



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER**

THAÍS DA SILVA SOUSA

**AS DIFICULDADES DO ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA PELOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.**

Brasília - DF

2025

THAÍS DA SILVA SOUSA

**AS DIFICULDADES DO ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA PELOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Lucio Willian Mota Siqueira.

Brasília - DF

2025

THAÍS DA SILVA SOUSA

**AS DIFICULDADES DO ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA PELOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.**

.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Brasília, 24 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lucio Willian Mota Siqueira
(Orientador – SER/UnB)

Profa. Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque
(Membra Interna – SER/UnB)

Nadja Achkar Petrillo de Melo Coe
(Membra Externa – CAPS AD/ SES-DF)

Dedico este trabalho de conclusão de curso à minha família, Izenilde, Nelson e Luiz que sempre estão presentes e prestam suporte em todos meus passos de vida e acadêmicos, se tenho a chance de terminar esse curso, saibam que nada ocorreu sem o apoio de vocês. Se há inúmeras dádivas no mundo, vocês são a maior que pude alcançar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e Nossa Senhora, que iluminaram meus passos durante a minha vida e toda a minha formação.

Agradeço imensamente e de todo meu coração à minha família, meus maiores apoiadores, vocês foram fundamentais.

À minha mãe, Izenilde Camelo, mulher que me trouxe a este mundo, me criou com amor e respeito e, apesar das tribulações em sua vida, nunca se deixou abalar, sendo sempre uma mãe presente e amorosa;

Ao meu pai, Francisco Nelson, homem humilde e de bom coração, pai presente e dedicado, que, mesmo tendo enfrentado tamanhas adversidades ainda criança, soube compreender que a vida vai além disso e transmitiu esse ensinamento a seus filhos;

Ao meu irmão, Luiz, a quem sempre recorro tanto em meus momentos mais felizes quanto em meus apuros e que, com tamanho apreço, sempre demonstra me apoiar;

Aos meus avós maternos, Maria Camelo e Berlindo Vogado, grandes incentivadores dos meus estudos, e que, mesmo distantes se fazem presentes em cada momento;

A minha avó, Maria Elvira (*in memorian*), meu anjo da guarda;

A meu avô, João Pereira (*in memorian*);

Aos meus tios e tias, minhas madrinhas e meus padrinhos, que sempre demonstram carinho, apoio e preocupação;

Aos meus amigos da vida e colegas de curso, que tornaram esses anos mais leves e descontraídos, sempre buscaram me apoiar, cada um de sua forma particular. Em especial meus amigos Emerson, Gabriel, Duda, Lucas N., Camilla, Daniele e Laís;

Ao meu Prof. Dr. Lúcio Willian, que aceitou o desafio de construir esse estudo comigo e me auxiliou com dedicação e paciência. Sou imensamente grata por todos os ensinamentos e pelas orientações.

A todos que me apoiaram durante minha formação, meu mais sincero e afetuoso agradecimento.

*“O primeiro caminho do desmonte é o da
desconfiguração dos direitos previstos
constitucionalmente.”*

(BOSCHETTI, p. 12, 2009)

RESUMO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) configura-se como uma renda mensal no valor de um salário mínimo, destinada a idosos com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência, independentemente da idade, desde que comprovem impedimentos de longo prazo e a impossibilidade de garantir seu próprio sustento. No critério de deficiência, incluem-se indivíduos em sofrimento psíquico, que frequentemente são usuários dos serviços de saúde mental. A relevância deste estudo reside no fato de que o acesso ao benefício não se limita apenas à comprovação da deficiência, mas também à adequação a outros critérios que podem restringir sua concessão. Além disso, a estrutura do BPC reflete um modelo de política focalizada pela lógica da criterização, o que impõe barreiras adicionais aos requerentes. Diante desse cenário, este estudo discute a importância da adoção de políticas mais inclusivas e atuações articuladas, de forma a compreender o indivíduo como um todo e todas as suas complexidades. Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar os obstáculos burocráticos que permeiam o processo de concessão do BPC, considerando os critérios de elegibilidade, os preconceitos sociais e os desafios da atuação e da prática profissional do serviço social. Para tanto, adotou-se uma abordagem qualitativa, por meio de uma pesquisa exploratória e explicativa, fundamentada em análise documental e revisão bibliográfica. Identificou-se que existem barreiras burocráticas no processo de avaliação, critérios inflexíveis e uma falta de articulação entre as políticas públicas no acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para usuários da saúde mental. O modelo de avaliação atual não leva em consideração de forma adequada os fatores sociais, econômicos e mentais de cada indivíduo. O predomínio do laudo médico reforça um sistema que, muitas vezes, se baseia em uma lógica de exclusão. Portanto, é necessário a reformulação dos critérios e o fortalecimento das políticas públicas voltadas para esse público.

