



Universidade de Brasília

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RAYANE PACHECO SIQUEIRA MENDES

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ÁREA DE INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

Brasília

2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RAYANE PACHECO SIQUEIRA MENDES

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ÁREA DE INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de
Brasília – Departamento de Serviço
Social como requisito parcial para
obtenção de grau de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís
Kristosch Imperatori

Brasília

2024

RAYANE PACHECO SIQUEIRA MENDES

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ÁREA DE INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

Brasília, 03/09/2024

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Thaís Kristosch Imperatori
Departamento de Serviço Social – UnB
Orientadora

Me. João Pedro Pereira de Queiroz
Mestre em Política Social – PPGPS/UnB
Membro externo

Rodrigo da Fonseca dos Santos
Assistente social - SEDES - GDF
Membro externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo seu profundo, alto e largo amor, que sempre me encontra, e mostra, que sou aceita, exatamente como eu sou.

À minha família por todo incentivo, presença e proteção em todas as ocasiões. A minha mãe, Eleuza, que nunca soltou a minha mão. Ao meu pai, Edson, que se esforçou para que eu pudesse ter mais oportunidades. À minha irmã, Raissa, com sua força e autenticidade, me ajuda a ver o mundo por outro prisma. Ao meu primo/irmão Fernando, pela presença e cuidado comigo. Aos meus gatos: Farofa, Petisco, Paçoca, Gordinha, Mel, Tapioca, Bruce, Blue, Cinzinha, Psquitil I e II, por me tornarem mãe de pet e serem suporte emocional. Amo vocês!

Aos amigos: Adriana, Scarleth, Pedro, Thailen e Cristiano, por serem um porto seguro, me sinto grata em saber que o tempo e a distância não mudam o que construímos. Obrigada pela paciência e insistência. Amo vocês!

Ao querido Me. Joao Pedro, por sua disposição em sempre compartilhar sua experiência e conhecimento durante as minhas inúmeras dúvidas e aflições com os projetos de pesquisa. Agradeço, também, por aceitar participar da minha banca examinadora.

Ao meu supervisor de campo de estágio Rodrigo Fonseca, seu compromisso com a profissão e com o processo de estágio me permitiu uma experiência enriquecedora. Sua dedicação ao transmitir seus conhecimentos foi o que me permitiu conhecer a Luta Antimanicomial. Agradeço, também, por compor a banca deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Thais Imperatori, por me acompanhar ao longo desses 11 anos. Primeiro me acompanhando no PPNE; posteriormente no Serviço Social, em sala de aula como minha professora, depois me permitindo ser sua monitora em Previdência e agora como sua orientanda. Obrigada pela paciência, acolhimento e contribuição em cada um desses momentos. Foi um prazer enorme ser orientada por você.

A todos/as que, mesmo sem o nome citado, fazem parte desses 11 anos e contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui. Meu muito obrigada!

“Não é um sinal de saúde estar bem
adaptado a uma sociedade doente.”

(Jiddu Krishnamurti)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica, ocorrida no Brasil entre 2016 e 2022, na atuação do/a assistente social na política pública de saúde mental. Partindo de uma pesquisa qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental, o estudo se aprofunda nas mudanças normativas e operacionais que marcaram esse período e suas implicações para os profissionais do Serviço Social. Identificaram-se três principais objetivos específicos: (1) analisar o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira e os retrocessos associados à contrarreforma; (2) contextualizar as alterações no campo normativo-operacional da Política Nacional de Saúde Mental; e (3) identificar as inflexões da contrarreforma psiquiátrica na prática profissional do/a assistente social. Os resultados indicam que a contrarreforma psiquiátrica impôs sérios desafios ao trabalho dos/as assistentes sociais, comprometendo a continuidade dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica, reforçando práticas manicomialis e dificultando a garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Apesar desses desafios, emergem também potencialidades, especialmente na luta antimanicomial e no fortalecimento do compromisso ético-político da profissão. Conclui-se que as mudanças observadas impactaram negativamente a política de saúde mental, exigindo dos/as assistentes sociais novas estratégias de atuação para resistir às reorientações que favorecem a privatização do cuidado. O estudo contribui para o debate sobre a defesa de uma política de saúde mental pública e antimanicomial, propondo a continuidade de pesquisas que explorem o impacto dessas transformações no cotidiano dos/as profissionais de Serviço Social.

Palavras-chave: Contrarreforma; Política Nacional de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Serviço Social; Intervenção Profissional.

ABSTRACT

This study aims to analyze the repercussions of the psychiatric counter-reform that took place in Brazil between 2016 and 2022 on the role of social workers within the public mental health policy framework. Utilizing a qualitative approach based on bibliographic review and document analysis, the research delves into the normative and operational changes during this period and their implications for Social Work professionals. Three main specific objectives were identified: (1) to analyze the historical context of the Psychiatric Reform and the setbacks associated with the counter-reform; (2) to contextualize the changes in the normative-operational field of the National Mental Health Policy; and (3) to identify the impacts of the psychiatric counter-reform on the professional practice of social workers. The results indicate that the psychiatric counter-reform has posed significant challenges to social workers, compromising the continuity of the advances promoted by the Psychiatric Reform, reinforcing asylum-based practices, and hindering the guarantee of the rights of mental health service users. Despite these challenges, there are also emerging opportunities, particularly in the anti-asylum movement and the strengthening of the profession's ethical-political commitment. The study concludes that the observed changes have negatively impacted mental health policy, requiring social workers to develop new strategies to resist the reorientations that favor the privatization of care. This research contributes to the ongoing discussion on the defense of a public and anti-asylum mental health policy, proposing continued studies to explore the impact of these transformations on the daily lives of Social Work professionals.

Keywords: Counter-reform; National Mental Health Policy; Psychiatric Reform; Social Work; Professional Intervention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistematização de competências profissionais e atribuições privativas.....	40
Quadro 2 – Principais mudanças e diretrizes verificadas na PNSM no período de 2016 - 2022.....	48
Quadro 3 – Principais eixos das alterações da PNSM.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CEREDEQ – Centro de Referência em Dependência Química

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos

CNR – Consultório na Rua

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD – Conselho Nacional de Política sobre Drogas

COVID-19 – Corona Vírus 19

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CT- Comunidades Terapêuticas

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

EC – Emenda Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especial em Saúde Mental

ESF – Estratégia da Saúde da Família

ILPT – Instituição de Longa Permanência Terapêutica

INPS – Instituto de Previdência Social

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e outras

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome

MJ – Ministério da Justiça

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MT – Ministério do Trabalho

MTSM – Movimento dos Trabalhos em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PIA – Plano Individual de Atendimento de Adolescente

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD -Política Nacional sobre Drogas

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

PVC – Programa de Volta para Casa

SEDES/GDF - Secretaria de Desenvolvimento do Governo do Distrito Federal

SENAPRED- Secretária Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SRT -Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UA- Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIO NO CONTEXTO DO SUS	20
1.1 Trajetória das ações em saúde mental no Brasil.....	21
1.2 A política de saúde mental pós-Constituição Federal de 1988.....	26
CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E A ATUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.....	31
2.1 Serviço Social no Brasil – considerações importantes na construção da profissão.....	31
2.2 O Projeto Ético-Político do Serviço Social.....	35
2.3. Parâmetros para a atuação do/a Assistente Social na saúde.....	37
2.4. Serviço Social e saúde mental.....	42
CAPÍTULO 3 – INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	47
3.1 O cenário da saúde mental no período 2016-2022.....	47
3.2 Reflexos para a prática profissional: desafios e possibilidades.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70

INTRODUÇÃO

Este trabalho representa o final de um ciclo na minha vida pessoal, profissional e acadêmica, que durou 11 anos. Quando decidi fazer Serviço Social, optei por um trabalho que me permitisse ter tempo e condições financeiras para me manter e estudar. Em 2012 tomei posse em um concurso público de um banco e depois fiz o vestibular. Entretanto o que acreditei que iria me dar condições de estudar, foi o quase me fez desistir de mim mesma. As sobrecargas de trabalho, as metas abusivas, o assédio moral, o assédio sexual, a violência física, a violência de gênero, um sistema cruel e uma lógica que protege os abusadores e naturaliza o sofrimento no ambiente de trabalho, culpabilizando e estigmatizando aqueles que adoecem – eu adoeci – e procurei na psiquiatria (medicação) e psicologia (terapia) cura, força, respostas e solução. Embora em alguns momentos tenha ajudado estar e permanecer no mesmo ambiente por anos e nas mesmas condições, só me fizeram piorar até o dia em que coloquei um ponto final, mas felizmente me tornei um ponto e vírgula.

Além disso sou uma pessoa neurodivergente, embora existam políticas de acessibilidade na Universidade de Brasília (que fizeram diferença durante esses anos), o ambiente acadêmico adota uma abordagem “padrão” de ensino e avaliação que acrescentaram desafios e desgastes que se somaram ao meu adoecimento mental devido a todo contexto no ambiente de trabalho.

Durante esse processo, realizei alguns trancamentos por justificativa médica, e mesmo com a frustração por estar levando mais tempo que o “normal”, cada retorno ao ambiente acadêmico me aproximava de algo que de fato fazia diferença: o conhecimento crítico a respeito de um modo de produção e reprodução dos meios de vida e trabalho que promove desigualdade e a exploração de muitos em detrimento dos interesses de alguns, e que se beneficia da alienação. O que me fez pensar e repensar o meu ambiente de trabalho e questionar onde procurava algumas respostas importantes sobre o meu sofrimento mental.

No ano de 2022, realizei as disciplinas de Estágio em Serviço Social I e II, as quais me permitiram a vivência do exercício teórico-prático da profissão. O estágio foi realizado na Secretaria de Desenvolvimento do Governo do Distrito Federal (SEDES/GDF), na unidade do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) - Taguatinga Norte. Durante os atendimentos, os usuários do CRAS descreviam as vulnerabilidades sociais que os conduziu a procurar o serviço, porém chamava a atenção a expressiva quantidade de relatos referentes ao

sofrimento psicossocial (depressão, ansiedade, crises de pânico, tentativas de suicídio, dentre outros). Tal situação foi motivo de reflexões e inquietações que compartilhei com meu supervisor de campo o qual me apresentou o entendimento do sofrimento psíquico como um “fenômeno social, político, histórico e institucional”, conforme trata Bisneto (2019, p.5).

Verifiquei que os usuários e alguns profissionais que trabalhavam no CRAS, desconheciam a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e os serviços de atenção em saúde mental no território. Nas reuniões com a equipe do próprio CRAS de Taguatinga Norte, em debates e seminários sobre as políticas públicas do Distrito Federal, também foi possível perceber que era recorrente a discussão sobre a atenção em saúde mental. Contudo, verificou-se uma certa dualidade entre uma compreensão referenciada pelos princípios da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, por um lado; e, por outro, a continuidade da lógica manicomial, medicamentosa e biologicista por parte de alguns profissionais.

Esses momentos possibilitaram oportunidades de aprofundar reflexões, expandir conhecimentos e, através do meu projeto de intervenção de estágio, identificar possibilidades e limitações na articulação entre as políticas de assistência social e de saúde no território. Esse processo se deu especialmente no que se refere às demandas no tocante à saúde mental, o que despertou meu interesse em aprofundar conhecimentos sobre a temática.

No primeiro semestre do ano de 2022, o Departamento de Serviço Social ofertou a disciplina: Tópicos Especiais em Serviço Social, que tinha como objetivo geral “analisar a política pública de saúde mental e o ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira, considerando as particularidades histórico e sócio-culturais da formação social brasileira e as atuais inflexões do SUS frente ao aprofundamento da contrarreforma do Estado.” Como trabalho final da disciplina foi proposto a realização de um comentário crítico com o seguinte tema “O trabalho dos/das assistentes sociais na saúde mental: potencialidades, desafios e limites”. A elaboração deste trabalho, juntamente com a experiência de estágio, instigou-me a dar continuidade no estudo da temática na construção do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social e assim dar sentido e propósito a esse ciclo da minha trajetória pessoal e profissional de forma a contribuir com o debate.

Nesse sentido, o presente estudo apresenta como objetivo geral identificar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica no período de 2016 a 2022 na atuação do/a assistente social na política pública de saúde mental. Para tanto, o estudo buscou abranger a perspectiva

histórica da Política de Saúde Mental no Brasil, com foco nas alterações no período compreendido entre 2016 – 2022, em que se evidenciou forte ascensão da extrema-direita e suas pautas conservadoras e o aprofundamento das medidas neoliberais.

Os objetivos específicos deste trabalho são: 1. analisar o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica e retrocessos que caracterizam a Contrarreforma Psiquiátrica; 2. contextualizar a Política Nacional de Saúde Mental e as alterações no campo normativo – operacional que ocorreram no período de 2016 a 2022; 3. identificar as competências e atribuições profissionais do/a assistente social no campo da saúde mental; 4. identificar as inflexões da contrarreforma psiquiátrica no exercício profissional do Assistente Social no campo da saúde mental, apresentando desafios e potencialidades.

As lutas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil se tornaram expressivas a partir dos fins dos anos de 1970, concomitante as lutas pela redemocratização do país e, no campo da saúde, com as mobilizações em torno do processo da reforma sanitária brasileira e da construção de uma política de saúde mental anti manicomial. O modelo predominante de cuidado em saúde mental era centrado em hospitais psiquiátricos, marcado por internações prolongadas e violações de direitos humanos.

Na década de 1980, o Brasil passa pelo processo de redemocratização, com importantes transformações nas políticas sociais, em especial na área da saúde, incluso a Saúde Mental. A proposta da Reforma Sanitária buscou superar o modelo de saúde centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica, através uma abordagem integral da saúde, com ênfase na prevenção, promoção e proteção à saúde. Também, valorizou a participação social, a descentralização e a integralidade da assistência, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esses princípios foram fundamentais para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica também teve um papel significativo nesse processo de redemocratização, através da organização dos movimentos sociais que denunciaram as situações de violência e ataques aos direitos humanos e apontando para necessidade de romper com o modelo asilar e hospitalocêntrico na atenção em saúde mental. Segundo Bisneto (2007), a reforma psiquiátrica e a luta por uma sociedade sem manicômio, tem como um dos marcos centrais o Projeto de Lei nº 3657/1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propôs a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. O projeto

tramitou por longos anos, sendo aprovada somente após várias alterações em 2001, por meio da Lei nº 10.216/2001, que estabeleceu novas diretrizes da Política de Saúde Mental no Brasil.

Esse processo de luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira introduziu um novo marco normativo legal e operacional na política de saúde mental, impulsionando um novo modelo interventivo que exigiu implementar ações por meio de equipe multi-interprofissional. Novos saberes e novas práticas foram sendo incorporadas, ao mesmo tempo em que o trabalho em equipe foi sendo constituído, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e novas dimensões do cuidado em Saúde mental.

O Serviço Social, profissão que já desempenhava ações nos hospitais psiquiátricos, passa também a incorporar a equipe multiprofissional nos serviços substitutivos de saúde mental. O Serviço Social brasileiro em meio ao processo de redemocratização e criação da nova Constituição Federal de 1988, inova ao incorporar um projeto ético – político profissional sustentado por uma perspectiva crítica – marxista, com princípios fundantes que expressam o compromisso com a classe trabalhadora, além de dialogar e apresentar uma interface com as propostas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Para o Serviço Social há uma oportunidade de discutir, analisar e intervir nesse espaço com seu aporte teórico-metodológico, perspectiva crítica e compromisso com um projeto de sociedade que caminhe em uma direção emancipadora e garantidora dos direitos humanos.

A compreensão das determinações sociais no processo saúde e sofrimento psíquico evidencia a necessidade de diferentes saberes no cuidado em saúde mental de forma protagonizadora e não subalternizada ao saber médico psiquiátrico, exclusivamente biologicista. Nessa direção, a atuação do Serviço Social nas equipes multiprofissionais dos serviços substitutivos de saúde mental, passam a compor um importante campo de trabalho, reafirmando seu compromisso ético e político com uma sociedade emancipadora, conforme os princípios fundamentais estabelecidos em seu Código de Ética (1993).

Entretanto, a implantação de uma política de saúde mental antimanicomial e de um agir profissional pautado nos princípios da reforma psiquiátrica e, no caso do Serviço Social, no projeto ético – político profissional, irá se constituir ao longo dos anos em um campo de contradições, disputas e tensões permanentes.

Passados mais de 30 anos da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e 23 anos da Lei nº 10.216/ 2001, muitos desafios se colocam na implantação de uma política de saúde

mental de base territorial e no cuidado em liberdade. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS por meio do Decreto nº 3088/2011, se constituiu também um marco importante nesse processo. Contudo, perpetuam-se as disputas e tensões entre projetos antagônicos. De um lado há a defesa da política de saúde mental, pública, antimanicomial e estatal, conforme princípios da proposta das reformas sanitária e psiquiátrica e, de outro, do projeto privatista da saúde mental, na lógica hospitalar, asilar e biologicista, sobretudo, no período entre 2016 – 2022, período de ascensão da extrema-direita em espaços estratégicos governamentais.

Tais projetos em disputa, influem diretamente no exercício profissional do assistente social na política de saúde mental, objeto central do presente estudo. Como pergunta central de pesquisa, destacamos: quais as repercussões da contrarreforma psiquiátrica no período de 2016 a 2022 na atuação do/a assistente social na política pública de saúde mental?

