento público para Organizações da Sociedade Civil, publicado no Diário Oficial do Recife, designou o valor de R\$2,4 milhões para ampliação das vagas em CT no município (Barros, 2022). O referido edital tinha como objetivo inscrever CT “acolhedoras”, localizadas até 150km da cidade, e “custear cem vagas para homens a partir de 18 anos (R\$ 1,62 milhão); 40 vagas para mulheres a partir de 18 anos (R\$ 648 mil); e dez vagas para mães nutrizes com seus lactantes (R\$ 180 mil)” (Barros, 2022, s/p). Entre 2017 e 2020, o Governo Federal manteve 11 (onze) CT cadastradas em Pernambuco, com repasses financeiros da ordem de R\$5,6 milhões (Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2021).

Ao mesmo tempo em que ocorre a ampliação do financiamento público para estes serviços privados, o congelamento do financiamento das políticas públicas sobre drogas, sobretudo para os dispositivos de atendimento aos usuários em meio aberto, compromete a RAPS Recife. Exemplo disto é a não ampliação das Unidades de Acolhimento para Adultos (UA) na cidade do Recife, que desde 2012, possui apenas 03 (três) unidades com cerca de 15 (quinze) vagas cada. Como afirma Barros, “o crescimento das comunidades terapêuticas está associado ao sucateamento das UAs” (2022, s/p).

Em relação a situação das CT, diante de vitórias realizadas no Recife, nas palavras de Rita Acioli, encontra-se

Pessoas presas, sem acesso a telefone, sem poder receber visita, uso de medicamentos intramusculares ou na veia sem prescrição médica e administrado por monitores em dependência química sem formação de enfermagem ou outra formação que autorize a fazer estes procedimentos. Além de pessoas sendo amarradas em grades de janelas para administrar medicações via garganta por funil feito com garrafa pet, enfermeiros fazendo escuta telefônica das ligações e conversas entre usuários e familiares

(violando o direito à privacidade), castigos físicos, cárcere privado, sequestro através das equipes de resgate (Barros, 2022, s/p).

E como relata Ebrahim (2019, s/p), as CT

São unidades, em sua maioria, instaladas em locais distantes dos centros urbanos, de difícil acesso, cercadas por muros, grades, portões e, algumas vezes, com vigilantes e punições, que vão de trabalho forçado a isolamento, em caso de fugas ou descumprimento de regras. Muitas delas são promotoras de exclusão e de maus-tratos, veem na abstinência o único caminho possível, apostam na prática do proselitismo religioso e não é rara a imposição de uma rígida rotina de orações.

Vale ressaltar que a estratégia de redução de danos não é aplicada nas CT, tendo em vista que reforçam o tratamento baseado na abstinência das drogas; e se colocam contra a laicidade do Estado ao realizar o tratamento pautado em práticas e doutrinas religiosas. Para além disto, visto que as CT não possuem uma equipe multiprofissional especializada, é questionável a destinação de recursos públicos para estas unidades. Como afirma o Cfess,

Não é dever do poder público financiar estes serviços e sim reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pública, garantindo um atendimento digno à população. Portanto, na nossa concepção, regulamentar as comunidades terapêuticas, destinando-lhes financiamento público, consiste em um retrocesso no atendimento prestado às pessoas que consomem drogas abusivamente ou dela são dependentes e que demandam tratamento (Cfess, 2014, p.12).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso foi marcado por uma série de desafios que moldaram tanto o conteúdo quanto seu processo de produção. Com o fim da greve universitária, em julho/2024, e o retorno às atividades acadêmicas, o prazo de escrita e entrega deste TCC foi relativamente curto. Diante disto, foi necessário limitá-lo, mudar o tema proposto inicialmente e não aprofundar alguns tópicos como gostaríamos, a exemplo da noção de cidadania e como esta cria desafios e barreiras no que tange à “loucura”. Por outro lado, essas restrições temporais e temáticas abriram espaço para a adaptação e a descoberta de novas formas de abordar o tema principal.

Ao longo do processo de construção do TCC foi notável como essas descobertas contribuíram para nossa formação acadêmica e profissional. No aspecto acadêmico, essas contribuições se evidenciaram no aprimoramento das habilidades de realizar pesquisas, elaborar argumentos sólidos para sustentar as análises apresentadas e exercer uma crítica aprofundada sobre as questões

discutidas. No âmbito profissional, o aperfeiçoamento das práticas foi impulsionado pela análise de artigos, pesquisas, livros e outras fontes relevantes no campo do Serviço Social, que permitiram um aprofundamento na trajetória histórica da profissão na área da saúde mental, desde sua inserção no contexto específico dos anos 1930 até os desafios e avanços contemporâneos.