Palavras-chave: Benefício de Prestação Continuada. Barreiras de acesso. Saúde mental. Assistência Social. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

The Continuous Cash Benefit (BPC) is a monthly income of one minimum wage for elderly people aged 65 and over and people with disabilities, regardless of age, provided they can prove that they have long-term disabilities and are unable to provide for themselves. The disability criterion includes individuals suffering from mental illness, who are often users of mental health services. The relevance of this study lies in the fact that access to the benefit is not limited to proof of disability, but also to compliance with other criteria that may restrict its granting. Furthermore, the structure of the BPC reflects a policy model focused on the logic of criterionization, which imposes additional barriers on applicants. Given this scenario, this study discusses the importance of adopting more inclusive policies and articulated actions, in order to understand the individual as a whole and all their complexities. The aim of this Final Paper is to analyze the bureaucratic obstacles that permeate the process of granting the BPC, considering the eligibility criteria, social prejudices and the challenges of professional social work practice. To this end, a qualitative approach was adopted, using exploratory and explanatory research, based on documentary analysis and a literature review. It was found that there are bureaucratic barriers in the assessment process, inflexible criteria and a lack of coordination between public policies when it comes to accessing the Continuous Cash Benefit (BPC) for mental health users. The current assessment model does not adequately take into account the social, economic and mental factors of each individual. The predominance of medical reports reinforces a system that is often based on a logic of exclusion. It is therefore necessary to reformulate the criteria and strengthen public policies aimed at this public.

Keywords: Continuous Cash Benefit. Access barriers. Mental Health. Social Assistance. Psychological Distress.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CADÚNICO – Cadastro Único

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LBI - Lei Brasileira de Inclusão

MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SRTs – Serviço Residenciais Terapêuticos

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UAs – Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA E CONFIGURAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: análise da criterização no acesso ao direito.....	16
CAPÍTULO 2 - A CONCEPÇÃO DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA: da marginalização ao debate no campo da saúde mental.	27
CAPÍTULO 03 - INTERFACE ENTRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: acesso ao BPC.	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um ponto crucial para o bem-estar da população, destacando o quão essencial é a construção e concretização de políticas públicas que visem assegurar serviços públicos eficientes, principalmente para os grupos sociais mais vulneráveis e que necessitam de suporte. A saúde mental passa a ter relevância ao se integrar no debate das políticas de saúde a partir do momento em que o sofrimento é reconhecido como componente essencial da saúde.

A inserção da saúde mental nas políticas públicas ocorreu em decorrência de diversos fatores e movimentos históricos, com destaque para a Reforma Psiquiátrica, que se distancia dos modelos manicomiais e buscou reafirmar a importância do cuidado psicológico a partir de uma profunda mudança na assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico (Luzio e Yasui, 2010). Para romper com a lógica das instituições que fortaleciam as condições de enclausuramento e exclusão, foi instituído um novo modelo, responsável pela construção de uma rede de serviços comunitários voltados ao acolhimento e atendimento das demandas da população em sofrimento mental.