A partir da pergunta central, alinhamo-nos ao entendimento de que reforma psiquiátrica brasileira permitiu progressos para o cuidado em saúde mental, porém, segundo Mexko e Benelli (2022, p. 38), foi uma revolução passiva, a qual “diz respeito a uma reforma que acolhe uma determinada parte das exigências que vieram de baixo, realizada de cima para baixo, construída sem a participação da população”. No processo de elaboração e constituição da política pública de saúde mental as pressões políticas de setores privados, os quais se beneficiam com o modelo asilar e manicomial, atuaram como obstáculo (Mexko e Benelli, 2022, p. 37). Essa pressão política continua a abrir espaços para retrocessos que foram amplificados no período entre 2016 e 2022, no qual se evidenciou forte ascensão da extrema-direita e suas pautas neoconservadoras e aprofundamento das medidas neoliberais.

Levanta-se a hipótese de que há, para os assistentes sociais, limites e desafios impostos pela intensificação dos ataques e retrocessos no cuidado em saúde mental. Essa contrarreforma expressa os desmontes da Política Nacional de Saúde Mental, materializados através de normativos emitidos pelo governo federal de forma expressiva no período de 2016 a 2022, os quais instituem reorientações que incentivam a internação psiquiátrica, a mercantilização e a privatização do cuidado, o financiamento das comunidades terapêuticas, o enxugamento orçamentário e a estagnação do ritmo de implantação dos serviços de base comunitária, assim como ações de base proibicionista. Há, portanto, um projeto de descontinuidade da Reforma Psiquiátrica.

Esse cenário social, personificado pela crise brasileira, tem impacto direto na política social e nos serviços de saúde mental e apresenta para os profissionais a necessidade de ações de enfrentamento dessa realidade com esforços contínuos na luta antimanicomial. É necessário compreender os processos históricos, políticos, econômicos, as relações de poder e os interesses que perpassam esses espaços com foco em ações que repercutam na conjuntura em saúde mental, indo de encontro a contrarreforma e ao modelo de psiquiatria tradicional, com a participação na formulação de políticas sociais, do planejamento, execução e avaliação dos serviços tanto dentro da rede de atenção psicossocial, quanto na socioassistenciais.

O cenário atual também é uma oportunidade para os profissionais discutirem, analisarem e intervirem nos espaços sócio-ocupacionais relacionados a área de saúde mental, com seu aporte teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, a perspectiva crítica e o compromisso com um projeto de sociedade que caminhe em uma direção emancipadora e como força de resistência às pautas neoconservadoras e ao aprofundamento das medidas neoliberais.

A pesquisa foi realizada com abordagem qualitativa. Segundo Godoy (1995), a utilização da metodologia qualitativa possibilita estudar os fenômenos que envolvem as relações sociais, que podem ser determinadas por inúmeros espaços, com o intuito de compreender o sentido e os efeitos das interações sociais no cotidiano humano. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e complementada por análise documental.

A revisão bibliográfica foi realizada em periódicos científicos, livros e capítulos de coletâneas, trabalhos de conclusão de cursos, dissertações de mestrado e teses de doutorado sob a ênfase da temática do exercício profissional do assistente social na política de saúde mental, a partir eixos: Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social, competências e atribuições profissionais do assistente social no campo da saúde mental; inflexões da Contrarreforma psiquiátrica no exercício profissional do Assistente Social no campo da saúde mental; e limites e possibilidades do exercício profissional do assistente social na política de saúde mental.

A pesquisa documental foi realizada por meio do levantamento e análise legislações, normativas legais e operacionais basilares das políticas de saúde mental, com destaque para aquelas que subsidiassem a contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica, o período de implementação do SUS e as disputas e retrocessos caracterizados como processos de contrarreformas. Especificamente, sobre o período de 2016 a 2022, o levantamento privilegiou as principais legislações e documentos operacionais da Política de Saúde Mental, de modo a

identificar e compreender as principais alterações implementadas e as bases que as fundamentaram.

O presente TCC está estruturado em três capítulos: 1) Reforma Psiquiátrica e a luta por uma sociedade sem manicômio no contexto do SUS; 2) Serviço Social no Brasil e a atuação na área da Saúde mental; e 3) Inflexões da Contrarreforma Psiquiátrica no exercício profissional do assistente social no campo da saúde mental.

No capítulo 1, aborda-se o desenvolvimento da política de saúde mental no país a partir dos processos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e posteriormente os desdobramentos e construção da política após a Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo 2 tencionou debater alguns aspectos históricos da profissão; fundamentos e princípios éticos e políticos; e competências e atribuições na Saúde, destacando elementos relevantes para a análise do exercício profissional do (a) assistente social na área da saúde mental

Já no capítulo 3 examinou e relatou as alterações na política de saúde mental no período de 2016 a 2022, através das publicações do governo em seus sites oficiais; as transformações e impactos do neoliberalismo e sua relação com as mudanças na política de saúde mental no Brasil; e os desafios e possibilidades para os assistentes sociais diante dessa conjuntura de Contrarreforma Psiquiátrica.

Por fim, este estudo apresenta suas considerações finais, recapitulando as principais discussões abordadas ao longo do trabalho e oferecer algumas sugestões que possam beneficiar a categoria dos assistentes sociais e a Política de Saúde Mental.

CAPÍTULO 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIO NO CONTEXTO DO SUS

Neste capítulo será abordado um breve histórico da percepção a respeito da loucura, como ela é tratada desde o período do Brasil colônia e o desenvolvimento da política de saúde mental no país a partir da Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, a Constituição Federal de 1988. Compreender essa trajetória será importante para analisar a realidade da reforma psiquiátrica no Brasil, que ocorrerá a partir dos anos 1970.

Entende-se que por meio da análise da trajetória histórica é possível identificar quais processos sociais, políticos e culturais transformaram a compreensão da loucura. Na Grécia e Roma Antigas, a loucura era vista como manifestação sobrenatural sem uma conotação necessariamente negativa (FOUCAULT, 1972). Com o advento do racionalismo na Idade Moderna, a loucura passou a ser vista como uma falta de razão. O autor aponta que, após a Idade Média, com o crescimento do racionalismo e a ascensão da ciência, o fenômeno da loucura tornou-se sinônimo de exclusão social.

Com o surgimento da psiquiatria nos séculos XVIII e XIX, a loucura passou a ser legitimada como doença e a ser vista como perigosa e potencialmente contagiosa, justificando a segregação em asilos e manicômios. Compreender que a institucionalização da psiquiatria, como uma disciplina voltada para a contenção e o tratamento daquilo que era considerado desvio da norma social, é fundamental para analisar o desenvolvimento do sistema psiquiátrico e seu impacto na sociedade.

De acordo com Amarante (1995, p. 27), a definição do louco “[...] enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”. O autor, com base em Barros (1994) ainda problematiza que:

A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata (BARROS apud AMARANTE, 1995, p.28)

Philippe Pinel propôs um tratamento mais “humano” ao liberar os doentes de correntes, porém manteve a prática do isolamento, pois acreditava que o isolamento era essencial para o controle e a observação dos sintomas, o que foi, também, um passo importante com relação a

medicalização hospitalar (AMARANTE, 1995). Entretanto, não havia a liberdade das punições e tratamentos severos.

Segundo Amarante (2007) depois da Segunda Guerra Mundial, emergiram movimentos que discutiam questões relacionadas à dignidade humana. Nesse contexto, a realidade das instituições psiquiátricas foi colocada em pauta, com denúncias sobre as condições precárias e os tratamentos abusivos aos quais os asilados eram submetidos. Essas denúncias levaram ao início de movimentos de reforma psiquiátrica, especialmente, em países europeus como: França, Itália e Inglaterra, e, também, nos Estados Unidos.

1.1 Trajetória das ações em saúde mental no Brasil

O primeiro momento histórico refere-se ao período colonial no Brasil em que não se tinham políticas sanitárias, as medidas relativas a saúde eram pontuais e realizadas para minimizar quaisquer problemas que interferissem na produção econômica e no comércio. Nesse contexto a “loucura” fazia parte da paisagem urbana ou residencial. Segundo Medeiros (1993), ela não estava incluída nos catálogos de males ou fazia parte dos projetos nas instituições hospitalares e da instituição médica. O autor afirma que:

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio [...]. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, malnutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MEDEIROS, 1993, p. 75).

Quando o livre trânsito pelas ruas converteu-se a algo socialmente indesejável, de acordo com Plantier (2015), as Santas Casas de misericórdia transformaram-se em um local de recolhimento dos loucos, como alternativa ao encarceramento. Entretanto, apesar de saírem das ruas e prisões para enfermarias, o espaço destinado não melhorava as condições e cuidados que, anteriormente, eram destinados a eles.

A partir de 1830, os médicos teciam críticas os trabalhos realizados pelas Santas Casas¹ e pleitearam a competência para lidar com a loucura. Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), esse

¹ Eram instituição de caridade, que ofereciam assistência social e religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. De acordo com Amarante (2007) para tais instituições religiosas, também, utilizava-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem. Após um longo processo o hospital foi transformado em instituição médica.

esforço para legitimar a classe médica como responsável pelo tratamento da loucura e criar instituições especializadas para isso, marcou o início da Psiquiatria no Brasil. A loucura foi, então, validada enquanto doença e compreendida como algo potencialmente perigoso e até mesmo contagioso.

A psiquiatria localiza o sujeito e lhe garante uma função determinada dentro da comunidade. O papel do “louco” passa a ser o papel do “doente” que necessita de cuidados médicos. Ele passa a ocupar um lugar, o lugar da legitimação médica, o lugar de “paciente”. Ele se torna passivo sob o poder médico no cenário rígido do hospital, guiado pelas regras cotidianas do ambiente que legitima ainda mais o papel que lhe foi concedido (OLIVEIRA, 2011, p. 11).

O modelo, predominante, no cuidado em saúde mental foi baseado em hospitais psiquiátricos, nos quais as pessoas em sofrimento mental eram internadas por longos períodos, muitas vezes de forma involuntária. Nesse contexto, os hospitais psiquiátricos eram instituições isoladas, distantes das comunidades e segregadas do convívio social. O foco principal era o controle e a contenção dos pacientes, através de práticas de contenção física e do uso abusivo de medicamentos. As pessoas com transtornos mentais eram frequentemente estigmatizadas e marginalizadas, sendo vistas como perigosas, incapazes ou como um fardo para a sociedade. (ARBEX, 2019)

O tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos era centrado em uma perspectiva patologizante, medicamentosa e biologicista, com forte ataque aos direitos humanos e da produção social da saúde mental (AMARANTE, 2007). Esse modelo asilar, hospitalocêntrico e excludente contribuía para a perpetuação do estigma, da discriminação e da violação dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental. A falta de uma abordagem integral e humanizada para a saúde mental resultava em altos índices de cronificação, reinternações e exclusão social, perpetuando um ciclo de sofrimento e marginalização.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) experimentou da influência dos movimentos de reforma psiquiátrica que ocorreram cenário mundial, no pós-guerra, principalmente pela Democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia, a qual propõe uma ruptura radical com o saber e prática psiquiátrica. De acordo com Amarantes (1995), refere-se a um projeto de desinstitucionalização e desconstrução das práticas e saberes que reduzem a loucura a doença e exclui os fenômenos sociais e históricos.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil surge de forma expressiva a partir dos anos 70 concomitante com as lutas pela redemocratização² do país, no campo da saúde, com as mobilizações em torno do processo da Reforma Sanitária³ brasileira e da construção de uma política de saúde mental antimanicomial. De acordo com Amarantes (1995), por um longo período, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) desempenha um papel significativo no desenvolvimento e consolidação da reforma. Posteriormente, este movimento converte-se no Movimento Antimanicomial.

O MTSM é criado no final da década de 70 como uma resposta crítica ao autoritarismo da psiquiatria institucional. Denunciava as precárias condições de trabalho, a falta de recursos, as ameaças sofridas, assim como, o abandono e as violências que ocorriam dentro dos manicômios, contexto que refletia na assistência prestada à população. Entre os principais agentes do movimento estavam trabalhadores integrantes do movimento sanitário, estudantes, sindicalistas, conselhos e membros de associações profissionais – posteriormente inclui a participação de associação comunitárias, familiares e pacientes de forma a dar novos rumos ao movimento.

De acordo com Amarantes (1995, p.74), esse movimento objetivava questionar o modelo vigente de segregação e asilamento e “constitui-se como um espaço de luta não institucional, com debates, encaminhamentos e propostas que oscilavam entre um projeto de transformação psiquiátrica e organização corporativa”.

O movimento vai assumindo uma postura politizada e crítica em sua trajetória o que pressiona os setores conservadores - que centralizavam a discussão ao caráter científico e tecnicista da psiquiatria - à debates que abordassem fatores sociais, políticos, econômicos e ideológicos. O Estado, diante das tensões e objetivando resultados, passa a incorporar os setores críticos da saúde mental. Segundo Amarantes (1995), embora, inicialmente, o movimento primasse por organizar-se fora do Estado pela concepção de que

² O processo de redemocratização das instâncias políticas e sociais, ocorre no Brasil no início da década de 80, após mais de duas décadas de ditadura civil-militar. Foi um período marcado por importantes transformações nas políticas sociais, em especial na área da saúde, incluindo a saúde mental.

³ A proposta da Reforma Sanitária foi uma das bases para a Reforma Psiquiátrica, uma vez que buscou superar o modelo de saúde centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica. Ela propôs uma abordagem integral da saúde, com ênfase na prevenção, promoção e proteção à saúde. A reforma sanitária valorizou a participação social, a descentralização e a integralidade da assistência, reconhecendo a necessidade de uma saúde pública, gratuita e de qualidade, como um direito de todos e dever do Estado. Esses princípios foram fundamentais para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 88.

A institucionalização geralmente é associada à perda de autonomia, à burocratização, ao encastelamento das lideranças e a instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos locais ou da tecnocracia. (AMARANTE, 1995, p. 82).

De acordo com o autor supramencionado o movimento optou, estrategicamente, por ocupar os espaços nas instituições públicas⁴ visando operar ações que gerassem resultados na transformação da psiquiatria como prática social, embora de forma horizontal, visto que a abertura oferecida pelo governo desejava a aliança sem mudanças na base da política de saúde mental.

Apesar dos ganhos no sentido de uma construção mais descentralizada e dinâmica na formulação da política nacional de saúde mental, o fato é que esta articulação estava vinculada a ações de reestruturação dos hospitais psiquiátricos sem reconstruir novas formas de cuidado em saúde mental. Entretanto, na continuidade dos eventos, emergiram debates que incluíram: a política social da população brasileira; a mercantilização da saúde e loucura; o modelo asilar como instrumento de exclusão, repressão e controle social; a medicalização social; a defesa dos direitos de pacientes psiquiátricos; o estigma em relação a doença mental e a necessidade da participação a participação popular, culminando na luta antimanicomial⁵. (AMARANTES, 1995)

Na segunda metade dos anos 80, eventos importantes marcaram um novo processo, com propostas e ações para um novo modelo de assistência. Destacam-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – que pela primeira vez, de acordo com Amarantes (1995), contou com a participação popular e a nova concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que deliberou recomendações ao

- “[...] combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde;
- A necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado

⁴ Um marco desse momento é a co-gestão entre os Ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social no processo de reestruturação dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Para uma análise mais profunda sobre a co-gestão ver: Amarante, Paulo. Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1995.

⁵ É importante distinguir a reforma psiquiátrica da luta antimanicomial. A reforma psiquiátrica representa uma resposta do Estado à necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, mudando as políticas existentes. Por outro lado, o movimento da luta antimanicomial possui uma compreensão mais abrangente e radical. Esse movimento é composto por trabalhadores, usuários, familiares, conselhos, estudantes, associações e outros grupos que lutam pelos direitos das pessoas em sofrimento mental. O movimento combate "tratamentos", ideias e preconceitos enraizados na construção histórica dos manicômios, que precisam ser desconstruídos diariamente. Essa desconstrução envolve não apenas a erradicação dos espaços asilares, mas também o combate às práticas hegemônicas que promovem a exclusão e o afastamento das pessoas do convívio social.

reconheça os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde;

- a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição a tendência hospitalocêntrica.” (BRASIL, MS, 1988)

Outro evento de grande importância foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o Congresso de Bauru – São Paulo, realizado em 1987, que marcou a trajetória da desinstitucionalização. Nesse contexto o MTSM passa por um processo de renovação política e ideológica com distanciamento do Estado e aproximação com entidades de usuários e familiares. Neste cenário o movimento amplia-se de um movimento de profissionais de saúde mental para um movimento social articulado com vários setores presentes na sociedade em prol de uma luta antimanicomial.

O Congresso de Bauru marca uma nova etapa do processo de reforma psiquiátrica. Com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, os debates reforçam a relevância do convívio social aos sujeitos em sofrimento mental e a influência basagliana de um projeto de desinstitucionalização que culminasse na participação da sociedade e “na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento.” (AMARANTE, 1995, p.123)

O movimento da reforma psiquiátrica reafirmou que a construção de uma sociedade democrática requer a formação de indivíduos livres e iguais perante a lei. Assim, a desinstitucionalização significa recuperar os direitos civis e possibilitar uma vivência democrática para os usuários, através do seu protagonismo tanto no tratamento quanto na comunidade. Conforme Amarante (1995), desinstitucionalizar envolve abordar o indivíduo em sua totalidade e em relação às suas condições concretas de vida. Isso significa que não se trata apenas de administrar medicamentos ou realizar psicoterapias, mas de criar oportunidades e possibilidades para ele.