O TCC abordou o desenvolvimento das políticas nacionais de saúde mental, por meio do resgate histórico a partir da década de 1930 até os dias atuais, apreendendo as principais mudanças que implicaram nos seus avanços e retrocessos no século XXI, como respostas aos movimentos antimanicomiais, religiosos e conservadores.

De início, ressaltamos como os conceitos de cidadania influenciaram os primeiros ideais sobre o “louco” e a loucura, que ocasionaram rebatimentos na forma como eram tratadas estas pessoas na sociedade. Depois, diante das teorias higienistas e eugenistas, a cidadania, o campo da saúde e, sobretudo, da saúde mental, passaram a afastar pessoas com transtornos mentais do meio social, com o propósito de “limpar” a sociedade. No Brasil, estas teorias perduraram na década de 1930, demarcada pelo modelo manicomial, que só começou a ser questionado a partir da década de 1980.

Com a redemocratização brasileira e a efervescência dos movimentos sociais, adentrou-se os ideais da Reforma Psiquiátrica, que trouxe os primeiros questionamentos contrários ao modelo manicomial. Neste período, movimentos em torno da pauta sobre saúde mental nasceram e tiveram destaque, como o MTSM e o MNLA, que através de seus encontros, congressos e conferências, começaram desenvolver mudanças no modelo de tratamento, a exemplo da criação dos primeiros dispositivos (CAPS e NAPS) e da submissão do Projeto de Lei nº 3.657/89, como respostas às reivindicações desses movimentos.

Contudo, os recentes avanços foram interrompidos na década de 1990, entre os governos de Fernando Collor e FHC, que introduziram mudanças a partir de seus projetos neoliberais e conservadores nas políticas públicas sociais, pautadas na modernização e no crescimento econômico. Nesta lógica, os campos da saúde e da saúde mental foram influenciados por um conjunto de privatizações, desregulamentações e redução do papel do Estado. Não à toa, o processo da reforma psiquiátrica brasileira foi retardado e marcado por diferentes correntes ideológicas, para somente, em 2001, a Lei nº 10.216 ser aprovada.

No que se refere aos avanços impostos pela Lei, que instituiu o modelo de atenção psicossocial no Brasil e os direitos das pessoas com transtornos mentais, resgatamos e analisamos o arcabouço legal criado após sua aprovação, a exemplo das portarias nº 251/2002, nº 336/2002, nº 2.391/2002, nº 816/2002, nº 1.028/2005, nº 154/2008, nº 1.190/2009, nº 3.088/2011, nº 2.488/2011, nº 121/2012 e nº 122/2012; dos decretos nº 4.353/2002 e nº 7.179/2010; da Lei nº 11.343/2006; e dos programas “de Volta Para Casa” e “Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)”, que trouxeram melhorias no âmbito da saúde mental e das drogas, inclusive a ampliação do número de CAPS neste período.

Já na cidade do Recife, como rebatimento dos avanços a nível nacional, houve também o aumento do número de CAPS, residências terapêuticas, casas do meio do caminho e consultórios de/na rua, além do Projeto Reabilitar (2002), que colaborou para mitigar as internações psiquiátricas na cidade.

Com o golpe de Estado de 2016, os avanços até então conquistados começaram a retroceder durante o Governo de Temer e, ainda mais alarmante, dois anos depois, no Governo de Bolsonaro. Algumas medidas, como a Emenda Constitucional nº 95/ 2016 e a Nota Técnica nº 11/2019, demarcaram este período de retrocessos. As portarias nº 1.482/2016, nº 2.436/2017 e nº 340/2020; as resoluções nº 32/2017 e nº 01/2018; e o Decreto nº 9.761/2019, ampliaram e financiaram as CT no Brasil, incentivaram o modelo de internação psiquiátrica, reintroduziram os hospitais psiquiátricos, dentre outros retrocessos no âmbito da saúde mental e das drogas.