Nesse contexto, os CAPS, vinculados atualmente ao SUS, surgem como dispositivos essenciais para consolidar um novo modelo de assistência em saúde mental, estruturando-se com uma abordagem mais humanizada, inclusiva e voltada para o território, visando fortalecer a autonomia e reintegração desses indivíduos na comunidade.

Como a população focal deste trabalho é composta por usuários dos serviços de saúde mental, considerando indivíduos em sofrimento psíquico que necessitam do Benefício de Prestação Continuada, e levando em conta as diferentes condições de saúde mental, busca-se garantir que os dados reflitam a diversidade das barreiras enfrentadas por esse público, torna-se necessário e relevante, para a construção contextual, compreender se, embora as políticas públicas sejam abrangentes e as políticas de saúde mental visem atender às necessidades da população e garantir o acesso aos serviços essenciais, como ambas se diferenciam em termos práticos de implementação e impacto, e como essas diferenças podem influenciar ou não os tratamentos desses indivíduos.

A política de saúde mental atua por meio de ações que levam em conta as particularidades de cada indivíduo, enquanto as políticas públicas seguem uma abordagem mais ampla e coletiva, com foco nos grupos mais vulneráveis. Nesse contexto, pode haver uma lacuna entre essas duas políticas, o que impacta o acesso

dos usuários aos serviços de saúde mental. Essa desconexão pode causar falhas no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, perpetuando desigualdades devido ao uso de políticas generalizadas e à oferta de serviços inadequados.

Sob essa perspectiva, destaca-se a importância da qualificação dos serviços prestados a esses sujeitos, seguindo a Política Nacional de Saúde Mental. Regulamentada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001), esta política é responsável por articular ações voltadas à assistência a parte da população que necessita de tratamentos, acompanhamentos e atenção particularizada em saúde mental.

Considerando o quanto os sofrimentos psíquicos podem potencialmente fragilizar as rotinas diárias dos indivíduos, torna-se evidente a necessidade de que os serviços e as políticas de saúde mental desempenhem um papel essencial de suporte. Para esse público, a importância do acesso a auxílios que ofereçam apoio financeiro é clara, uma vez que muitos pacientes frequentemente não dispõem de uma fonte de renda, considerando suas limitações de curto ou longo prazo.

Esse suporte financeiro possibilita condições mais favoráveis para a eficácia dos tratamentos, como o próprio Benefício de Prestação Continuada (BPC), que será o ponto central deste estudo. Esse benefício funciona como um dos principais instrumentos de proteção social e está diretamente ligado à Política de Assistência Social no Brasil. Para que essa política possa garantir proteção e suporte a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, é necessário que sua estrutura seja bem organizada.

No Brasil, a política de assistência social é organizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que coordena a oferta de serviços e benefícios nos níveis federal, estadual e municipal. O SUAS é responsável pela execução das políticas assistenciais e pela integração dos serviços destinados aos cidadãos. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, estabelece os fundamentos legais e normativos da política, procurando assegurar direitos e definindo a estrutura de atendimento. A implementação da LOAS, então, visa garantir o acesso universal aos serviços, oferecer proteção social para lidar com situações de vulnerabilidade e incentivar a promoção da participação social. Além disso, a política estabelece diretrizes para assegurar que os serviços sejam acessíveis e equitativos, incluindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Apesar de todas as diretrizes e normativas estabelecidas, ainda é possível observar um impasse na política de assistência e saúde mental. Esse problema se manifesta na exclusão de alguns usuários dos serviços de saúde mental durante o processo de acesso, o que pode ser atribuído a capacitações profissionais limitadas, comunicação limitante entre os dois campos e processos avaliativos restritivos.