A repercussão atingiu o modelo assistencial com o surgimento de novas modalidades de atenção que representavam alternativas concretas a psiquiatria tradicional, a exemplo: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, no ano de 1987, e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

A partir da criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implementação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todo o País.” (AMARANTE, 1995, p.126)

A criação de redes de atenção, serviços de atendimento 24 horas para pessoas em situação de crise, permitiu a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e minimizou o tempo de internação.

A desinstitucionalização, de acordo com Rotelli et al. (2001), é tida como um trabalho prático de transformação que envolve a redefinição do "objeto da instituição". Ele argumenta que, ao mudar o foco da instituição de "a doença" para "a existência e o sofrimento dos pacientes" e sua relação com o corpo social, a desinstitucionalização torna-se um processo crítico e prático que reorienta todos os elementos da instituição para esse novo objeto. Amarante (1995) ressalta que desinstitucionalizar não é o mesmo que desospitalizar. Enquanto o segundo diz respeito a apenas extinção de instituições hospitalares ou manicomiais, o primeiro implica compreender a instituição de maneira dinâmica e complexa, considerando as práticas e saberes que moldam a percepção, o entendimento e as relações com os fenômenos sociais e históricos.

1.2 A política de saúde mental pós-Constituição Federal de 1988

O Brasil, durante seu processo de redemocratização, foi marcado por importantes transformações nas políticas sociais, em especial na área de saúde, incluindo a saúde mental. A proposta da Reforma Sanitária foi uma das bases centrais, uma vez que, também buscava superar o modelo de saúde centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica. O movimento sanitarista propôs uma abordagem integral da saúde, com ênfase na prevenção, promoção e proteção à saúde. A reforma sanitária valorizou a participação social, a descentralização e a integralidade da assistência, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esses princípios foram fundamentais para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, são estabelecidas as diretrizes para a Seguridade Social – entre elas, a política de Saúde - que foi reconhecida como um direito fundamental do cidadão, marcando um momento histórico⁶ e significativo. A CF/88 em seu artigo 6º, estabeleceu a saúde, junto com a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social e a proteção à maternidade e à infância, como direitos fundamentais do cidadão. Em seu artigo 196:

⁶Antes disso, os serviços e ações de saúde eram destinados apenas a determinados grupos, excluindo trabalhadores sem carteira assinada, ou seja, aqueles não segurados pela Previdência Social, uma parcela significativa da população que não podia arcar com os custos de atendimento à saúde

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Essa foi a base para a criação do SUS⁷, instituído pela Lei nº 8.080/1990, consolidando anos de propostas e debates e ainda em processo de construção, abrangendo um conceito ampliado de saúde pública e visando garantir o direito à saúde para toda a população por meio de um sistema que garanta a universalidade, a integralidade e a equidade no atendimento à saúde, incluindo a saúde mental. A nova política de saúde mental é impulsionada pelo movimento de reforma psiquiátrica e nesse contexto de críticas à realidade dos manicômios e ao modelo hospitalocêntrico surgiu a possibilidade de desmonte da sua estrutura jurídico-política.

O Brasil, na década de 1990, firma um compromisso com a assinatura da Declaração de Caracas⁸, e, na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental⁹, eventos que estimularam a implantação de serviços regulamentados de atenção diária. Nesses avanços incluem-se as primeiras normas federais para criação dos primeiros CAPs, NAPs, Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos

Entre 1992 e 1995, ocorreram mudanças significativas nas políticas de saúde mental no Brasil, as quais fortaleceram a possibilidade da desinstitucionalização psiquiátrica com a

⁷A Portaria nº 4.279/2010 estruturou os níveis de atenção e assistência a saúde, organizando os serviços oferecidos pelo SUS: atenção primária ou básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs); atenção secundária ou de média complexidade formada pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a atenção terciária ou de alta complexidade constituída por hospitais de grande porte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A porta de entrada das pessoas no SUS é, preferencialmente, pela Atenção Básica, visando possibilitar ao cidadão acessar o seu direito à saúde. A Atenção Básica envolve diversas ações de saúde direcionadas tanto para indivíduos quanto para a coletividade. Essas ações compreendem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O intuito é oferecer um atendimento integral que influencie positivamente a saúde e autonomia dos indivíduos, além de impactar os determinantes e condicionantes de saúde. Guiada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, a Atenção Primária visa um cuidado abrangente que leve em consideração a singularidade do indivíduo e seu contexto sociocultural. Dentro desse cenário, os pontos de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de urgência e emergência. Esses serviços acolhem os usuários, seja por encaminhamento ou demanda espontânea, e são integrados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS organiza os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os decorrentes do uso nocivo de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>.

⁸A Declaração de Caracas, proclamada em novembro de 1990 durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, organizada pela Organização Mundial da Saúde, é um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Ela tornou-se fundamental para a política de Saúde Mental, ao defender uma atenção baseada na comunidade, de forma integral e contínua.

⁹O tema central da conferência foi a Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil, abordando o modelo assistencial e o direito à cidadania.

diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos privados e, principalmente, públicos. Entretanto, apesar dos avanços, a qualidade dos serviços não é uma garantia e a existência de leitos psiquiátricos ainda perdura na atualidade. Muitos hospitais conseguiram disfarçar suas instalações e serviços mesmo no período do processo de desospitalização.

Segundo Bisneto (2007), a reforma psiquiátrica e a luta por uma sociedade sem manicômio, tem como um dos marcos centrais o Projeto de Lei nº 3.657/1989 do Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que propôs a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. Após 12 anos no Congresso, a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) foi sancionada. Esta lei é um marco na construção de um modelo humanizado de atenção integral no cuidado com a pessoa em sofrimento mental. Mudando, assim, os rumos do modelo de atenção à saúde com o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, nos quais o propósito da atenção mental, tendo como foco a cidadania, a reinserção social e familiar, a reabilitação psicossocial e a proteção e defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

A reforma psiquiátrica propôs a substituição dos hospitais por serviços comunitários, como os CAPS, que oferecem um cuidado mais humanizado, baseado no cuidado em liberdade e na valorização da autonomia dos usuários. Essa abordagem reconheceu a importância dos direitos humanos e da participação ativa dos usuários no seu processo de tratamento. Funcionando como unidades de portas abertas, os CAPS evitam a internação e promovem a reintegração social, oferecendo cuidados terapêuticos, apoio psicossocial e atividades de reintegração comunitária com uma abordagem multiprofissional. A expansão dos CAPS, junto com outros serviços de atenção psicossocial, contribuiu significativamente para a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos.

Além dos CAPS, outros dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades de Acolhimento (UA) desempenham papéis importantes, oferecendo moradia assistida e suporte contínuo para pessoas em processo de desinstitucionalização. Essas iniciativas visam promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fundamentada na Lei nº 10.216/2001, não se limita apenas ao processo de desospitalização dos moradores de hospitais psiquiátricos. Ela busca implementar um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos que necessitam

de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. A vida comunitária envolve a criação de redes amplas e diversificadas baseadas em territórios específicos, o desenvolvimento de uma nova sensibilidade cultural na sociedade em relação à loucura, a produção de conhecimento científico e saberes culturais inovadores no cuidado, a oferta de qualificação permanente para os profissionais envolvidos, a garantia de condições sustentáveis para a participação ativa e o protagonismo dos usuários e suas famílias, e o compromisso das esferas de gestão pública para conduzir e mediar os conflitos inevitáveis no projeto de inclusão social da loucura (BRASIL, 2016, p. 2).

Segundo a Lei nº 10.216/2001 em seu artigo 2º, parágrafo único:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- 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)

Outro marco importante inclui a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS. A RAPS¹⁰ foi criada para articular e integrar os pontos

¹⁰ Segundo a Portaria nº 3.088/2011 e incorporada pela Portaria Consolidada nº 03/2017, a RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/ Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residencial Terapêutico (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

¹¹ A concepção da profissão aqui discutida baseia-se em Iamamoto (2007), a qual analisa o caráter contraditório do trabalho profissional no contexto da reprodução das relações sociais. “A dominação burguesa implica a organização do proletariado, ao mesmo tempo em que implica sua desorganização enquanto classe. A tentativa de controle da organização do proletariado implica que este seja reconhecido pelo Estado enquanto classe, e enquanto classe social espoliada. Implica leis de exceção que rompem a ortodoxia liberal, intervindo abertamente no mercado de trabalho. A hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.132) Portanto, é necessário transcender a análise do Serviço Social para além prática isolada em si mesmo, situando-o no contexto mais amplo das relações que formam a sociedade capitalista, principalmente no que se refere a questão social e as políticas sociais reformuladas por essa sociedade e Estado. Segundo os autores, a direção da profissão só pode ser compreendida na sua inserção na sociedade, e com isso a análise da lógica interna das demandas, tarefas e atribuições ganham sentido.

de atenção das redes de saúde, garantindo a continuidade do cuidado. Sendo constituída pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar.

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) reforçou a importância de um atendimento acolhedor e respeitoso aos direitos dos usuários e suas famílias. Também salientou que a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a desigualdade na distribuição dos serviços e a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção são obstáculos que precisam ser superados. Apesar dos avanços conquistados, e da continuidade da luta por uma sociedade sem manicômios, com a participação ativa de movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e suas famílias, a política de saúde mental no Brasil, e o próprio SUS, ainda enfrentam desafios significativos diante de retrocessos e ataques da política neoliberal, desde que foram implantadas, o que dificulta a sua materialização. Garantir que os princípios do SUS sejam efetivamente materializados e as conquistas da reforma psiquiátrica, que fortalecem a desinstitucionalização, é a possibilidade de assegurar o direito à saúde mental para todos os cidadãos.

O processo de luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi fundamental para introduzir um novo marco normativo legal e operacional na política de saúde mental, impulsionando um novo modelo interventivo que exigiu implementar ações por meio de equipes multidisciplinares. Com isso, no contexto de implantação dos serviços substitutivos, novos saberes e novas práticas foram sendo incorporadas, ao mesmo tempo em que o trabalho em equipe foi sendo constituído, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e novas dimensões, incluindo a social e política, do cuidado em saúde mental, possibilitando a inserção do Serviço Social e a sua consolidação em uma direção emancipadora.

CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E A ATUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo intenciona destacar elementos relevantes para a análise do exercício profissional do(a) assistente social na área da saúde mental. Portanto, serão debatidos alguns aspectos históricos da profissão; fundamentos e princípios éticos e políticos; suas competências e atribuições na área da Saúde e a inserção do Serviço Social no trabalho em Saúde Mental

2.1. Serviço Social no Brasil – considerações importantes na construção da profissão

O Serviço Social brasileiro é criado em um contexto de intensas mudanças sociais e econômicas no início do século XX, o qual foi marcado pelo processo de urbanização e industrialização do país. Esses processos resultaram em profundas desigualdades sociais, gerando uma demanda por intervenção social. Segundo Yamamoto e Carvalho (2006), a institucionalização e a legitimação do Serviço Social enquanto prática é oriunda de necessidades sociais que derivam da produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho, entre classes sociais, de uma forma socialmente determinada¹¹.

Logo a profissão surge da articulação entre interesses do Estado, empresariado e com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva de enfrentamento da questão social¹² e das suas manifestações no cotidiano da vida social nas quais elas adquirem expressão política. (YAZBEK, 2009) Nesse contexto, as expressões da questão social, conforme a autora, ganham visibilidade tanto pela resistência e organização da classe trabalhadora quanto por suas precárias condições de vida, assim como de outros segmentos empobrecidos da população. As ações assistencialistas e

¹¹ A concepção da profissão aqui discutida baseia-se em Yamamoto (2007), a qual analisa o caráter contraditório do trabalho profissional no contexto da reprodução das relações sociais. “A dominação burguesa implica a organização do proletariado, ao mesmo tempo em que implica sua desorganização enquanto classe. A tentativa de controle da organização do proletariado implica que este seja reconhecido pelo Estado enquanto classe, e enquanto classe social espoliada. Implica leis de exceção que rompam a ortodoxia liberal, intervindo abertamente no mercado de trabalho. A hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle.” (YAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.132) Portanto, é necessário transcender a análise do Serviço Social para além prática isolada em si mesmo, situando-o no contexto mais amplo das relações que formam a sociedade capitalista, principalmente no que se refere a questão social e as políticas sociais reformuladas por essa sociedade e Estado. Segundo os autores, a direção da profissão só pode ser compreendida na sua inserção na sociedade, e com isso a análise da lógica interna das demandas, tarefas e atribuições ganham sentido.

¹² Segundo Yazbek (2009, p.3), a “Questão Social é expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política”.

filantrópicas realizadas neste período, provavam-se insuficientes para atender as necessidades sociais.

A atuação dos assistentes sociais, inicialmente, era caracterizada por ações caritativas e filantrópicas, fortemente influenciada pela doutrina social da Igreja Católica que buscava mitigar as mazelas da pobreza através da assistência direta.

Em suas origens no Brasil, o serviço social, está intimamente vinculado a iniciativas da Igreja, como parte de sua estratégia de qualificação do laicato, especialmente de sua parcela feminina, vinculada predominantemente aos setores abastados da sociedade, para dinamizar a sua missão política de apostolado social junto às classes subalternas.[...] Configura-se, assim, um caráter missionário à atividade profissional, como meio de fazer face aos imperativos da justiça e da caridade, dentro da perspectiva de profissionalização do apostolado social segundo parâmetros técnicos e modernizadores, numa sociedade secularizada, ameaçada pelo liberalismo e pelo comunismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.83)

As ações do Serviço Social centravam-se na ajuda individual e na moralização dos pobres, visando manter a ordem social vigente. Segundo Iamamoto e Carvalho (2006) a Reação Católica¹³ proporcionou o contexto necessário para o estabelecimento do Serviço Social no Brasil. Nesse cenário, a Igreja Católica tem importância na construção de um perfil profissional que inclui a base social, as posições políticas e as práticas organizadas que passaram a definir o discurso e a atuação dos primeiros grupos de Serviço Social.

É nessa conjuntura, na década de 1930, que são fundadas as primeiras escolas especializadas¹⁴, as quais desenvolveram diversas atividades e construíram um discurso específico. Segundo Oliveira e Chaves (2017), para a intervenção social, utilizava-se a metodologia de caso, grupo ou comunidade. No entanto, nessas abordagens não havia uma análise da estrutura social. A pobreza era reconhecida, mas não era relacionada à organização social, o que prevalecia era a visão de que as leis vigentes ofereceriam as respostas para a pobreza. Assim, cabia ao profissional de Serviço Social a responsabilidade de educar e moralizar a população, auxiliando ao indivíduo a lidar com sua incapacidade de sobrevivência diante das

¹³ A Igreja Católica diante do declínio de seu poder e influência no novo panorama mundial reage, através de um período de movimento católico laico, com objetivo de criar condições para que a Igreja fosse chamada a intervir nas dinâmicas sociais através de estratégias que criassem condições para que ela fosse uma força disciplinadora do proletariado. Inspira-se na filosofia neotomista, produz encíclicas como a *Rerum Novarum*, de Leão XIII e a *Quadragesimo Anno*, de Pio XI. Segundo Oliveira e Chaves (2017), a formulação dos documentos é influenciada por fundamentos metafísicos, que orientavam que as ações voltadas para a sociedade e as relações sociais, políticas e econômicas fossem realizadas com base na fé e moral cristã.

¹⁴ Em 1936 é criada a primeira Escola de Serviço Social na atual PUC de São Paulo. No ano seguinte a segunda Escola de Serviço Social na PUC do Rio de Janeiro, e em 1940, a terceira escola em Recife.

condições de vida que eram observadas. Este discurso, em particular, reforça as representações que legitimam as práticas iniciais do Serviço Social.

O Serviço Social surge como um dos mecanismos utilizados pelas classes dominantes como meio de exercício de poder na sociedade, instrumento esse que deve modificar-se, constantemente, em função das características diferenciadas da luta de classe e/ou das formas como são percebidas as sequelas derivadas do aprofundamento do capitalismo. Estas sequelas se manifestam, também por uma série de comportamentos “desviantes”, que desafiam a Ordem. Em face do crescimento da miséria relativa de contingentes importantes da classe trabalhadora urbana, o Serviço Social aparece como uma das alternativas às ações caritativas tradicionais, dispersas e sem solução de continuidade, a partir da busca de uma nova “racionalidade” no enfrentamento da questão social. A procura de maior eficiência no tratamento da questão social consubstancia-se, também, na solidificação do Serviço Social como instituição, intimamente vinculado ao crescimento do aparelho de Estado, no sentido de criação de “braços que avançam para dentro da sociedade civil”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.19)

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006), o Serviço Social foi incorporado pelo aparato estatal - especialmente em setores voltados a ações assistenciais e de controle social – a partir do momento em que o Estado assumiu novas funções e expandiu-se sobre a sociedade civil (conduzindo as políticas econômica e social, em consonância com interesses e estratégia dos setores dominantes). Isso estimulou a qualificação técnica e ampliou o campo profissional para o assistente social.