Na cidade do Recife, os retrocessos a nível nacional e estadual também influenciaram localmente a reforma psiquiátrica, sobretudo, no que se refere às CT. Neste sentido, a criação do Programa de Apoio às Comunidades Terapêuticas de Pernambuco facilitou que os parlamentares locais aumentassem o financiamento e o número de CT no município, em detrimento dos dispositivos abertos da Raps.

Por fim, no que tange ao Serviço Social e, em particular, ao campo da saúde mental, este TCC apresenta contribuições à profissão, uma vez que a pesquisa buscou enfatizar a importância da atuação dos assistentes sociais em diferentes dispositivos de saúde mental, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Acolhimento. As análises críticas aqui apresentadas, norteadas pela política de saúde mental no Brasil e pelas práticas dos assistentes

sociais em diferentes contextos, evidenciam diversas implicações e enriquecem a compreensão e a atuação da profissão.

Ainda no que se refere à profissão, a discussão acerca das Comunidades Terapêuticas enfatiza a necessidade de análise crítica atenta por parte dos assistentes sociais sobre esses espaços, que violam os direitos dos indivíduos e minimizam sua posição de cidadão, em decorrência de suas práticas baseadas na desumanização do ser.

Assim, é de suma importância a necessidade de formação profissional contínua tanto para quem atua no campo da saúde mental, quanto fora dele, haja vista que o tecido social está constantemente em transformação e, com isto, as políticas públicas são afetadas em decorrência de novas demandas sociais. Logo, é necessária uma formação que abarque a totalidade da vida dos usuários, baseada em questões sociais, culturais e psicológicas.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 127, p. 456-475. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/sdGtjJNHNJQrfKn5zZKf4Sd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

AFFORNALLI, Marcos Vinicius. NEOLIBERALISMO, TERCEIRO SETOR E DIREITOS SOCIAIS: PRECARIZAÇÃO E PERSPECTIVAS. **Revista Direito à Sustentabilidade**, Foz do Iguaçu, 2015. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/direitoasustentabilidade/article/view/13338/9221>. Acesso em: 7 out. 2024.

ALBUQUERQUE, Rossana Carla Rameh de. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Fundação Oswaldo Cruz**, 2008. Disponível em: [Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas](#). Acesso em: 19 set. 2024.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [“De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial](#). Acesso em: 6 ago 2024.

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. **Fiocruz**, 1998.

_____. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, 1995.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro: 50 Anos sem punição*. **Tribuna de Minas**, 2011. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/20-11-2011/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao.html>. Acesso em: 6 ago 2024.

ARISTÓTELES. *A Política*. 3.ed.Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: Editora **UnB**, 1985.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). *Lei de Diretrizes Curriculares. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996*. Rio de Janeiro, 1996.

BARBOSA, Guilherme Correa. *Et al. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios*. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/68650/41335/239770>. Acesso em: 6 ago. 2024.

BARBOSA, Thaís Karina. *Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Alagoas*, 2006. Disponível em: https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/789/1/Dissertacao_ThaisKarinaGuede_sBarbosa_Completa_2006.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

BARROS, Maria Lígia. *Recife destina R\$ 2,4 mi a comunidades terapêuticas; "preguiça e oportunismo"*. **Brasil de Fato**: Recife, 2022. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2022/03/31/recife-destina-r-2-4-mi-a-comunidades-terapeuticas-preguica-e-oportunismo-diz-especialista>. Acesso em: 24 set 2024.

BATISTA, Paulo Nogueira. *O CONSENSO DE WASHINGTON: A visão neoliberal dos problemas latino-americanos*. São Paulo, 1994. Disponível em: <https://professor.pucgoias.edu.br/sitedocente/admin/arquivosUpload/17973/material/Consenso%20de%20Washington.pdf>. Acesso em: 7 out. 2024.

BEMVENUTI, Cássio Schneider. *O Estado liberal clássico e o surgimento do ÉTAT legal na França: As garantias individuais e o papel do juiz no processo*. **Rev. Fac. Dir. Sul de Minas**, Pouso Alegre, v. 31, n. 2: 223-236 jul/dez 2015. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/rmdufal/article/view/1507/pdf_49. Acesso em: 7 out. 2024.

BISNETO, José Augusto. *Uma análise Institucional da prática*. 3ºed. São Paulo: **Cortez**, 2007.

_____. *Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental*. In: *Serviço Social e Sociedade*, n.82, São Paulo: **Cortez**, 2005, p. 110-131.