Todavia, com base nas análises e nas experiências pessoais adquiridas durante o estágio obrigatório na instituição CAPS Paranoá no ano de 2023, o tema *“As dificuldades do acesso ao benefício de prestação continuada pelos usuários dos serviços de saúde mental”*, foi escolhido para este Trabalho de Conclusão de Curso. A escolha dessa temática decorre da recorrência de demandas expostas pelos usuários durante os atendimentos com o assistente social, especialmente no que se refere à orientação e compreensão acerca do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Além dos obstáculos observados, foi reconhecido a existência de limitações significativas relacionadas ao acesso aos benefícios por parte dos indivíduos em sofrimento psíquico que não se “enquadram” nos critérios estabelecidos. Nota-se, que essas restrições diante do sistema de avaliação do BPC sobre esse grupo social específico são pouco discutidas na literatura, evidenciando a necessidade desse estudo e o enriquecimento do debate.

Dessa forma, o estudo parte da pergunta: *Como essas barreiras no acesso a benefícios assistenciais afetam diretamente os usuários dos serviços de saúde mental?.* Em busca de responder essas questões, este trabalho tem como objetivo geral *analisar e identificar de que maneira os obstáculos burocráticos, os preconceitos sociais e os desafios da atuação e da práxis profissional do serviço social atuam como barreiras no acesso de benefícios assistenciais para os usuários dos serviços de saúde mental*. Como objetivos específicos, busca-se (1) *analisar a estrutura do Benefício de Prestação Continuada e detalhar os critérios de elegibilidade e sua interface com os usuários da saúde mental*; (2) *verificar e compreender os principais obstáculos enfrentados pelos indivíduos em sofrimento psíquico no processo de obtenção do Benefício de Prestação continuada*; (3) *investigar como os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a limitada capacitação dos profissionais podem refletir avaliações pragmáticas, considerando as diferentes demandas e individualidades dos usuários dos serviços de saúde mental*.

Com o objetivo de compreender como a população dos serviços de saúde mental se fragilizam nas tentativas de acesso ao BPC decorrente de divergentes falhas técnicas e profissionais, esta pesquisa será conduzida pelo método qualitativo, que se caracteriza “[...] pelo desenvolvimento de conceitos a partir de fatos, ideias ou opiniões, e do entendimento indutivo e interpretativo que se atribui aos dados descobertos, associados ao problema de pesquisa” (Soares, 2020, p. 169). Este método é propício para uma análise mais detalhada e interpretativa, propiciando uma visão mais contextualizada do objeto, buscando suscitar novas conceituações a partir dos dados obtidos.

A abordagem da pesquisa será tanto exploratória quanto explicativa, com o objetivo de familiarizar-se com o objeto de estudo, identificar, analisar e interpretar suas características e particularidades, bem como identificar suas causalidades e como o objeto de estudo está inter-relacionado. A abordagem exploratória “[...] têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 2008, p. 27). Por ser um tema pouco explorado, essa abordagem facilitará na coleta de dados realizada com a leitura entre diferentes plataformas de acesso gratuito para a investigação e contextualização do objeto a ser discutido.

Já a abordagem explicativa apresenta um perfil mais complexo pois procura identificar a causa-efeito dos fenômenos, procurando analisar e evidenciar por quais motivações elas ocorrem, e conduzindo a pesquisa além dos levantamentos iniciais.

São aquelas pesquisas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas (Gil, 2008, p. 28).

Utilizando como base conteúdos textuais de fontes que não estão diretamente ligadas aos levantamentos de dados por formulários de pesquisa ou entrevistas, que, neste caso, não fazem parte do método desta pesquisa, será adotada a pesquisa documental. A pesquisa documental é caracterizada por possibilitar a análise de dados de distintas fontes, consideradas como documentos originais que ainda não foram devidamente analisados, como relatórios, documentos jornalísticos, sites, revistas e documentos oficiais.

Considerando que o tema em questão é específico e discutido de forma limitada na literatura acadêmica, o uso de documentos derivados de distintas fontes facilitará

uma análise crítica e comparativa do objeto de pesquisa, com o uso de dados interpretados por diferentes ferramentas e materiais, dependendo da necessidade de estudo, neste caso foram identificados (19) artigos, (2) trabalhos acadêmicos, (7) leis e documentos oficiais.