Houve uma transição do perfil de “agente benévolo”, de ascendência rica que atuava em meio privado, para o “agente técnico-operacional”, de origem social, predominante, vinculada a classe média, o qual atuava no setor público. Essa transformação, também, incluiu a evolução do discurso e das práticas sociais, que eram marcados pelo conteúdo de classe e amenizado por um teor humanista e cristão, para uma abordagem mais técnica, marcada pela crescente suavização do conteúdo de classe. (OLIVEIRA; CHAVES 2017)

Ainda de acordo com os autores, foram importados métodos e técnicas dos Estados Unidos, de cunho positivista e funcionalista, sem que se estabelecesse uma crítica e uma adaptação compatível com a realidade brasileira. Havia uma concepção de sociedade em que os fatos ocorriam de forma isolada, sendo considerados processos evolutivos que independiam de intervenção humana.

Sendo o exercício profissional polarizado pela luta de classes, o Serviço Social também participa do processo social, reproduzindo as condições próprias da sociedade capitalista, ao mesmo tempo e pelas mesmas atividades pelas quais é chamado a reforçar as condições de dominação. Se, de um lado, o profissional é chamado a responder às exigências do capital, de outro, participa, ainda que subordinadamente, de respostas às

necessidades legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 23)

Ao passo que a partir da década de 1960, o Serviço Social:

No tocante a formação profissional começa a haver a incorporação, pelas universidades públicas, de grande parte das escolas que se mantinham isoladas, o que amplia as bases de informação e proporciona intercâmbio novo de docentes e discentes. (OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 151)

Nesse processo de construção e consolidação profissional, o serviço social começa a distanciar-se de suas raízes assistencialistas, influenciado pelo Movimento de Reconceituação¹⁵ que em sua construção culminou em uma perspectiva crítica voltada para a transformação social. Esse movimento propôs uma nova compreensão da prática profissional, orientada pela análise crítica da realidade social e pela busca de superação das desigualdades estruturais. (NETTO, 2005)

Segundo Yazbek (2009), durante o Movimento de Reconceituação do Serviço Social Latino-americano, a profissão passou a questionar seus referenciais, refletindo as inquietações e insatisfações da conjuntura histórica. Esse movimento, heterogêneo e plural, situava o Serviço Social frente às redefinições da ordem capitalista internacional e ao próprio processo civilizatório da época, que representavam profundas mudanças culturais e políticas que questionavam a ordem burguesa e suas instituições.

Para Netto (2005), durante esse processo de renovação, há avanços e retrocessos, frutos das contradições existentes na sociedade. Entretanto a profissão, de um modo geral, enxerga a necessidade de uma redefinição, visto que passa a enxergar o caráter contraditório de sua atuação que media interesses tão divergentes. De um lado, estão as demandas e interesses populares, e a necessidade de fazer frente às desigualdades de classes e romper com interesses institucionais – aos quais a profissão está subordinada; e de outro, a necessidade de acumulação capitalista e interesses das classes dominantes.

¹⁵ O Movimento de Reconceituação é um marco para o Serviço Social Latino-Americano devido ao esforço realizado para superar/ criticar o tradicionalismo profissional. Segundo Netto (2005) o momento histórico vivido no Brasil, nos anos 1960, era de um processo de autocracia burguesa – experimentado pela Ditadura Militar – havia no país disputas de projetos societários diferentes e a luta dos movimentos sociais pelo retorno à democracia e várias categorias se unem em prol dessa luta. Entre essas categorias está o Serviço Social, que sob influência desse momento, passa a repensar a sua prática profissional, o seu arcabouço teórico e metodológico, sua postura ético-política – reconsiderando seus preceitos mais conservadores frente ao que acontece no país.

O Movimento permite ao Serviço Social, também, uma consciência clara sobre a necessidade de um esforço constante em se resgatar a história da profissão – que não pode ser analisada de forma isolada e restrita para compreensão crítica e a construção da identidade da categoria que se forma dentro de um processo histórico de desenvolvimento.

No Brasil, esse movimento exigiu que os assistentes sociais construíssem um novo projeto profissional, comprometido com as demandas e interesses da população usuária de seus serviços. Os debates e reflexões oriundos de eventos significativos nesse período, dentre os quais: a construção e as revisões do Código de Ética (1947, 1965, 1975, 1986 e 1993), seminários de Araxá (1967) e de Teresópolis (1970), o “Congresso da Virada” (1979).

2.2. O Projeto Ético-Político do Serviço Social

A percepção da dimensão político-ideológica é parte de um processo que abre espaço de discussão e divulgação que fomentam a organização política dos profissionais em Serviço Social e da renovação de sua base teórica. Segundo Netto (2005), a aproximação com o pensamento crítico marxista foi fundamental para a profissão. Esse processo reverberou em uma nova concepção de cultura e organização profissional que não estivesse subordinada ao conservadorismo e ao capital, mas comprometida com os interesses da classe trabalhadora – com a qual a profissão passa a se reconhecer. As aproximações teóricas e metodológicas conduziram ao posicionamento crítico adquirido nesse momento e refletiram no compromisso ético-político da profissão, assim como no compromisso com a classe trabalhadora.

Ao longo dos anos, o Serviço Social no Brasil passou por diversas mudanças, em especial no que se refere aos seus Códigos de Ética. De acordo com Oliveira e Chaves (2017), o primeiro Código de Ética Profissional do Assistente Social, criado em 1947, demonstrava uma clara influência europeia e religiosa, sem versar sobre a intervenção social do Estado. O intuito era guiar a prática profissional e conferir reconhecimento ao Serviço Social, apesar de ainda não ser reconhecido oficialmente como uma profissão. Esse Código de Ética priorizava valores e princípios, desligados dos contextos históricos e sociais, pautados na ideologia da doutrina social da Igreja Católica. No entanto, em 1965, ocorreu uma reformulação desse documento para incorporar a regulamentação legal da profissão e se adaptar às mudanças no cenário nacional, mantendo aspectos doutrinários do neotomismo.

O processo de renovação do Serviço Social, que teve início nos anos 70, culminou na elaboração de um novo Código de Ética em 1975. Entretanto, ele não atendia completamente às necessidades da sociedade e da profissão, apesar de reconhecer o papel do Estado na gestão do bem comum. A insatisfação com o Código de 1975 gerou debates intensos, como o Congresso da Virada, que aproximou a profissão da tradição marxista e criticou o conservadorismo. Dessa

forma, foi criado o Código de Ética de 1986, adotando uma ética dinâmica e contextualizada historicamente, com comprometimento à classe trabalhadora.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 reforçou o compromisso social com valores como a liberdade, a equidade e a justiça social, e estabeleceu o tripé da Seguridade Social, que integra as políticas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Isso também contribuiu, junto com as discussões da categoria, com a construção da identidade profissional comprometida com os trabalhadores e com foco nos direitos dos cidadãos. A categoria evoluiu a discussão o que culminou no Código de Ética de 1993, ainda em vigor, e para a concretização do Projeto Ético-Político do Serviço Social, pautado por uma visão crítica e transformadora, engajando-se nas lutas sociais por direitos e por uma sociedade mais justa. (OLIVEIRA; CHAVES, 2017)

Os fundamentos éticos e políticos do Serviço Social no Brasil estão consolidados no Código de Ética do Assistente Social, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) aprovado em 1993, com alterações introduzidas por Resoluções do CFESS e revisado em 2011. Este código estabelece:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas e a elas inerentes-autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do árbitro e autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto a sociabilização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivado o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; [...] (BRASIL, 1993, p.23-24).

O Código de Ética de 1993 apresenta uma perspectiva crítica e dialética da realidade social, reconhecendo as contradições e as desigualdades presentes na sociedade capitalista. Os assistentes sociais são chamados a atuarem como agentes de transformação, promovendo a

emancipação dos indivíduos e coletividades e lutando contra todas as formas de opressão e discriminação.

Além disso, o Código de Ética enfatiza a importância da autonomia profissional e do compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Os assistentes sociais devem exercer sua prática de forma autônoma, fundamentada no conhecimento científico e na análise crítica da realidade social, política e econômica. Um ponto importante a destacar do Código de Ética é o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Diferente de outros Códigos profissionais de saúde, o Código de Ética dos Assistentes Sociais apresenta o indivíduo como sujeito de direito, defendendo valores e princípios constitucionais de liberdade, igualdade e democracia. (VASCONCELOS, 2010).

Os assistentes sociais devem buscar em suas intervenções a melhoria contínua dos processos e resultados, isso implica em uma formação profissional constante e na atualização dos conhecimentos teóricos e metodológicos.

2.3. Parâmetros para a atuação do/a Assistente Social na saúde

O Serviço Social no Brasil é parte integrante das profissões da área da saúde, tanto do ponto de vista legal quanto pela legitimação social, fundamentado no conceito ampliado de saúde. Os assistentes sociais são reconhecidos como profissionais de saúde pela Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e pela Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

De acordo com Silva e Kruger (2018), há uma tendência dos profissionais que atuam na área da saúde de especialização dentro das diferentes áreas médicas. Entretanto, as autoras afirmam que o foco na especialização fragmenta a atuação do assistente social e que as novas diretrizes das profissões de saúde enfatizam a formação de profissionais com uma visão ampla e integrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atuar nessa temática requer uma compreensão aprofundada dos determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam o processo saúde/doença, além de buscar estratégias político-institucionais eficazes para enfrentar essas questões.

Conforme abordado anteriormente, o projeto ético-político do Serviço Social defende a ampliação da cidadania, o aprofundamento da democracia, a equidade e a justiça social, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Os assistentes sociais, enquanto

trabalhadores da saúde, adotam um conceito ampliado de saúde que vai além da dicotomia saúde/doença, atuando nos níveis de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Conforme Bravo (2013, p 67), "a saúde passa a ser considerada um meio e um fim para o desenvolvimento e o bem-estar".

Diante disso, é relevante que o exercício profissional se baseie nos pressupostos da Reforma Sanitária e nas diretrizes do SUS: integralidade, universalidade do acesso, intersetorialidade, participação deliberativa, interdisciplinaridade, entre outras (CFESS, 2010).

As determinações sociais do processo saúde-doença foram evidenciadas no debate da Reforma Sanitária e nas proposições da 8ª CNS. Sérgio Arouca resumiu o conceito ampliado de saúde:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (AROUCA, 1987, p. 36)

A determinação social da saúde envolve analisar o caráter histórico-social do processo saúde/doença, considerando as características da sociedade em diferentes períodos históricos e suas condições de saúde. O processo de saúde/doença não é determinado apenas por questões biológicas, mas também por condições socioeconômicas.

A ocorrência de doenças se dá em um contexto social, devendo ser analisado o contexto em que os indivíduos estão inseridos, de forma coletiva e não isolada. Segundo Rocha e David (2015), fatores econômicos; ambiente de convivência e trabalho; cultura e valores; reconhecimento de cidadania; concepção de saúde; a percepção de raça, gênero e orientação sexual podem interferir gerando efeitos mais ou menos lesivos, ampliando ou restringindo possibilidades de saúde aos grupos populacionais. Ainda de acordo com os autores, o caráter social da doença varia conforme as relações sociais e a inserção dos grupos na organização da produção da sociedade e seu contexto histórico. As diferenças de classe e as desigualdades experimentadas pelos diferentes grupos influenciam as condições de saúde e a forma como a saúde/doença se manifestará entre eles.

A Reforma Sanitária apresentou um projeto societário que propunha uma profunda abordagem democrática para o país e para a saúde, foi um processo complexo e cheio de contradições ideológicas e políticas. As conquistas políticas e jurídicas obtidas na área da saúde através desse movimento são amplamente reconhecidas, porém, também é necessário avaliar os limites relacionados à sua implementação prática. A formalização dos direitos na Constituição não garantiu automaticamente as condições objetivas para sua efetivação, e esses limites ainda são evidentes após mais de duas décadas da implementação do SUS.

Segundo Paim (2007), a CF/88 reconhece a saúde como um direito social inerente à condição de cidadão, estabelecendo no artigo 196º que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Este mesmo artigo, também destaca que o dever do Estado é garantido por meio de políticas econômicas e sociais que visam reduzir o risco de doenças e outros agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação. Ainda de acordo com o autor, aspectos como distribuição de riqueza, emprego, salário, acesso à terra, ambiente, educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública e assistência social influenciam diretamente a saúde das pessoas e comunidades, e que são capazes de minimizar o risco a doenças se integrarem as políticas sociais.

Seguindo a Constituição, a Lei nº 8080/90, que regulamenta o SUS, também ressalta a importância dessas políticas para a redução de riscos à saúde. A lei destaca como fatores determinantes e condicionantes da saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Também estabelece que a responsabilidade pela saúde é compartilhada entre o Estado, as pessoas, famílias, empresas e a sociedade, sem diminuir a obrigação do Estado em assegurar o direito à saúde.

A década de 1990, possibilitou algumas inovações para a política de saúde, porém com o aumento nas disputas ideológicas e na ascensão do projeto neoliberal, iniciam-se os ataques aos avanços conquistados em 1988, com redirecionamentos do Estado para contrarreformas – repassando responsabilidades sociais ao setor privado de modo a responder aos interesses do capital. Diante disso, compreender os limites e as possibilidades profissionais é determinante para uma atuação comprometida com a luta antimanicomial.

A compreensão das determinações sociais no processo saúde e sofrimento psíquico evidencia a necessidade de diferentes saberes no cuidado em saúde mental de forma

protagonizadora e não subalternizada ao saber médico psiquiátrico, exclusivamente biologicista. Nessa direção, a atuação do Serviço Social nas equipes multiprofissionais dos serviços substitutivos de saúde mental passa a compor um importante campo de trabalho, mas também de reafirmação dos princípios ético-políticos da profissão. Trata-se de um agir profissional comprometido ética e politicamente com uma sociedade emancipadora, conforme os princípios fundamentais estabelecidos em seu Código de Ética (1993) e do reconhecimento de se ter uma formação profissional capacitada a agir junto às expressões da questão social (BISNETO, 2007).

A Lei nº 8.662/1993 regulamenta a profissão de assistente social no Brasil, nos seus artigos 4º e 5º estabelece as competências e as atribuições privativas da profissão. O primeiro refere-se à atuação e/ou intervenções que podem ser desempenhadas tanto por assistentes sociais como por profissionais de outras áreas, tendo em vista a capacidade técnica para tal. Já o art. 5º apresenta, em seus incisos, prerrogativa exclusiva da prática do assistente social. (BRASIL, 1993). O quadro 1 sistematiza as competências e atribuições privativas definidas em lei.

Quadro 1 – Sistematização de competências profissionais e atribuições privativas

Competências profissionais (art. 4º):	Atribuições privativas (art. 5º):
<p>I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;</p> <p>II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;</p> <p>III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;</p> <p>IV - (vetado);</p> <p>V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;</p> <p>VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;</p>	<p>I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;</p> <p>II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social;</p> <p>III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;</p> <p>IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;</p> <p>V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;</p>

<p>VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;</p> <p>VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;</p> <p>X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidades de Serviço Social;</p> <p>XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.</p>	<p>VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;</p> <p>VII - dirigir, coordenar Unidade de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;</p> <p>VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudos e de pesquisa em Serviço Social;</p> <p>IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;</p> <p>X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;</p> <p>XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federais e Regionais;</p> <p>XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;</p> <p>XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria, baseado nos artigos 4º e 5º da Lei nº 8.662/1993.

Na publicação "Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" do CFESS (2010) são apresentadas diretrizes gerais para enfrentar as principais demandas cotidianas dos profissionais de saúde e identificar lacunas a serem preenchidas. Elas estão organizadas em quatro eixos principais, todos interligados:

1. atendimento direto aos usuários;
2. mobilização, participação e controle social;
3. investigação, planejamento e gestão; e
4. assessoria, qualificação e formação profissional.

O texto enfatiza que todas as ações são complementares e possuem igual importância, seja na assistência, na mobilização popular ou na pesquisa e planejamento do trabalho profissional

(SILVA; KRUGER, 2018). O objetivo é estimular a reflexão sobre os diversos aspectos da atuação profissional, visando garantir direitos sociais, fortalecer a participação social e viabilizar os pressupostos do SUS e da reforma psiquiátrica.

Para concretizar o projeto da Reforma Psiquiátrica, foi necessária uma mudança cultural significativa, superando preconceitos e estabelecendo políticas públicas baseadas nas propostas da reforma. A atuação do Serviço Social na saúde mental será aprofundada no próximo tópico deste capítulo.

2.4. Serviço Social e saúde mental

De acordo com Bravo (2009), a inserção e a atuação de assistentes sociais na saúde ocorrem, inicialmente, de modo curativo e focalizada no indivíduo. A ampliação desse campo acontece a partir de 1945, em face ao avanço do capitalismo no Brasil e influenciado pelas mudanças internacional suscitadas pelo término da Segunda Guerra Mundial. Esse período também foi marcado pela introdução de novos conceitos de saúde, que enfatizavam aspectos biopsicossociais, conforme adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, o que acarretou em uma abordagem multidisciplinar nos serviços de saúde, incluindo os assistentes sociais.