BORGES, Viviane. Memórias difíceis: Hospital Colônia de Barbacena, reforma psiquiátrica e os usos políticos de um passado doloroso. **Programa de Pós-graduação em Museologia e Patrimônio**. Vol. 10, n. 1, 2017. Disponível em: [Memórias difíceis: a reforma psiquiátrica brasileira e os usos políticos de um passado doloroso. Revista MUSEITEC - Museologia, Tecnologia e Patrimônio Cultural, v. 10, p. 105-127, 2017 | viviane borges - Academia.edu](#). Acesso em: 6 ago. 2024.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Ed. 4. São Paulo: **Cortez**, cap. 5, 2009.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeannine Bisso. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista PsicoFAE: Pluralidade em Saúde Mental**, v. 10, n. 1. Curitiba, 2021. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/download/343/211/1530>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria n° 340, de 30 de março de 2020. Estabelece medidas para o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-340-20-mcidadania.htm#:~:text=PORTARIA%20No%20340%20DE%2030,no%20âmbito%20das%20Comunidades%20Terapêuticas. Acesso em: 24 set. 2024

_____. Ministério da Saúde. Consultório na Rua. **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao>. Acesso em: 22 out. 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Unidades de Acolhimento. **Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento>. Acesso em: 2 out. 2024.

_____. Decreto n° 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. Acesso em: 24 set. 2024

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica CGMAD/DAPES/SAS/MS n° 11, de 2019. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019.

_____. Resolução CONAD n° 1, de 9 de março de 2018. Aprova diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD,

programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal (Obid). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 24 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 24 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 18 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, **Ministério da Saúde**, 2008.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 18 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art. Acesso em: 18 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IINCNSM.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legis.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002.

_____. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.391, de 6 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei no 10.216/01, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002.

_____. 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**, Brasília, 2001. Disponível em: [Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001](#). Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1994. Disponível em: [Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental](#). Acesso em: 23 jul. 2024.

_____. Código de Ética profissional do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissional. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESSSITE.pdf. Acesso em: 22 out. 2024.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jul. 2024.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.

_____. Carta de Bauru. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, 1987. Disponível em: [Manifesto de Bauru](#). Acesso em: 23 jul. 2024.

_____. Decreto nº 8.550, de 3 de Janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: [Decreto nº 8.550, de 3 de Janeiro de 1946](#). Acesso em: 22 out. 2024.

_____. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: [Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934](#). Acesso em: 22 out. 2024.

_____. Decreto nº 3.725, de 15 de janeiro de 1919. Faz diversas correções no Código Civil. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, 1919. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl3725-1919.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

_____. Lei nº 3.071, de 01 de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, 01 jan. 1916. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm. Acesso em: 20 fev. 2024.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, **Vozes**, 2008.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: **Livraria Atheneu**, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Dia Mundial da Saúde Mental: no Serviço Social, a Luta é Antimanicomial. Brasília: **CFESS**, 2023. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2050>. Acesso em: 2 out. 2024.

_____. Relatório de Fiscalização: SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL. Brasília: **CFESS**, 2018. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

_____. Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Brasília: **CFESS**, 2014. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. *Et al.* Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2024.

DAL RI JÚNIOR, Arno. Evolução histórica e fundamentos político-jurídicos da cidadania. In: DAL RI JÚNIOR, Arno; OLIVEIRA, Odete Maria de. (Org). Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. **Ijuí: Ed. Unijuí**, 2002. p. 25-84.

DELGADO, Paulo. Projeto de Lei nº 3.657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória psiquiátrica.

EBRAHIM, Raíssa. O jogo político-partidário por trás das comunidades terapêuticas em Pernambuco. **Marco Zero**, 2019. Disponível em: <https://marcozero.org/o-jogo-politico-partidario-por-tras-das-comunidades-terapeuticas-em-pernambuco/>. Acesso em: 24 set. 2024

FARIAS, Lara Lisboa. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 47-66, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>. Acesso em: 25 jul. 2024.

FERNANDES, Cristofthe. Reforma psiquiátrica (im)possível? Estudo documental e analítico (2008 a 2017). 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós Graduação em Psicologia - **Universidade Federal do Ceará**, Ceará, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39323/1/2018_dis_cjfernandes.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

FERREIRA, Gabriela Nunes; FERNANDES, Maria Fernanda Lombardi. Cidadão e Cidadania. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (Org.). Dicionário de Políticas Públicas. Volume 2. São Paulo: **Fundap** – Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2013.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida. Método e metodologia na pesquisa científica. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, **Yendis Editora**, 2007.