Os registros encontrados na literatura brasileira indicam que o Serviço Social começou a atuar na saúde mental por volta de 1946. Vasconcelos (2000) relata que essas primeiras práticas foram realizadas em Centros de Orientação Infantil e Juvenil, contribuindo para a formação de um modelo de "Serviço Social Clínico".

Bisneto (2007) destaca a necessidade de distinguir entre práticas tradicionais do Serviço Social e o chamado "Serviço Social Psiquiátrico". O "Serviço Social Clínico", segundo o autor, foi inspirado no modelo norte-americano, porém, não era necessariamente o que se era praticado nos estabelecimentos psiquiátricos. Da mesma forma, o modelo de "Serviço Social Psicossocial" não deve ser interpretado da mesma forma, pois foi uma metodologia aplicada em todas as áreas de atuação do Serviço Social em um determinado momento da profissão, quando era comum encontrar modelos e práticas baseadas em abordagens "psi" (psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, entre outras).

Nos hospitais psiquiátricos, a profissão estava subordinada a hierarquia médica e as suas próprias raízes conversadoras norteavam a teoria e prática profissional na época. Logo, a atuação

do Serviço Social na saúde mental remetia a ações assistencialistas, higienista e sem funções claramente definidas. De acordo com Vasconcelos (2000), as atividades incluíam a coleta de dados sociais e familiares do paciente, contato com familiares, elaboração de atestados sociais e preparação para alta. Essa atuação era caracterizada pela subordinação, burocracia e enfoque assistencialista. Segundo a autora:

A constituição do Serviço Social no Brasil é marcada [...] por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica. (VASCONCELOS, 2000, p. 185)

A década de 1960, durante o regime militar, foi um marco na intervenção profissional devido ao aumento no número de hospitais psiquiátricos¹⁶. A ‘doença mental’ passa a ser vista como uma fonte de lucro. Esse contexto amplia as oportunidades de emprego para assistentes sociais. Para Vasconcelos (2000), o projeto político implementando após o golpe de 1964 visava à modernização com foco no crescimento capitalista industrial e na reestruturação dos serviços de saúde mental com base em princípios capitalistas.

Para Bisneto, a entrada do Serviço Social na saúde mental era “mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência.” (2007, p. 28) Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões foi criado o Instituto de Previdência Social (INPS) e houve a efetiva inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos por força de exigência, para cumprir regulamentações do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que enfatizava a importância do cuidado multiprofissional nas instituições psiquiátricas. Eram contratações, segundo Bisneto (2007), de nível precário, com baixos salários e sem funções definidas. O problema para o governo não era a loucura propriamente dita, já que a psiquiatria e hospitais psiquiátricos tomaram para si a questão, logo

Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus

¹⁶ Antes das alterações implementadas, pelo governo da ditadura militar, no sistema de saúde, o número de clínicas psiquiátricas privadas era baixo e não há registros de atuação profissional de assistentes sociais. Após o golpe de Estado de 1964, e as reformas na saúde e previdências o número de hospícios teve um grande aumento, assim como abriram-se várias clínicas de atendimento psiquiátrico, em consonância aos interesses de privatização, conveniadas a rede previdenciária que posteriormente eram ressarcidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos de clínicas privadas, conciliando pressões sociais – no âmbito de saúde - com os anseios por lucro por parte do empresariado.

dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental. (BISNETO, 2007, p. 25)

De acordo com o Souza (1986), uma analogia pode ser feita com relação à entrada de assistentes sociais na saúde mental: o governo da ditadura militar tentou repetir a história ao utilizar o Serviço Social em saúde mental nos anos 1970, assim como o Estado, o empresariado e a Igreja implantaram o Serviço Social no Brasil nas décadas de 1930 e 1940, objetivando promover a acumulação capitalista, exercer controle sobre os trabalhadores e legitimar o modelo social da época. Após o fim do "milagre econômico" em 1974, a saúde foi utilizada como estratégia de legitimação do estado autoritário, com destaque para a saúde mental, quando o Estado estendeu a cobertura de atendimento aos trabalhadores e suas famílias.

[...] com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista depende e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos. (BISNETO, 2007, p.26)

Dessa forma, a inserção de assistentes sociais em instituições psiquiátricas visava intervir nas mazelas inerentes à sociedade capitalista. As políticas sociais voltadas a saúde mental também foram desenvolvidas com o propósito de abordar questões relacionada aos trabalhadores, que enfrentavam riscos crescentes à saúde mental devido às precárias condições e extensas jornadas trabalhistas.

Neste período o Serviço Social vivenciava o seu Movimento de Reconceituação. Para Yamamoto e Carvalho (2006), o Movimento desencadeou um processo de autorrevisão crítica, abrangendo os fundamentos teóricos e ideológicos, as raízes sócio-políticas, a direção da prática profissional. Entretanto, conforme Bisneto (2007), o movimento não se aprofunda na temática de saúde mental, uma vez que a ideologia marxista que fundamentava as reflexões do movimento focava sua análise na produção e reprodução das relações sociais e nas contradições da sociedade capitalista. Assim como, para o autor, a saúde mental não se apropriou das questões relacionadas a pobreza, defendidas pelo Movimento.

Dessas considerações podemos supor que: a) não há tanto acúmulo de debate em Serviço Social e Saúde Mental no Brasil, pois a entrada maciça nessa área se deu de forma tardia (nos anos 1970), tendo a profissão, em grande parte, rejeitado o debate anterior; b) para a construção de uma prática ligada à “intenção de ruptura” teriam sido necessárias mais

pesquisas, isto é, fazer a análise crítica das políticas sociais do capitalismo no Brasil também no campo da Saúde Mental e realizar o aprofundamento das relações entre a dinâmica da sociedade de classes, a loucura e a subjetividade. (BISNETO, 2007, p. 30)

Em meados de 1978, ganha força o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o qual tinha propostas alternativas e com preocupação social, conforme debatido no capítulo I. Essa nova conjuntura, de acordo com Bisneto (2007), apresenta para o Serviço Social novas implicações.

O movimento de Reforma Psiquiátrica parte do princípio de que a saúde mental e o processo de desinstitucionalização devem ser analisado coletivamente, discutindo-se a dimensão social e política e incorporando diversos saberes e poderes, junto a uma psiquiatria democrática, para a construção de saúde mental. Esse Movimento busca garantir os direitos das pessoas com em sofrimento mental, substituindo os antigos modelos manicomial por instituições alternativas, que promovam uma aproximação entre o usuário com a sociedade, com ações integrais, a articulação com outras políticas, que possibilitem um atendimento humanizado, focado na efetivação dos direitos dessas pessoas.

Na década de 1990, tanto a saúde mental quanto o Serviço Social sofrem os impactos da ascensão do neoliberalismo¹⁷,

[...] no Brasil, em nível das políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas da saúde, educação previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Na assistência social, há o retorno à caridade e beneficência. (BISNETO, 2007, p. 43)

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha construído uma nova perspectiva a respeito da saúde mental e implementado serviços substitutivos que possibilitaram aos assistentes sociais uma melhor intervenção junto ao usuário, as instituições baseadas nos antigos modelos manicomial, profissionais atrelados à “psiquiatria tradicional” e a uma dinâmica de

¹⁷ Apesar de significativas vitórias sociais e políticas obtidas pela classe trabalhadora durante as lutas democráticas, na década de 1980, contra o regime ditatorial que se instaurou no Brasil em 1964, a ordem econômica não foi alterada de forma substancial. Ao final dessa década, os trabalhadores alcançaram avanços no campo da ação política organizada, mas enfrentaram derrotas na esfera econômica. A transição do regime autocrático para a democracia ocorreu de forma negociada, sem uma ruptura radical com as forças políticas dominantes. O que reflete, na década 1990, consolidação, por parte das classes dominantes, de uma direção política para enfrentar a crise brasileira. As principais estratégias incluíram críticas severas às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a Seguridade Social, e a promoção de uma cultura persuasiva para difundir e obter consenso para seu projeto. Nesse período, observou-se implementação de contrarreformas de cunho liberal que defendiam a privatização e a constituição do cidadão consumidor. (CFESS, 2010)

“mercantilização da loucura”, restringiam a atuação profissional desses assistentes. Os assistentes sociais atuam em diferentes instituições vinculadas à saúde mental, enfrentando a realidade institucional, política, social, bem como as demandas que se colocam a este profissional.

Segundo o CFESS (2023), o neoliberalismo “vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões. Uma atuação profissional pautada nos princípios da reforma psiquiátrica, do SUS e de acordo com o projeto ético – político profissional para a construção de uma política de saúde mental antimanicomial, requer uma constante análise sobre o capitalismo e as possibilidades e limites impostos, a saúde mental irá se constituir ao longo dos anos em um campo de contradições, disputas e tensões permanentes.”

CAPÍTULO 3 – INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Este capítulo retoma a discussão iniciada no primeiro capítulo, referente às disputas e tensões na política de saúde mental no Brasil, com foco no período de 2016 a 2022. Serão abordadas alterações na política de saúde mental, os impactos da contrarreforma psiquiátrica na política de saúde mental e os desafios e possibilidades para os/as assistentes sociais diante dessa conjuntura.

3.1. O cenário da saúde mental no período 2016 - 2022

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), instituída pela Lei nº 10.216/2001, promoveu a criação de rede ampla e diversificada – em substituição progressiva ao modelo manicomial. Buscou-se implementar o cuidado em liberdade, comunitário, contínuo e com equipes multiprofissionais, vinculado no território para todos aqueles que necessitassem de tratamento, reabilitação e reinserção social. A atuação envolvia a superação de preconceitos e a percepção da influência das dimensões sociais e políticas no sofrimento e/ou adoecimento mental do indivíduo, assim como no cuidado em saúde mental. Além disso, incentivava a participação ativa e o protagonismo dos usuários e sua família. A gestão pública, por sua vez, assumiu o compromisso de conduzir e mediar os inevitáveis conflitos, com o foco no projeto de inclusão social (BRASIL, 2016, p.2).

No entanto, a PNSM e o próprio SUS, desde que foram implementados, enfrentam desafios significativos diante de retrocessos e ataques da política neoliberal, o que dificultou a materialização na integralidade dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Trata-se de um movimento de contrarreforma.

Denomina-se contrarreforma a complexificação dos interesses econômicos na produção e reprodução social capitalista, em um processo de obstrução do acesso à saúde, a fim de responder ao interesse do mercado e secundarizar/inviabilizar a saúde enquanto direito humano universal. O caráter contrarreformista do Estado Brasileiro se expressa por meio de medidas de privatização, sub ou desfinanciamento do SUS. [...] Na política de saúde mental, a restauração das práticas manicomiais, repressoras e privatistas é marca significativa de um processo contrarreformista. (LIRA; OLIVEIRA, 2023, p. 112)

Perpetuam-se as disputas e tensões entre projetos antagônicos, as quais refletem um embate entre diferentes visões sobre como os serviços de saúde mental devem ser organizados e prestados. Embora esse fenômeno tenha origem anterior a 2015, o período entre 2016 e 2022 reflete a ascensão da extrema-direita em espaços estratégicos governamentais, com a execução de contrarreformas no campo da saúde mental com rompimento de pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira e luta da antimanicomial, impulsionada por estratégias manicomiais mediante medidas conservadoras, segregacionistas e mercadológicas. (LIRA; OLIVEIRA, 2023)

Neste trabalho, a Lei nº 10.2016/2001 foi utilizada como base para verificar alterações nas legislações, normas técnicas e operacionais e diretrizes implementadas no período de análise (2016-2022), as quais, segundo as pesquisas realizadas, configuram um retorno de práticas manicomiais. As normativas encontradas permitiram verificar o processo de contrarreforma psiquiátrica. Entretanto, este estudo não esgota todas as alterações e diretrizes, assim como, não exclui o diálogo com uma série de outros documentos oficiais.

Quadro 2 – Principais mudanças e diretrizes verificadas na PNSM no período de 2016 - 2022

Ano	Normativas legais e operacionais	Conteúdo
2016	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro.	Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
2016	Portaria nº 1.482, de 25 de outubro.	Incluiu as Comunidades Terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), o que as capacitou a receber recursos do SUS.
2016	Emenda Constitucional nº 95, de 15 de novembro.	Novo Regime Fiscal. Congelamento de gastos no SUS (por 20 anos).
2017	Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro.	Consolidação das normas sobre as redes do SUS.
2017	Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro.	Estabeleceu novas diretrizes para o funcionamento da RAPS, configurando um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com elementos que apontam para um cuidado com características hospitalar/asilar

2017	Portaria nº 3.588, 21 de dezembro.	Promoveu alterações na RAPS. Instituiu o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV (CAPSad IV), aumentando os recursos hospitalares, além do tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral.
2017	Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro.	Instituiu o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados a prevenção, formação, a pesquisa, ao cuidado e a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
2018	Resolução CIT nº 35, de 25 de janeiro.	Estabeleceu prazo para manifestação de gestores que receberam recursos para implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram efetivamente o seu funcionamento.
2018	Resolução CIT nº 36, de 25 de janeiro.	Definiu prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde (MS) e a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não apresente a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde.
2018	Resolução CONAD nº 1, de 9 de março.	Aprovou diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), manifestando posição contrária a legalização das drogas e com direcionamento para a internação em CTs.
2018	Portaria nº 544, de 7 de maio.	Definiu diretrizes para o cadastro do novo porte de CAPS AD IV, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de equipes multiprofissionais de atenção especial em Saúde Mental (eMAESM).
2018	Portaria nº 2.434, de 15 de agosto.	Reajustou do financiamento de internações acima de 90 dias – aumenta o valor da diária dessas internações.
2018	Portaria nº 3.449, de 25 de outubro.	Instituiu um Comitê destinado a consolidar normas técnicas e diretrizes operacionais e

		estratégicas no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas, promovendo a articulação e parceria com organizações da sociedade civil, incluindo as Comunidades
2018	Portaria nº 3.659, de 14 de novembro.	Suspendeu de recursos financeiros a alguns serviços da RAPS. Os recursos eram destinados ao incentivo de custeio mensal de 72 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 194 Serviço Residenciais Terapêuticos (SRT), 31 Unidades de Acolhimento (UA) e 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
2018	Portaria nº 3.718, de 22 de novembro.	Publicou lista de estados e municípios que receberam recursos de incentivo a implantação de dispositivos da RAPS e não executaram.
2019	Medida Provisória 870, de 1 de janeiro.	A PNAD passou a ser competência da nova Secretária Nacional Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania.
2019	Nota Técnica nº 11/ 2019.	Esclarecimento sobre as mudanças na PNSM e nas diretrizes da PNAD. Segundo a Nota, não há mais Serviços que seja substitutivo de outros, incentiva e fortalece o retorno dos hospitais psiquiátricos, fomenta as CTs no tratamento de álcool e outras drogas, com investimentos direcionados para essas instituições. Também inclui eletroconvulsoterapia na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS.
2019	Decreto nº 9.761, de 11 de abril,	Aprovou a nova PNAD. Definindo a integração na gestão da responsabilidade da PNAD iniciando um processo de transição do Ministério da Saúde para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome
2019	Lei nº 13.840, de 5 de junho.	Dispões sobre Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes químicos e do financiamento das políticas sobre drogas.
2019	Decreto nº 9.926, de 19 de julho.	Dispõe sobre o CONAD: exclui vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil.
	Portaria nº 340, de 30 de março.	Medidas para enfrentamento da Emergência em

2020		Saúde Pública de Importância Nacional, devido a Corona Vírus 19 (COVID-19) em CTs.
2020	Portaria nº437, de 13 de julho.	Estabelece parâmetros para o reconhecimento de organizações da sociedade civil como Centro de Referência em Dependência Química (CEREDEQ).
2020	Resolução nº 3 Conad, 24 de julho.	Regulamenta o acolhimento de adolescentes com problemas com uso, abuso e dependência de álcool e substâncias psicoativas em CTs.
2020	Portaria Conjunta nº 4, de 22 de outubro.	Orientações para atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as CTs no enfrentamento ao COVID-19, junto a população de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas.
2021	Nota Técnica nº 67/2021	Estabelece e orienta a utilização do Modelo para Avaliação dos Riscos Psicossociais e Violência nas equipes técnicas de saúde mental, álcool e outras drogas e outros atores envolvidos para subsidiar encaminhamentos.
2021	Portaria nº 690, de 25 de outubro.	Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes (PIA) e o Fluxograma de acolhimento dos adolescentes com problemas com uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas em CTs.
2021	Portaria nº 700, de 25 de outubro.	Estabelece critérios para: fiscalização, acompanhamento e procedimento nos contratos entre a Secretária Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) e as CTs que acolhem adolescentes com problemas com uso, abuso e dependência de álcool e substâncias psicoativas.
2022	Portaria nº 596, de 22 de março.	Revoga seções de outras portarias suspendendo verbas destinadas a desinstitucionalização.
2022	Portaria nº 375, de 5 de agosto.	Atualização da tabela de serviços especializados de atenção psicossocial e inclui o regime de internação no CNES.

Fonte: Elaboração própria baseada em documentos oficiais do governo brasileiro, pertinentes as políticas públicas em saúde mental, álcool e outras drogas, como leis, portarias decretos, resoluções e notas técnicas disponíveis on-line.

De acordo com Lira e Oliveira (2023), a partir de 2016, ocorre um alinhamento governamental ao processo obscurantista predominante na saúde mental, em que medidas contrarreformistas foram intensificadas pela interrupção do processo democrático no país, marcado pelo golpe parlamentar que encerrou o mandato da Presidente Dilma Rousseff em 2016, e pela implementação de medidas de contingenciamento, como a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016¹⁸, com uma redução drástica de recursos para o sistema público de saúde.

O projeto privatista ganhou um novo fôlego a partir de 2016 com as políticas do governo Michel Temer, com iniciativas que alteram o escopo e abrangência do SUS, tais como aprovação da Emenda Constitucional 241/2016, o chamado Novo Regime Fiscal; a proposta, em tramitação, de criação dos Planos de Saúde Acessíveis (planos privados populares); liberação do capital estrangeiro na saúde, por meio da Medida Provisória 656/2014 e posterior Lei 13.097/2015, aprovada no Congresso Nacional; revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A proposta flexibilizadora do SUS emerge como um novo projeto do SUS possível. [...] Mas o cenário nos aponta para a contínua hegemonia do projeto privatista da saúde, aniquilamento do projeto da Reforma Sanitária e talvez certa sobrevivência do projeto transformista, ficando um sistema público de saúde pobre para atender os pobres. Ou seja, um sistema público para a vigilância à saúde, para os procedimentos caros e de alta complexidade, para o interior do país em áreas que o setor privado não pode obter lucro e com as emergências. (SILVA; KRUGER, 2018, p. 270)

O período de expansão do projeto privatista, ocorreu no governo de Michael Temer (2016 - 2018) e, posteriormente, no de Jair Bolsonaro (2019 - 2022). Foi possível verificar, através de normativas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e listadas no Quando 2, diversas alterações na política de saúde mental que refletem uma conjuntura regressiva imposta por esses governos.

As alterações que compõem a “Nova” Política de Saúde Mental no Brasil têm resultado em retrocessos significativos, que contribuem para o desmonte do SUS e a valorização de um projeto privatista manicomial, afetando os avanços conquistados pela RPB. Guimarães e Rosa (2019) destacam quatro principais eixos dessas alterações:

¹⁸ A Emenda Constitucional nº 95/2016 instituiu o Novo Regime Fiscal, que determinou que as despesas primárias, em 2017, teriam as despesas executadas em 2016 como limite, corrigidas em 7,2%. (BRASIL, 2016) Efeitos de austeridade fiscal que permanecem até os dias atuais.

Quadro 3 – Principais eixos das alterações na PNSM

Ambulatorização do cuidado	Esse elemento traz a desconstrução da lógica de cuidado no território, ancorada pelo acolhimento, para o cuidado com equipes especializadas, historicamente voltadas para a prescrição medicamentosa;
Remanicomizalização da saúde mental	Reajuste dos investimentos do Governo Federal aumentando o valor das diárias nos manicômios, acompanhados do não aumento de repasses aos CAPS desde 2011, intensificando a precarização dos serviços e gerando dificuldades na operacionalização;
Utilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais	Maior investimento em internações, destinando até 20% dos leitos em Hospitais Gerais para ala psiquiátrica, seguido de um investimento reduzido em estratégias de reabilitação psicossocial;
Expansão do financiamento para comunidades terapêuticas	Inclusão das CTs, como uma possibilidade de “tratamento” na RAPS. Com ampliação de aporte financeiro, e aumento de 4.000 para 20.000 vagas. Evidenciando a ausência de investimento na RAPS.

Fonte: Elaboração própria baseada no artigo de Guimarães e Rosa (2019).

Desde 2017, com a implementação da "Nova Política de Saúde Mental" pelo Governo Federal, práticas manicomiais, anteriormente combatidas pelo movimento da RPB, passaram a ser legitimadas. Esta “nova” política adota um discurso patologizante e converge para gerar um modelo híbrido de atenção à saúde mental, contrastando com a abordagem da reforma psiquiátrica. A Resolução nº 32 da CIT de 2017¹⁹, por exemplo, diz fortalecer a RAPS, mas incluiu hospitais psiquiátricos em seu rol, o que possibilitou redirecionar recursos que poderiam ser utilizados em serviços substitutivos e no território para instituições asilares. Tais medidas desconsideram todas as discussões sobre a problemática da segregação, estigmatização e violência que foram elaboradas durante a construção da RPB.

¹⁹ Por meio de articulação política, foi aprovada a Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabelecendo novas diretrizes para o funcionamento da RAPS. A resolução reformulou o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica. Relacionou, na política de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, com um maior financiamento destinado a eles. Incluiu, também na RAPS, os hospitais-dia, com funcionamento similar os CAPS, porém sem a lógica do território, tal direcionamento fortalece a centralidade do modelo hospitalar e afeta princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. Esse fortalecimento ocorre também direcionado as CTs em parceria dos Ministérios da: Saúde (MS), da Justiça (MJ), do Desenvolvimento Social de Combate à fome (MDS), do Trabalho (MT).

A política de saúde mental atual promove um retorno às práticas asilares, justificando a necessidade de hospitais psiquiátricos devido à suposta ineficiência da rede territorial. Entretanto, isso ocorre sem discutir a inversão de investimentos²⁰ que as alterações implementadas por essas normativas e diretrizes explicitam, com a diminuição de investimento nos equipamentos da RAPS, nos recursos humanos e materiais que comprometem uma execução dos serviços com qualidade e ignorando os princípios de territorialidade e vinculação comunitária, em detrimento do que, segundo os pressupostos da RPB, deveria ser extinto.

A Portaria nº 2.434/2018, também, exemplifica a inversão de investimentos, ao priorizar gastos hospitalares em detrimento dos serviços extra-hospitalares. Este redirecionamento de recursos reflete uma política que prioriza a humanização do cuidado sob uma perspectiva capitalista, resultando em retrocessos significativos nos direitos já conquistados.

[...] o reconhecimento dado a cada política social se materializa no orçamento público, é peça fundamental de cunho político, visto que serve tanto para orientar as negociações em torno de gastos orçamentários, diretrizes e prioridades quanto para se constituir como instrumento fundamental de controle social. (SALVADOR, 2010, apud HOFFMANN; PEREIRA, 2023, p. 53)

Conforme Desinstitute (2021) o aumento do financiamento para as CTs, por exemplo, demonstra essa priorização. Mesmo diante do posicionamento de entidades organizadas, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e, também, por parte dos movimentos sociais de luta antimanicomial, que denunciam, baseados em relatórios de inspeção do CPF, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Ministério Público que as CTs, frequentes violações de direitos humanos e imposição de práticas religiosas, moralizantes e disciplinares sem eficácia científica comprovada. Ressalta-se, ainda, que os marcos legais que fortalecem as CTs não deliberam de forma concreta sobre garantias de fiscalização e regulamentação destas, assim como a norma não especifica quais profissionais devem compor a equipe, deixando brecha para o que for conveniente aos interesses da instituição. (PASSOS et. al, 2020)

Conforme afirmam Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a Portaria Interministerial nº 2 de 2017, marca outro direcionamento importante: a primeira desvinculação entre a pasta de álcool e

²⁰ Em 2018, as Resoluções CIT nº 35 e nº 36, justificam o corte de verbas, suspendendo temporariamente o financiamento dos CAPS e SRTs com dificuldade de apresentar registros relativos a sua produção no sistema, entretanto não houve uma análise do que motivou a não inserção dos dados no sistema. (DESINSTITUTE, 2021)

outras drogas e a de saúde. Essa portaria instituiu o Comitê Gestor Interministerial, que é responsável por programas e ações direcionados ao cuidado e reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Entretanto a recomendação do CNS é de que pauta deve ser tratada no âmbito do MS, partindo de um planejamento intersectorial sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.²¹

A Resolução nº 32, a Portaria n ° 3.588/2017 e a Portaria nº 544/2018 incorporam a introdução de serviços, como o CAPSad IV, o qual opera sob uma lógica de um pequeno hospital psiquiátrico e não de um CAPS, reforçando uma concepção higienista, desvirtuando a atenção à crise que deveria ser baseada no vínculo terapêutico e na humanização do cuidado. Cabe ressaltar que é um serviço que não atua de maneira articulada com outros dispositivos da RAPS, descaracterizando, por exemplo, o CAPSad III, e desconsidera o trabalho e as estratégias realizadas pelo Consultório na Rua (CNR)²².

No mesmo ano, a Portaria nº 2.434/2018, aumentou o valor de internações hospitalares acima de 90 dias nos Hospitais Psiquiátricos. E posteriormente, a Portaria nº 3.659/2018 suspendeu recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal de 72 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 194 Serviço Residenciais Terapêuticos (SRT), 31 Unidades de Acolhimento (UA) e 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. (CRUZ, GONÇALVEZ e DELGADO, 2020, p.10) O efeito é o enfraquecimento dos serviços substitutivos com o incentivo a implantação de dispositivos de lógica manicomial.

A Resolução nº 1/2018, emitida pelo CONAD, expressou uma postura contrária à legalização das drogas. Com base nessa resolução, a política brasileira sobre drogas passou a enfatizar a internação em CTs, destinando investimentos substanciais a dispositivos que se opõem à RPB e promovem a segregação, e que limitam os usuários a diagnósticos e prescrições medicamentosas (LIRA; OLIVEIRA, 2023).

²¹ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2874-conselho-nacional-de-saude-recomenda-a-extincao-do-departamento-de-apoio-as-comunidades-terapeuticas>

²²O Consultório na Rua visa ampliar o acesso a serviços de saúde a população em situação de rua. Trata-se de um equipamento itinerante que opera diretamente no território e no tocante a questão de álcool e outras drogas é fundamentado em uma concepção de uso de substâncias psicoativas alinhada à lógica de redução de danos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>

A violência e marginalização presentes em espaços como as CTs está vinculada a uma lógica determinista, que reforça a percepção de periculosidade associada ao uso de drogas e segregação social daqueles que fazem uso. Essa exclusão é perpetuada pelo próprio contexto capitalista. Os estigmas e preconceitos relacionados às drogas no Brasil refletem a influência do moralismo, conservadorismo e proibicionismo, assim como do desrespeito aos direitos à saúde, à assistência social e à cidadania. (CFP, 2018)

Ao regulamentar, através da Resolução nº3/2020²³, do CONAD, o acolhimento de adolescentes com problemas de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e álcool em CTs, manifesta a continuidade de violações à Lei nº 10.216/2001, no que tange a proteção e o cuidado a pessoa com “transtorno mental”, o redirecionamento ao modelo de assistência em saúde mental, assim como o cuidado em liberdade no território. Há, portanto, violações ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a CF/88 que diz ser de competências da União, estados e Distrito Federal estabelecer leis, de forma acertada, no que se refere à proteção da infância e juventude (Art. 24, XV), assim como o art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CF/88)

Outro ponto relevante que evidencia o caráter antidemocrático e repressor das diretrizes do período é o Decreto nº 9.926/2019, que eliminou a participação da sociedade civil no CONAD. Esse decreto representou uma perda significativa e um retrocesso no campo de discussão da saúde mental, álcool e outras drogas.

A implementação da nova política antidrogas pelo Decreto nº 9.761/2019, juntamente com a Nota Técnica nº 11/2019, sinalizam um ataque aos serviços substitutivos e abertos, com questionamentos a efetividade do modelo preconizado pela RPB, defendendo de forma pontual o aumento de leitos psiquiátricos e existência dos hospitais psiquiátricos.

Através da Nota Técnica nº 11/2019 e demais normativas anteriores, o aparelho estatal reforça e valida a violência para com as pessoas em sofrimento mental e dependentes químicos, restringindo o direito ao cuidado em liberdade, minimizando o cuidado através da política de

²³ A Defensoria Pública posteriormente entrou com liminar solicitando a suspensão da internação de adolescentes em CTs, argumentando que a resolução desconsidera a PNSM e o ECA.

redução de danos em detrimento da abstinência e reintroduzindo práticas violentas como a eletroconvulsoterapia. Esse cenário é agravado pela influência de setores conservadores e religiosos na formulação de políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas. A presença desses grupos nos espaços de decisão pública fortalece uma lógica proibicionista e moralista, impedindo avanços em práticas humanizadas e de redução de danos. (LIRA; OLIVEIRA, 2023)

Outra relevante alteração foi a revogação de uma série de artigos das Portarias de Consolidação nº 5 e 6 de 2017, que regulamentavam o programas de desinstitucionalização. A ação suspendeu verbas, que segundo o Desinstitute (2022)²⁴, desmontou “praticamente todas as previsões legais para o financiamento dos programas de desinstitucionalização” que integram a RAPS. A organização salienta que a decisão ocorreu sem consulta popular ou discussão ampla com as instâncias de controle social.

O caráter arbitrário do ato, portanto, converge com os interesses corporativos de proprietários de hospitais, em detrimento das garantias legais aos direitos das pessoas privadas de liberdade em instituições psiquiátricas, e corrobora com o desmonte da política nacional de saúde mental e das conquistas da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, o Desinstitute reitera que as deliberações governamentais devem ser sempre enriquecidas pela escuta e pela participação de órgãos que atuem na área temática da alteração proposta, incluindo organizações da sociedade civil [...] Para tomar essa decisão o Ministério da Saúde teria se apoiado em uma suposta ausência de solicitações de recursos para a desinstitucionalização por parte dos municípios brasileiros. No entanto, o órgão sequer apresentou dados que comprovem tal alegação, postura que demonstra mais uma vez, a opção pela não transparência em relação a decisões que impactam diretamente a garantia de princípios do SUS. (DESINSTITUTE, 2022)

O sucateamento proposital dos serviços territoriais é utilizado como justificativa para a privatização da saúde mental,

As resoluções 35 e 36 da CIT foram aparentemente criadas para se aproveitar desta fragilidade dos serviços e, em vez de buscar aprimorar o sistema de informações e de fiscalização da aplicação dos recursos, cortam diretamente os recursos na esfera federal, asfixiando financeiramente os serviços comunitários. Por um lado, a ‘nova’ PNSM traz componentes que aumentam sistematicamente o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e, por outro, exerce o contingenciamento de recursos da atenção de base territorial, com pautando-se nas restrições postas por essas resoluções. (CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020, p. 8)

²⁴ Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/nota-do-desinstitute-edital-de-custeio-para-hospitais-psiquiatricos-e-portaria-provocam-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/#:~:text=A%20Portaria%20GM%20FMS%20n%C2%BA,financiamento%20dos%20programas%20de%20desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o>.

Há o fomento a um modelo mercadológico e hegemônico que reforça a centralidade da doença e da intervenção hospitalar distanciando-se da concepção de determinação social do processo saúde-doença. Este modelo, aliado ao *lobby* da indústria farmacêutica, perpetua a patologização e a medicalização do sofrimento psíquico, marginalizando abordagens integrativas e comunitárias.

A indústria da loucura, conforme Bravo e Menezes (2013), ilustra como o lucro é gerado a partir do sofrimento, consolidando o projeto neoliberal que busca privatizar a saúde e reverter os avanços da Reforma Sanitária Brasileira. A expansão das clínicas psiquiátricas durante o período de industrialização reflete o interesse do setor privado em transformar a saúde mental em um mercado lucrativo.

Em suma, as mudanças normativas e operacionais na legislação da política de saúde mental no Brasil têm reforçado práticas manicomialistas e privatistas, desvirtuando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e promovendo retrocessos significativos nos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A resistência a esses retrocessos é fundamental para garantir um cuidado humanizado, baseado na territorialidade, na integralidade e no respeito aos direitos das pessoas em sofrimento mental.

3.2. Reflexos para a prática profissional: desafios e possibilidades

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha construído uma nova perspectiva a respeito da saúde mental e implementado serviços substitutivos que possibilitaram aos assistentes sociais uma melhor intervenção junto ao usuário, a prática dos assistentes sociais na política pública de saúde enfrenta os constantes desafios decorrentes dos interesses políticos e institucionais. Esses desafios frequentemente limitam a intervenção profissional, impondo barreiras à realização dos ideais do Projeto Ético-Político Profissional (VASCONCELOS, 2010). Refletir sobre a conjuntura de contrarreformas e as alterações de normas e diretrizes é essencial para compreender o alcance e os limites da atuação do assistente social na saúde mental, bem como as condições que moldam essa prática.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social, o neoliberalismo “vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que classe trabalhadora é submetida”. (CFESS, 2010, p. 23) Portanto, delinear a ação profissional e estabelecer

mecanismos de atuação comprometidos com o projeto ético-político da profissão e a luta antimanicomial, possibilitam ao assistente social o desenvolvimento de ações que visem a garantia e consolidação dos direitos dos usuários

Levando em conta toda discussão realizada neste trabalho, a atuação do assistente social na saúde mental, requer a compreensão dos fenômenos que envolvem o sofrimento e/ou adoecimento psicossocial nas pessoas e suas relações com a sociedade. Segundo Bisneto (2007), essas interações abrangem a reinserção social por meio do trabalho e renda, acesso à alimentação, moradia, educação, cuidados integrais de saúde e o fortalecimento dos laços com redes de apoio social, familiar e comunitárias, aspectos fundamentais para o resgate da cidadania e efetivação de direitos.