FOUCAULT, Michael. História da Loucura. 11ª edição. São Paulo: Ed. **Perspectiva**, 2019.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2007.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. Saúde pública no governo Vargas. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.) Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, **EPSJV/ Fiocruz**, 2010.

GENNARI, Adilson Marques. Globalização, neoliberalismo e abertura econômica no Brasil nos anos 90. **PESQUISA & DEBATE**, SP, volume 13, n. 1(21), p. 30-45, 2001. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/12029/8709>. Acesso em: 7 out. 2024.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no Município de Campos dos Goytacazes-RJ. Inovação ou reprodução do modelo assistencial?. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5150/denise_gondim_ensp_mest_2001.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 6 ago. 2024.

GORCZEVSKI, Clovis; MARTIN, Nuria Belloso. A necessária revisão do conceito de cidadania: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática. Santa Cruz do Sul: **EDUNISC**, 2011. Disponível em: [A necessária revisão do conceito de cidadania: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática](#). Acesso em: 7 out. 2024.

GRUPPI, Luciano. Tudo Começou com Maquiavel. 16.ed. Porto Alegre: **L&PM**, 2001.

Guljor, Ana Paula. *Et al.* Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.cprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

HARVEY, David. O NEOLIBERALISMO: história e implicações. Tradução: Adail Sobral. Maria Stela Gonçalves. **Edições Loyola**, 2008.

HERNANDES, Elizabeth Sousa; FERNANDES, Waleska Batista. Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. **Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, 2020. Disponível em <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>. Acesso em: 23 jul. 2024.

HILTON, Stanley Eon. O Brasil e a crise internacional (1930-1945). Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 1977.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo/Lima: **Cortez/Celats**, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: **Cortez**, 2015.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social IN: CFESS/ ABEPSS. Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, 2009.

IANNI, Octavio. Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970). Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 1977.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados: Recife. **IBGE**, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>. Acesso em: 18 set. 2024.

JOSÉ FILHO, Mário. Pesquisas: contornos no processo educativo. In: JOSÉ FILHO, Mário; DALBÉRIO, Osvaldo (org). Desafios da pesquisa. 1. Ed. França: **UNESP**, 2006.

LEITE, Helena; BORBA, Pâmela. Debate sobre drogas no Brasil: a internação compulsória como mecanismo de exclusão. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - **UFPE**: 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/51435/1/TCC-%20Pâmela%20Borba%2c%20Helena%20Leite.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2024.

LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: **Garamond**; 2001.

LOCKE, John. Segundo Tratado do Governo. Trad. E. Jacy Monteiro. São Paulo: **Nova Cultural (Os Pensadores)**, 1991.

LOPES, Ernani. (1925). **Trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental**. ABHM, Rio de Janeiro, 1(2) p. 155-156.

MACHADO, Ednéia Maria. Política Social: direito de cidadania?. In: Serviço Social em Revista. Departamento de Serviço Social - **Universidade Estadual de Londrina**. Vol. 1, n. 1, 1998. Disponível em: [n1v1 \(uel.br\)](http://n1v1.uel.br). Acesso em: 27 fev. 2024. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v1n1_politica.htm. Acesso em: 7 out. 2024.

MACHADO, Graziela Scheffer. A singularidade e a pluralidade do Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental. Dissertação (Mestrado) - **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2007. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-4939/a-singularidade-e-a-pluralidade-do-servico-social-no-processo-de-trabalho-em-saude-mental>. Acesso em: 7 out. 2024.

_____. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: **Editora HCITEC**, Volume III, 2009, p. 32-120.

MAIA, Ana Isi da Silva. A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - **UFPE**, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9357/1/arquivo287_1.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

MANSARENA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A INFLUÊNCIA DAS IDEIAS HIGIENISTAS NO DESENVOLVIMENTO DA PSICOLOGIA NO BRASIL. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

MARSHALL, Thomas Humphrey. Cidadania e Classe Social. [Ed. atual trad. e rev. Por EaD/CEE/MCT], 2. ed. Brasília: Senado Federal, Centro de Estudos Estratégicos, **Ministério da Ciência e Tecnologia**, 2002.