A contrarreforma do Estado brasileiro, intensificada a partir de 2016, está intrinsecamente ligada à contrarreforma das políticas sociais. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, é um exemplo claro desse processo, ao impor um teto de gastos públicos que restringiu severamente o financiamento das políticas sociais. Esse contexto de austeridade financeira e regulamentação da relação entre capital e trabalho apresenta desafios à atuação profissional por aprofundar a precarização das condições de vida e trabalho, exacerbando a vulnerabilidade social e os riscos de adoecimento.

Entretanto, os desafios impostos pelas políticas de austeridade e pelo aprofundamento do neoliberalismo, os quais têm expressões claras na PNSM, produz efeitos que incidem no financiamento, serviços, organização e prática de cuidado. A destinação de recursos, na conjuntura atual, reflete um fortalecimento de respostas de base moral punitiva e individualista. O avanço conservador, impulsionado por interesses religiosos fundamentalistas e pelo crescimento da vertente evangélica neopentecostal, tem produzido regressividades civilizatórias que se refletem nas políticas sociais e de saúde mental.

A análise do fortalecimento das Comunidades Terapêuticas no cenário da política de drogas no Brasil exemplifica essa relação. A crise estrutural do capital, combinada com o avanço conservador, resultou em uma transformação na identidade religiosa e na configuração das políticas sociais, alinhadas à lógica manicomial. A atuação profissional nesse espaço é necessária, mesmo com as rejeições e críticas às CTs e o que elas representam. Assim como os hospitais psiquiátricos, as CTs, de acordo com as alterações da PNSM e PNAD, atualmente compõem um espaço de “tratamento” destinado aos usuários. Apropriar-se desses espaços com todo o aporte

teórico, crítico, ético e político da categoria profissional é um desafio, porém uma possibilidade de enfrentamento diante das violências, exclusões e invalidações a que os sujeitos que estão em sofrimento estão submetidos nesses espaços.

Diversas inspeções realizadas por órgãos de direitos humanos e conselhos profissionais, como o CFESS, apontam esses locais como espaços de cárcere, tortura, e violência física, psicológica e sexual. Denúncias públicas feitas por pessoas que estiveram internadas reforçam essa realidade. Portanto, é dever ético dos assistentes sociais se inserir em espaços de controle social, influenciando diretamente a proposição de políticas públicas. Assim, nesse contexto de retrocessos, cabe os assistentes sociais atuar em diferentes instituições vinculadas à saúde mental, enfrentando a realidade institucional, política e social, bem como as demandas que se colocam a este profissional.

Nos últimos anos, o Brasil tem sofrido com o desmonte e a falta de investimento em políticas públicas de saúde mental de base territorial e comunitária. Em vez disso, os recursos têm sido direcionados para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Como consequência os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais, devido às mudanças na PNSM, e apontados pelas pesquisas: incluem a redução do financiamento para serviços da RAPS; a falta de capacitação adequada e continuada; as diretrizes favoráveis à hospitalização e comunidades terapêuticas; a resistência institucional às práticas de atenção psicossocial. Essas limitações dificultam a implementação de práticas coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica, afetando a qualidade do atendimento e a inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental.

Segundo Vasconcelos (CFESS, 2023) ao se defender a política de saúde mental, não se está falando de qualquer política; defende-se uma que, além de oferecer serviços de qualidade, visa a construção de uma nova ordem societária, livre de exploração e opressão. A luta pela saúde mental deve estar alinhada às lutas gerais da classe trabalhadora, como melhores condições de emprego, educação, moradia e lazer. Além disso, essa luta deve ser antimanicomial, antirracista, antiproibicionista, anticapacitista, antilgbtqia+fóbica, decolonial e feminista.

O caráter antidemocrático assumido pelos governos no período de 2016 a 2022, com pautas conservadoras e repressoras, restringindo a participação social, de conselhos e entidades organizadas na construção de diretrizes e normativas resultou em retrocessos significativos na política de saúde mental, com a retomada de aspectos manicomiais que haviam sido combatidos

pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que destoa da pauta política que o Serviço Social brasileiro construiu coletivamente e que dialoga com a luta antimanicomial, que visa a garantia de direitos humanos, de cidadania, do cuidado em liberdade e de emancipação dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico.

O processo de retorno conservador que o Brasil vivência, revela como o capitalismo brasileiro adaptou-se às condições objetivas, mantendo um *status quo* que favorece as classes dominantes. Essa modernização, caracterizada pelo autoritarismo e pelo conservadorismo, reflete-se nas políticas públicas, incluindo a saúde mental.

A conjuntura atual impõe questões que colidem diretamente com o nosso Projeto Ético-Político. A aglutinação das forças conservadoras, objetivando reforçar ajustes de cunho neoliberal numa perspectiva cada vez mais agressiva. Nesse sentido, é cada vez mais relevante aguçarmos a nossa crítica e nos posicionarmos valentemente contra as investidas que pretendem destruir os direitos já garantidos e as possibilidades da categoria profissional de contribuir com a construção de uma sociedade humana e justa nos marcos de outro modo de produção. (OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 160)

O avanço das contrarreformas não apenas impacta a estrutura das políticas sociais, mas também molda a subjetividade dos indivíduos. A materialidade da sociedade capitalista com diversas expressões de violência e desigualdade como: violação de direitos, jornadas exaustivas de trabalho, falta de acesso a políticas públicas, violência estatal, racismo e violência de gênero, têm sido determinantes para intensificar os níveis de sofrimento psíquico na população. Em resposta a isso, observa-se uma crescente hipermedicalização das populações, oferecendo uma 'saída' individual para uma questão coletiva, o que beneficia a indústria farmacêutica. O desafio apresenta-se em romper com a concepção, hegemônica, psicologizante, presente no direcionamento nas instituições. (CFESS, 2023) Trazer à tona o caráter político desse sofrimento é essencial para entender como as práticas e saberes na área da saúde mental são moldados pela lógica neoliberal, que lucra com sofrimento, e tem na saúde mental um mercado lucrativo.

Segundo Vasconcelos (CFESS, 2023)²⁵ “é importante destacar: a luta pela saúde mental se insere na luta pela defesa de uma política de saúde que seja pública, estatal, gratuita, laica e de qualidade, portanto, é um campo fundamental para inserção de assistentes sociais”. Portanto, um dos desafios do trabalho do/a assistente social no campo de saúde mental, está justamente na pouca discussão, durante a graduação em Serviço Social, sobre o fenômeno da loucura, os estigmas, a história da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial e outros pontos

²⁵ Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2050>

importantes que são basilares para uma atuação que não reforce e/ou também se limite a centralidade de um saber biomédico. Segundo Bisneto (2007), essa fragilidade teórico-metodológica no campo de saúde mental gera insegurança para muitos profissionais.

Consequentemente, ao se levar em consideração o histórico da saúde mental e suas origens, as quais apontam para uma lógica de culpabilização dos indivíduos e que enxerga estes como problemas a serem tratados, desconsiderando as relações sociais e a dinâmica sociedade e suas instituições, o assistente social, em concordância com o projeto ético-político do Serviço Social, também deve assumir o compromisso de investigar para além do usuário, com um olhar crítico e dialético ao buscar entender como as expressões da questão social estão relacionadas no processo de adoecimento mental. Portanto, um dos desafios da atuação profissional do assistente social é justamente romper a perspectiva funcionalista predominante nesses espaços de trabalho e na visão das equipes, que muitas vezes desconsideram e/ ou desconhecem a visão crítica sobre não focar somente no individual, mas que reconheça a realidade subjetiva e também a realidade social.

Apesar de o Serviço Social possuir pouca familiaridade com o debate da saúde mental, os profissionais que abraçam esse campo de atuação não conseguem ignorar as condições societárias que incidem sobre o adoecimento mental e sobre as questões da subjetividade. A compreensão da complexa relação entre realidade social e realidade subjetiva continua sendo uma das principais questões para profissionais que trabalham com os agravos à saúde mental. (GENTILLI, 2011, p.220)

Desta forma, outro desafio se encontra em não permanecer numa postura que credita o atendimento individual como conservador e o atendimento coletivo como emancipatório. O importante é entender ambas as realidades, subjetiva e social, como essenciais no processo investigativo e de atendimento dos usuários. Sendo assim, um dos limites da atuação dos assistentes sociais na área de saúde mental se relaciona com a capacitação destes, sendo exigido uma mínima formação sobre a teoria que aborda os assuntos relacionados à sofrimento mental, reforma psiquiátrica e modelo de atenção psicossocial. Além disso,

Apesar de a um assistente social não caber a “abordagem clínica”, ele necessita compreender minimamente os diagnósticos diferenciais do campo da saúde mental, sejam derivados da Psiquiatria, sejam decorrentes dos atendimentos psicológicos, psicanalíticos ou de qualquer outra abordagem com a qual se trabalhe a subjetividade na saúde mental. (GENTILLI, 2011, p.221)

Diante da compreensão dos reflexos da contrarreforma na área da saúde mental, de como essas mudanças influenciam a estruturação das políticas públicas e das instituições e

serviços de saúde, há, para o assistente social, a possibilidade de planejar alternativas a serem desenvolvidas com proposições de ações profissionais condizentes com a direção social e política do projeto ético e político dos assistentes sociais em sintonia com a realidade social e as particularidades do campo de atuação.

Entende-se que a perspectiva em que outros saberes saem da posição de subalternidade possibilita ao Serviço Social, dentro das instituições, com as equipes de trabalho, com os sujeitos, sua rede de apoio e a sociedade, atuar de forma emancipatória (devido ao compromisso ético e político que assume enquanto categoria) e com o reconhecimento de ter uma formação profissional que o capacitada a agir junto as questões sociais.

A formação em Serviço Social propicia que o assistente social no campo da Saúde Mental seja, em potencial, um profissional apto a fazer críticas das relações entre sociedade e loucura nas suas diversas interligações e, numa perspectiva institucionalista, intervir num amplo escopo da prática social, usando sua visão nas mais diversas análises e trabalhos. (BISNETO, 2007, p. 202).

Há, para os assistentes sociais, a possibilidade de realizar análises institucionais e compreender os processos históricos, políticos, econômicos, as relações de poder e os interesses que perpassam esses espaços com foco em ações que repercutam na conjuntura em saúde mental, indo de encontro à contrarreforma e ao modelo de psiquiatria tradicional; participando da formulação de políticas sociais, do planejamento, execução e avaliação dos serviços tanto dentro da rede de atenção psicossocial, quanto na rede socioassistencial com ações intersetoriais e integrais voltados a atuação da defesa da saúde mental.

Também, há possibilidades advindas da análise das relações sociais, internas e externas, com relação as profissões com as quais trabalham, com os usuários diretos e indiretos e a sociedade no geral. A profissão pode explicitar as contradições existentes na prática da equipe interdisciplinar e na sociedade; realizar a discussão crítica sobre a psicopatologização dos problemas sociais; contribuir elaborando processos de trabalho e organização de serviços que levem em conta a singularidade dos sujeitos, dando a esses voz e protagonismo; criando estratégias de enfrentamento e intervenção na assistência aos usuários dos serviços psiquiátricos e considerando, também, os usuários das demais políticas sociais, e sobre os quais, as expressões da questão social, causam algum tipo de sofrimento e que o peso do desconhecimento profissional sobre a medicalização das questões sociais e a história da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica acaba por promover e/ou perpetuar violações.

As particularidades do Serviço Social, enquanto uma profissão voltada para as relações sociais, as organizações e o campo das políticas públicas, fazem com que este tenha pouco a contribuir com o atendimento clínico dos pacientes de saúde mental. A importância dos assistentes sociais prevalece, de forma que a questão que apresenta muita complexidade para psiquiatras e psicólogos, na realização de trabalhos com a gestão e com procedimentos socioassistenciais destinados aos usuários em sofrimento mental. (BISNETO, 2007)

Ademais, os assistentes sociais, como profissionais que possuem um olhar crítico, podem ainda atuar na possibilidade de uma releitura do modelo da Reforma Psiquiátrica adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), já que a abordagem psicossocial sugerida por este, geralmente, está atrelada a uma percepção social que valoriza o “familiar” e o “comunitário”, levando a uma perspectiva psicologizante. Neste sentido,

Cabe ao assistente social, e não apenas aos formuladores do modelo, identificar entre suas atribuições profissionais as interfaces sociais que a abordagem “psicossocial” da saúde mental guarda com a complexidade do social, estudadas na profissão e, nesse caso, fazer avançar tal perspectiva tão restritiva, tanto no campo teórico, quanto no seu próprio fazer. (GENTILLI, 2011, p.224)

Compreender os parâmetros para a atuação do assistente social no campo da saúde mental, carece de uma abordagem a respeito das questões institucionais na qual os profissionais trabalham – subordinados a perspectivas de projetos societários – para contribuir com uma atuação profissional alinhada com a Reforma Psiquiátrica e em entendimento com o projeto ético-político do Serviço Social, compreendendo as determinações sociais e culturais que influenciam as demandas da saúde mental; a subjetividade e intervindo nas refrações da questão social na área. A saúde mental requer abordagens desafiadoras, sempre em conformidade com a Reforma Psiquiátrica, considerando as demandas relacionadas ao trabalho com as famílias, geração de renda, controle social e garantia de acesso a benefícios (CFESS,2010).

[...] quando a instituição psiquiátrica tem uma racionalidade emancipadora, o Serviço Social faz um trabalho que colabora com a restauração da saúde mental do usuário. Quando a instituição psiquiátrica é exploradora, dominadora, mistificadora, o Serviço Social, se não atuar de forma crítica e em aliança com os outros atores progressistas, corre o risco de alienar mais ainda seu usuário, o que é conflitante com os objetivos da profissão estabelecidos em seu Código de Ética. Por isso os paradoxos da atuação do Serviço Social em Saúde Mental dependem muito do tipo de instituição empregadora. (BISNETO, 2007, p. 133)

Na reflexão sobre o processo de contrarreforma na PNSM no Brasil, verifica-se a necessidade de não só retornar aos pressupostos da RPB, mas de ir além. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) destaca como elementos fundamentais para tal:

1) fechar os manicômios (instituições totais, tais como hospitais psiquiátricos monovalentes, comunidades terapêuticas, hospitais de custódia), substituindo-os pela oferta de uma rede de atenção psicossocial extensa, territorializada e densa em tecnologias de cuidado culturalmente sensíveis, pautados em uma clínica do sujeito e ampliada na consideração dos determinantes sociais da produção do sofrimento psíquico; 2) criar condições para desinstitucionalizar as pessoas, e não apenas desospitalizá-las, garantindo-lhes um lugar digno de inclusão social, por meio de estratégias de geração de renda e economia solidária, da garantia da possibilidade de transitarem e ocuparem a cidade, assegurando-lhes espaços de moradia, acesso ao transporte público, ao lazer e aos esportes, à arte e à cultura; 3) produzir estratégias de desestigmatização; 4) inovar na atenção à crise em uma perspectiva não biomédica, mas biopsicossocial, fortalecendo a atuação de cuidado e promoção da saúde em redes sociais significativas e redes de apoio mútuo; 5) ampliar e fortalecer o cuidado em saúde mental para além da atenção especializada, capilarizando-o pela atenção primária à saúde, recriando os NASFs e revalorizando os ACS, e evitando, ao mesmo tempo, a medicalização da vida e o tratamento “baseado em patologias”; 6) identificar tipos de sofrimento psíquico e sofrimento social mais prevalentes ou em crescimento entre segmentos sociais distintos, tais como crianças, jovens, homens, mulheres, pessoas LGBTQIA+, povos indígenas, população negra, grupos de trabalhadores e trabalhadoras, bem como modalidades emergentes de expressão de sofrimento de modo a analisar o que os produz em uma perspectiva de interseccionalidade, de compreensão da sua dinâmica psicodinâmica e sociohistórica de modo a buscar estratégias para seu enfrentamento, garantindo, entre essas estratégias, cuidado individual ou em grupo às pessoas que os sofrem; 7) construir uma política de drogas antiproibicionista, cujo cuidado seja realizado em serviços comunitários e abertos (CAPSad e CAPSadIII, unidades de acolhimento, consultórios de rua e consultórios na rua, UPA, enfermarias clínicas de hospitais gerais, entre outros) orientados pela estratégia de redução de danos e de oferta de cuidado aos familiares e pessoas significativas, em caso de demanda, 8) fechar quaisquer serviços de caráter asilar como instituições de longa permanência "terapêutica" (ILPTs), residenciais de idosos e determinadas casas de “acolhimento” de crianças que funcionam de modo manicomial, substituindo-os por casas humanizadas, adequadas na produção de sociabilidade, afeto e produção de vida de acordo com as necessidades geracionais e, sobretudo, não indutoras de sofrimento psíquico; 9) produzir uma cultura de despatologização e desmedicalização da vida de pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvendo uma perspectiva crítica que busque saídas criativas e recursos ecoetnopsicológicos, ao invés de reduzir-se fundamentalmente a recursos biomédicos ou psicologizantes; 10) Retomar, com maior organicidade e saber prático, um processo de educação permanente e formação de estudantes e trabalhadores, envolvendo, inclusive, usuário(a)s como formadores, em uma articulação entre universidades, escolas de governo, especialistas populares e especialistas em PICs e serviços da RAPS e do SUS; 11) Promover a integração da Rede de Atenção Psicossocial às outras Redes do SUS, da SUAS e de outros setores com vistas a responder, de modo eficiente e ágil, às necessidades sociais e de saúde da população em sofrimento mental. (ABRASCO, 2022, p. 2)

Portanto, para a consolidação de um projeto pautado e construído em um ambiente de luta marcado pelo caráter contraditório que permeia a política de saúde mental, é imprescindível

se opor à remanicomialização e à prevalência de interesses privados e conservadores na atenção à saúde mental (LIRA; OLIVEIRA, 2023). Essa resistência, de acordo com Vasconcelos (2016), deve ser fortalecida pela mobilização de sujeitos políticos; dos usuários da PNSM e seus de seus familiares, e dos defensores dos princípios fundamentais de propostas como a da ABRASCO. Há, para o Serviço Social, a possibilidade de fortalecer essa resistência e impulsionar a Luta Antimanicomial e a RPB, em diversos níveis: enquanto conselho representativo de classe, como participantes ativos dos movimentos sociais antimanicomiais, e como profissionais atuantes nos diferentes espaços ocupacionais.