MARIUTTI, Eduardo Barros. O Colóquio Walter Lippmann e a gênese do neoliberalismo: apontamentos. **Unicamp. IE**, Campinas. 2021. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/TD/TD415.pdf>. Acesso em: 7 out. 2024.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1.273-1.284, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WzsLrdnqbxJtgnPwQfw465M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

MATEUS, Luis. Laicismo e Laicidade. **República e Laicidade: associação cívica**, 2016. Portugal. Disponível em: <https://www.laicidade.org/wp-content/uploads/2006/12/lmm-2006-10.pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.

MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel de. *Et al.* Consultório de Rua: Cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos. **Saúde Debate**, v. 47, n. 136, p. 308-317. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HrP7mwxYp5mXRKy5chmN5zG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2024.

MELO, Eduardo Alves. *Et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.20, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

MOSCON, Eloísa Martinelli; NISIIDE, Ana Carolina Becker. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO. In: **XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000665.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

MONTEIRO, Elizane Maria da Fonte. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **UFPE**, 2011.

NETTO, Leila Escorsim. O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica. São Paulo: **Cortez**, 2011.

NETTO, José Paulo. Democracia e transição socialista: escritos de teoria política. Belo Horizonte: **Oficina de Livros**, 1990.

OASKESHOTT, Michael. Ser Conservador. Tradução Rafael Borges. **Gabinete de Estudos Gonçalo Begonha**, 2014. Disponível em: [Wordpress.com](http://www.wordpress.com). Acesso em: 10 out. 2024.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. Saúde mental no Brasil em tempos de pandemia e neoliberalismo: retrocessos e resistências. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 31, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bJFprXnyJ9shfmWbNwqK8Kh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2024

OLIVEIRA, Jaime de; TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social. Petrópolis: **Vozes**. 1985.

PAES, Juliana Santos. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz/Maranhão: UFMA, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudement>

aldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

PAULIN, Luiz; TURATO, Egiberto. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGyCrYXDJ7ySYkLyRkpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

PERNAMBUCO. Decreto nº 46.404, de 16 de agosto de 2018. Dispõe sobre a criação do Programa de Apoio às Comunidades Terapêuticas do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado**: Pernambuco, 2018. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=38865#:~:text=Texto%20Original&text=DECRETO%20No%2046.404%20DE%2016,Terapêuticas%20do%20Estado%20de%20Pernambuco>. Acesso em: 24 set. 2024

_____. Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: Pernambuco, 1994. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3997&tipo=#:~:text=LEI%20No%2011.064%2C%20DE%2016,involuntária%20e%20dá%20outras%20providências>. Acesso em: 19 set. 2024.

PEREIRA, Sofia; GUIMARÃES, Simone. Repensando a cidadania e a justiça para a pessoa com transtorno mental: olhares a partir da teoria de Marshall e Frases. **Textos&Contextos**, Porto Alegre: vol. 17, núm. 2, pp. 393-405, 2018.

PÉREZ; Lucia Belén. *Et al.* Trajetória das políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil: por que diferentes padrões de reforma?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-19. Disponível em: [SciELO.br](https://www.scielo.br). Acesso em: 10 out. 2024.

PINHEIRO, Chloé. Frente a retrocessos, luta antimanicomial ainda é necessária no país. **Veja saúde**, 2022. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/frente-a-retrocessos-luta-antimanicomial-ainda-e-necessaria-no-pais/mobile#:~:text=Por%20Chloé%20Pinheiro&text=Nesses%20lugares%2C%20onde%20viviam%20indefinidamente,seus%20vínculos%20familiares%20e%20sociais>. Acesso em: 25 jul. 2024.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

POLAKIEWICZ, Rafael. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. **Portal Pumbed**, 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/a-luta-antimanicomial-e-a-reforma-psiquiatrica/>. Acesso em: 6 ago. 2024.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. Entre o passado e o presente: a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental. Dissertação (Mestrado) – **Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**, Departamento de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2009.

RECIFE. Lei 16.687/2001. Plano Plurianual 2002-2005. **Prefeitura do Recife**: Recife, 2001. Disponível em: http://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/ppa_2002-2005.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

Revolução de 1930. **Só História**: 2019. Disponível em: <https://www.sohistoria.com.br/ef2/eravargas/p3.php>. Acesso em: 18 de ago. de 2024.