A participação ativa nos movimentos sociais antimanicomiais fortalece o compromisso ético-político da profissão, que enfatiza a necessidade de reconhecer as determinações socio-históricas e econômico-políticas dos problemas que emergem nos serviços de saúde mental. A capacidade analítica e crítica do assistente social permite que ele não só compreenda, mas também articule as demandas imediatas dos usuários com uma perspectiva mais ampla, conectando essas necessidades às respostas das políticas sociais. Assim, o assistente social contribui para a qualificação do debate no campo da saúde mental.

Nos diferentes espaços ocupacionais, os assistentes sociais têm competência para planejar e executar ações profissionais que estejam em sintonia com uma direção social e política delineada pelo projeto ético-político da categoria (CFESS, 2020). Este planejamento, no entanto, deve ser dinâmico, considerando as particularidades e a realidade social em constante transformação. A atuação profissional deve sempre estar orientada pela defesa de uma sociedade sem manicômios e pelo cuidado em liberdade, entendendo que o sofrimento e o adoecimento psicossocial são resultados das estratégias capitalistas de reprodução ampliada do capital. Portanto, a defesa da vida e a luta por uma saúde mental de qualidade exigem que os assistentes sociais se posicionem firmemente contra a remanicomialização e os interesses conservadores na saúde mental. (VASCONCELOS, 2016)

Nesse contexto, o fortalecimento dos espaços organizativos e a continuidade das bandeiras de luta são imprescindíveis. Cabe ao assistente social, portanto, não apenas atuar na prática cotidiana, mas também contribuir para a promoção de um cuidado ampliado e compartilhado, integrando as redes setoriais e intersetoriais e expandindo o escopo da intervenção profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso buscou identificar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica no período de 2016 a 2022 na atuação do/a assistente social na política pública de saúde mental. A escolha desse tema se justifica pela relevância de analisar as mudanças normativas e operacionais que impactam diretamente o campo da saúde mental e, conseqüentemente, a prática profissional dos/as assistentes sociais.

A partir de uma abordagem qualitativa, utilizou-se a análise bibliográfica e documental, permitindo um aprofundamento teórico sobre o tema e uma análise detalhada das legislações e normativas que balizaram a política de saúde mental durante o período analisado. Essas fontes permitiram traçar um panorama do cenário das políticas de saúde mental no Brasil e dos desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais no contexto da contrarreforma psiquiátrica.

Para atingir o objetivo geral e identificar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica na atuação do/a assistente social, foram estabelecidos três objetivos específicos. O primeiro foi analisar o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica e os retrocessos que caracterizam a contrarreforma psiquiátrica. Verificou-se que a implantação da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental antimanicomial se constituiu ao longo dos anos em um campo de contradições, disputas e tensões permanentes. Apesar dos avanços alcançados com a criação do SUS e a aprovação da Lei Paulo Delgado em 2001, que estabeleceu novas diretrizes para a política de saúde mental no país, a conjuntura política, econômica e social dos últimos anos, marcada pela ascensão da extrema-direita e aprofundamento do neoliberalismo, tem imposto sérios retrocessos à consolidação desse modelo de atenção.

O segundo objetivo foi contextualizar a Política Nacional de Saúde Mental e as alterações no campo normativo-operacional ocorridas no período de 2016 a 2022. As análises empreendidas evidenciaram que, nesse período, ocorreu uma série de ataques e desmonte na Política Nacional de Saúde Mental com a publicação de normativas que incentivam a internação psiquiátrica, a mercantilização e privatização do cuidado, o financiamento das Comunidades Terapêuticas, o enxugamento orçamentário e a estagnação da implantação de serviços de base comunitária.

O estudo sugere a existência de diferentes elementos que compõem a contrarreforma psiquiátrica, com realce para a reatualização do conservadorismo, por meio da retomada de

modelos e práticas considerados superados cientificamente, reinseridos, porém, sob uma roupagem de modernização e de boa prática psiquiátrica. Pode-se citar, como exemplo, as medidas de humanização do hospital psiquiátrico, com embasamento a partir da proposta do modelo híbrido, em que se busca manter os hospitais psiquiátricos, apenas por meio da sua reatualização, da modificação por dentro e da prevenção de doenças mentais pela ótica higienista.

O terceiro objetivo foi identificar as inflexões da contrarreforma psiquiátrica no exercício profissional do/a assistente social no campo da saúde mental, apresentando os desafios e potencialidades. O cenário traz sérias implicações para a atuação profissional, impondo desafios e limites a sua atuação na efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Constatou-se desafios que advém da influência neoliberal, resultando na descontinuidade dos avanços conquistados pela RPB, as pressões políticas de setores privados que se beneficiam do modelo asilar. As alterações normativas, especialmente aquelas que envolvem a redução de recursos e o aumento das exigências burocráticas, promovem a estagnação dos serviços comunitários, com o retorno de práticas manicomiais, a mercantilização do cuidado e o enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), influenciando negativamente a qualidade do atendimento e o bem-estar dos usuários dos serviços. Há a intensificação de práticas que contradizem os princípios ético-políticos da profissão: impuseram desafios significativos à prática do Serviço Social,

Contudo, verificou-se também que esse contexto adverso pode ser uma oportunidade para os profissionais atuarem como força de resistência às pautas neoconservadoras e ao aprofundamento das medidas neoliberais. Nesse sentido, o Serviço Social, com seu aporte teórico-metodológico, perspectiva crítica e compromisso com um projeto de sociedade emancipadora, pode contribuir com a formulação, planejamento, execução e avaliação de políticas e serviços de saúde mental alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, conclui-se que, apesar dos retrocessos impostos pela contrarreforma psiquiátrica, o/a assistente social possui diversas potencialidades para atuar na consolidação de uma política de saúde mental pública, universal e de base territorial. Essa atuação envolve o fortalecimento da luta antimanicomial, a defesa dos direitos dos usuários, a articulação com os movimentos sociais e a construção de estratégias de enfrentamento aos ataques à Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, a hipótese de que os ataques e retrocessos impostos à política de saúde mental, especialmente entre 2016 e 2022, limitariam e desafiam a atuação do/a assistente social,

se confirmou. Esses limites e desafios se manifestaram através da reorientação das políticas públicas que favorecem a privatização do cuidado e a internalização psiquiátrica, em detrimento do modelo comunitário e da liberdade como princípio orientador do cuidado

Em resposta ao problema de pesquisa, conclui-se que as repercussões da contrarreforma psiquiátrica na atuação do/a assistente social são profundas, afetando tanto a prática profissional quanto a garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. A contrarreforma fragilizou a política de saúde mental antimanicomial, impondo desafios que demandam resistência e rearticulação das estratégias de atuação dos/as assistentes sociais

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão e o debate sobre os desafios e possibilidades do exercício profissional do/a assistente social na política pública de saúde mental, especialmente em um cenário de profundos retrocessos, e inspire novas investigações e intervenções nesse campo. Em pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos empíricos que possam investigar, de forma mais detalhada, o impacto dessas mudanças no cotidiano dos/as assistentes sociais que atuam em diferentes regiões do Brasil. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de resistência que envolvam tanto a categoria dos/as assistentes sociais quanto os movimentos sociais, visando à defesa e ao fortalecimento da política de saúde mental pública e antimanicomial, antirracista, antiproibicionista, anticapacitista, antilgbtqia+fóbica, decolonial e feminista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, (Org.). Proposta ABRASCO para a política de saúde mental do governo Lula. Salvador: GT Saúde Mental, 2022. Disponível em: <https://abrasco.org.br/gt-saude-mental-produz-cartilha-e-documento-para-equipe-de-transicao-do-novo-governo/>. Acesso em: 6 agosto 2024.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. *E-book*.

AMARANTE. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019. P. 13 – 45. Prefácio de Eliane Brum e O pavilhão Afonso Pena.

AROUCA, S. **Conferência: Democracia é Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 35- 44

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/70ontente70ção/70ontente70ção.html. Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Iª Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/70ontente70çã/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em: 18 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em. 19 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de

drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.html. Acesso em: 06 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 26 julho 2024.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> > Acesso em: 27 julho. 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 67/2021 - CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Modelo para Avaliação dos Riscos Psicossociais e de Violência. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211216_N_InstrumentoparaAvaliacaodoRiscosPsicossociaisedeViolencia-pacientesforenses-inclusaoemSRT_7107186306922612782.pdf. Acesso em: 05 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial,** Relatório de Gestão 2011- 2015. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019.** Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9926-de-19-de-julho-de-2019-201622995>. Acesso em: 24 julho. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019.** Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9926.html. Acesso em: 06 agosto 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 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. Disponível em: <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/72ontente72ção/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em
22 julho 2024

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html>. Acesso em 22 julho 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html>. Acesso em 05 agosto 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020. Disponível em: <
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Portaria nº 437, de 13 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-437-de-13-de-julho-de-2020-266876712>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Portaria nº 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII,

XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html>. Acesso em: 5 agosto 2024.

BRASIL. Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html#:~:text=Define%20diretrizes%20para%20o%20cadastro,CNES\)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html#:~:text=Define%20diretrizes%20para%20o%20cadastro,CNES)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias). Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.659, de 16 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/73ontent/asset_publisher/KujrW0TZC2Mb/73ontent/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Presidência da República. Portaria Conjunta nº4, de 22 de outubro de 2020. Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetoria e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412>>. Acesso em: 05 agosto 2024.

BRASIL. Resolução nº 36, de 25 de janeiro de 2018. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Brasília: Comissão Intergestores Tripartites. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. Resolução nº3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Brasília: Ministério da Justiça. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em: 6 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria nº 690, de 25 de outubro de 2021.** Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes - PIA e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Brasília: Ministério da Cidadania. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-690-de-25-de-outubro-de-2021-354622274>. Acesso em: 6 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria nº 700, de outubro de 2021.** Regulamenta a fiscalização das Comunidades Terapêuticas que realizam o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Brasília: Ministério da Cidadania. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-700-de-25-de-outubro-de-2021-354632483>. Acesso em: 6 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria nº 375, de 5 de agosto de 2022.** Atualiza, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço especializado de Atenção Psicossocial, incluindo o Tratamento em Regime de Internação para Transtornos Mentais e Dependência Química. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0375_16_08_2022.html. Acesso em: 6 agosto 2024.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: < https://www.in.gov.br/74ontent/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/74ontent/id/1286090>. Acesso em: 27 julho 2024.

BRASIL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, cap. 5, 2009. P.88 -110.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no século XX.** In: BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013.

CFESS. **Código de ética do Assistente Social.** Brasília, DF: CFESS, 1933.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão**. Brasília, DF: CFESS, 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS202-AtribuicoesPrivativas-Vol2-Site.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2024.

CFESS. **Hoje é o Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro: No Serviço Social, a luta é antimanicomial! Em 2023, tem Conferência Nacional em Brasília**. Brasília, 10 outubro 2023. Disponível em: < <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2050>>. Acesso em: 2 outubro 2024.

CFESS. **Resolução nº 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília (DF), 1999.

CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 2018. Disponível em:<<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%Aauticas.pdf>>. Acesso em: 30 julho. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº218**, de 06 de março de 1997. Brasília (DF), 1997.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **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/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 julho 2024.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/2001**. Brasília, 2021.

DESINSTITUTE; (org.) **Nota do Desinstitute: Edital de custeio para hospitais psiquiátricos e Portaria provocam retrocessos na política de saúde mental**. 13 de abril de 2022. Disponível em: < [DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, \[s. l.\], 2007. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-53282>>. Acesso em: 2 maio 2024.](https://desinstitute.org.br/noticias/nota-do-desinstitute-edital-de-custeio-para-hospitais-psiquiatricos-e-portaria-provocam-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/#:~:text=A%20Portaria%20GM%2FMS%20n%C2%BA,financiamento%20dos%20programas%20de%20desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o.> . Acesso em: 05 agosto 2024.</p></div><div data-bbox=)

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social**. SER SOCIAL, Brasília (DF), v. 13, n. 28, jan./jun. 2011, p. 210-230. Disponível em < http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/SER_Social/article/view/12688/11090>. Acesso em 02 agosto 2024.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais.** In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GUIMARAES, T.A.A; ROSA, L.C.S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista.** Revista Social em Questão, v. 22, n. 44, p. 111- 138, 2019.

HOFFMANN, Edla; PEREIRA FREITAS, Lyzete Bruna. **Saúde em tempos ultraneoliberais: entre a atenção psicossocial e a (re)manicomialização.** *Argumentum*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 48–64, 2023. DOI: 10.47456/argumentum.v15i3.40121. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40121>. Acesso em: 28 jul. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica/ Marilda Vilela Iamamoto, Raul de Carvalho.** 19. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Pena]; CELATS, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2007.

LIRA, Gabriela Fernandes Chaves; OLIVEIRA, Andreia. **Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial.** *Argumentum*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 111–125, 2023. DOI: 10.47456/argumentum.v15i3.40031. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40031>. Acesso em 21 julho 24.

LOPES, Josefa Batista. **O movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina como marco na construção crítica na profissão: a mediação da organização acadêmico-política e o protagonismo do serviço social brasileiro.** In: LOPES, Josefa Batista. **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo.** São Paulo: Cortez, 2016. Cap. 12. p. 311-344.

MEDEIROS, Tácito. **Uma história da Psiquiatria no Brasil.** In J. F. Silva Filho & J. Russo (orgs.), **Duzentos anos de psiquiatria: coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Ed. UFRJ,1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MEXKO, S.; BENELLI, S. J. **A Política Nacional de Saúde Mental brasileira: breve análise estrutural.** Rio de Janeiro: Em Pauta, n. 49, v. 20, 2022. P. 22-48. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63480>>. Acesso em: 27 abril 2024.

MOTA, M. de L.; RODRIGUES, C. M. B. **Serviço Social e Saúde Mental: Um estudo sobre a prática profissional.** SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

NETTO, José Paulo. **A reatualização do conservadorismo.** In: NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no brasil pós-64.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p.201 – 249.

NETTO, José Paulo. **A intenção de ruptura**. In: NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p.255 - 305.

OLIVEIRA, E. M. A. P.; CHAVES, H. L. A. **80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão**. Serviço Social Sociedade, n. 128, São Paulo, 2017, p. 143-163. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/GhVdbyXB4rmF4qgcbQzhKxF/?lang=pt#>>. Acesso em 05 de julho de 2024.

OLIVEIRA, Priscilla Menezes de. **É caso para o GIPSI?: uma etnografia em saúde mental**. Dissertação (graduação). Brasília: Universidade de Brasília, 2011. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/2088/1/2011_PriscillaMenezesdeOliveira.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: J.S Paim, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>> Acesso em 15 de maio de 2024.

PASSOS, Rachel Gouveia; SOUZA DE FARIAS, Jessica; MEYRE DA SILVA GOMES, Tathiana; DE CASTRO LOPES DE ARAUJO, Giulia. **Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro**. *Argumentum*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 125–140, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.29064. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 31 jul. 2024

PLANTIER, A. P. B. **Dos muros dos manicômios para os muros (in)visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde09042015095634/publico/AnaPaulaBarretoPlantier.pdf>>. Acesso em 28 abril 2024.

ROCHA, P. R. da; David, H. M. S. L. **Determinação ou Determinante? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, nº 49, p.129 -135. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxFrj/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em 18 julho 2024.

ROTELLI, F. et. al. (2001). **Desinstitucionalização, uma outra via**. São Paulo: Hucitec.

SILVA D. C. da, & KRUGER, T. R. **PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: O SIGNIFICADO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL**. *Temporalis*, v. 18, n. 35, p. 265–288. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19578>>. Acesso em 16 de julho de 2024.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira (Coord.). **O processo de reconceituação do Serviço Social no Brasil: emergência do movimento de ruptura.** In: SILVA e SILVA, Maria Ozanira. O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. Cap. 2. p. 99-129.

SOUZA, Édina Évelym Casali Meireles de. **A prática do Serviço Social nas Instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/ MG.** Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1986.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O movimento de higiene mental e emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro.** Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (ORG). **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social.** Editora Papel Social, 2016.

YAZBEK, Maria C. **Fundamentos Históricos e Teórico-metodológicos do Serviço Social.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____, Maria C. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

Zgiet, Jamila. **Saúde mental e moral capitalista do trabalho: a dialética das alienações.** 1.ed. Curitiba: Appris, 2021.