ROCHA, Tatiana Schlobach. Saúde Mental como campo de intervenção dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - **Universidade Federal Fluminense**, 2012. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/5245/TCC%20TATIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 7 out. 2024.

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: scielo.br. Acesso em: 10 out 2024.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do Cebes. **São Paulo**: Lemos, p. 63-91, 1997.

SANTOS, Aldilete de Freitas; MARQUES, Heloisa. O ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL INFANTO-JUVENIL: Desafios e Possibilidades. **Revista MIMESIS**, Bauru, v. 42, n. 2, p. 135-152, 2020. Disponível em: <https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/mimesis/article/view/42/32>. Acesso em: 2 out. 2024.

SANTOS, Gabrielle Pereira dos. *Et al.* POLÍTICA SOCIAL NA ERA DOS DESMONTES: uma análise dos retrocessos na saúde mental. In: **X Jornada Internacional Políticas Públicas**, 2021. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissa_old_853_853612e6e7d77e84.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

SANTOS, Tatiane Nascimento. A COMPLEXIDADE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde. São Francisco do Conde: **UNILAB**, 2018. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/673/3/2018_arti_tsantos.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

SILVA, Elisângela. *Et al.* Comunidades Terapêuticas: retrocesso na política de saúde mental. **Direitos, trabalho e política social**, v. 6, n. 11, p. 136-157. Cuiabá, 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/10662/7610>. Acesso em: 6 ago. 2024.

SILVA, Jéfitha Kaliny dos Santos; NÓBREGA, Mônica Barros da. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA PROFISSÃO NO SETOR PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2017. Disponível em:

https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA5_ID1158_13052017145705.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

SILVA, Juliana Kelly Dantas da. O trabalho do assistente social na saúde: a particularidade das atribuições e competências profissionais frente ao processo de precarização do trabalho. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - UEPB, 2015. Disponível em:

<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2887/2/DISS%20-%20Juliana%20Kelly%20Dantas%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

SILVA, M. V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SIQUEIRA, Maria Zenaide. A prática profissional do Serviço Social e a integralidade na assistência em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - UFPE, 2007. Disponível em:

https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/9867/1/arquivo8256_1.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Rio de Janeiro, V. 40, N. 108, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

SOUZA, Jamerson Murilo Anunciação de. O CONSERVADORISMO MODERNO: esboço para uma aproximação. UFPB, Paraíba, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/c78TRGFhqrpDTjGHhYX3pzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2024.

SOUZA, José Carlos de; PAULA, Sérgio Góes de Braga. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

SOUZA, Luciana Cristina de. A aplicação do princípio da resiliência às relações entre Estado, direito e sociedade no Brasil. Belo Horizonte, 2012. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_SouzaLC_1.pdf.pdf. Acesso em: 18 ago. 2024.

SOUZA, Monallys Karolaine dos Santos. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O PROCESSO DE MERCANTILIZAÇÃO DO SUS. UFAL, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/jspui/bitstream/123456789/8791/1/TCC%20VERSÃO%20FINAL.pdf>. Acesso em: 7 out. 2024.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. *Et al.* O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NA ATUALIDADE. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória/Espírito Santo: **UFES**, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22967/15504>. Acesso em: 2 out. 2024.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade. 2 ed. São Paulo: **Cortez**; 2002.

VASCONCELOS, Thaís Souza Miranda; LOPES, Viviane Aparecida Siqueira. O serviço social no CAPS-AD: Fatores associados à interação entre dependência química e o estar em situação de rua. **Mundo Livre: Revista Multidisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 349-363, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/mundolivres/article/view/47681>. Acesso em: 2 out. 2024.

VAZ, Bárbara Coelho. O Brasil sob a lente dos Direitos Humanos: análise do conteúdo da lei 10.216/2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental Internacional) - Faculdade de Ciências Médicas. **Universidade Nova de Lisboa**: Lisboa, 2015. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15213/1/Vaz%20BarbaraTM%202015%20.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

VIEIRA, Evaldo Amaro. As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: Rev. Serviço Social & Sociedade, n. 53, ano XVIII. São Paulo: **Cortez**, 1997.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2010. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 7 out. 2024.

Zeferino, Maria Terezinha. *Et al.* Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Estruturação do campo da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11967/mod_resource/content/2/Modulo_6_Psicossocial.pdf. Acesso em: 6 ago. 2024.