No entanto, para desenvolver a construção de uma visão e uma contextualização analítica do Benefício de Prestação Continuada, assim como compreender como as fragilidades advindas do sistema e dos profissionais da assistência social têm potencial para fragilizar o acesso de indivíduos em sofrimento psíquico ao benefício, será necessária a aplicação da pesquisa bibliográfica, me utilizando de (9) livros.

A análise bibliográfica é um método de pesquisa que envolve a revisão literária e será fundamental para fundamentar a investigação teórica do tema. A pesquisa bibliográfica se caracteriza, segundo Severino (2007), como:

[...] aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. (Severino, 2007, p. 122).

O público-alvo deste trabalho será constituído pelos usuários dos serviços de saúde mental e pelos profissionais que atuam no processo de concessão e orientação do benefício. Os dados serão coletados em plataformas de artigos e portais de publicações acadêmicas, como Google Acadêmico, SciELO e Repositórios Institucionais de Universidades Brasileiras, focando em temas relacionados à saúde mental, usuários do serviço, sofrimento psíquico, BPC, assistência social e laudos médicos.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, será abordada a história e configuração do Benefício de Prestação Continuada, com a análise da criterização no acesso ao direito. No segundo, discute-se sobre a concepção da loucura ao longo da história, desde a marginalização até o debate no campo da saúde mental. E, de modo a articular as duas primeiras temáticas, no terceiro capítulo será analisada a interface entre a política de assistência social e a política de saúde mental, com foco no acesso ao BPC.

CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA E CONFIGURAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: análise da criterização no acesso ao direito.

A seguridade social no Brasil se constitui como um direito fundamental, estruturado a partir das diretrizes da Constituição Federal de 1988, abrangendo as áreas da saúde, previdência e assistência social. Nesse contexto, a assistência social emergiu como um mecanismo essencial para garantir proteção aos segmentos mais vulneráveis da sociedade, consolidando-se como um direito não contributivo voltado àqueles que não possuem condições de prover seu próprio sustento.

Os direitos da seguridade social, sejam aqueles baseados no modelo alemão bismarckiano, sejam aqueles influenciados pelo modelo beveridgiano inglês, têm como parâmetro os direitos do trabalho, visto que, desde sua origem, assumem a função de garantir benefícios derivados do exercício do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa. (Boschetti, 2009, p. 1)

Surgindo a partir de um dos pilares da Seguridade Social no Brasil, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) constitui-se como um direito previsto na política de Assistência Social, integrando o sistema de proteção social e direcionado a indivíduos em situação de vulnerabilidade social e/ou extrema pobreza, independentemente de contribuições financeiras ao sistema previdenciário.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pelo Decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995, como parte da política de assistência social, pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) — Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, posteriormente alterada pela Lei nº 12.435, de julho de 2011.

Apesar das diversas alterações e decretos, o benefício entrou efetivamente em vigor em 1º de janeiro de 1996, garantindo a concessão de um salário mínimo mensal a idosos com 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência, de qualquer idade, que apresentem impedimentos de longo prazo e comprovem não ter meios de garantir o próprio sustento ou recebê-lo de sua família (MDS, s.d.).

Para ambos os grupos, a renda mensal bruta familiar per capita deve ser inferior a um quarto do salário mínimo vigente. Assim, o BPC se configura como um dos

principais instrumentos de proteção social dentro da Política de Assistência Social no Brasil. Como argumenta Stopa (2019), essa exigência não leva em consideração as diferentes realidades regionais e os custos variáveis de vida, resultando na exclusão de muitos indivíduos que, apesar de estarem em situação de vulnerabilidade, não atendem ao critério estabelecido.

Antes da Constituição Federal de 1988, a assistência social no Brasil, além de estar vinculada ao sistema previdenciário, era entendida como caridade, sendo predominantemente pautada em práticas assistencialistas e fragmentadas, frequentemente vinculadas a instituições privadas e religiosas que realizavam práticas filantrópicas como forma de favor eventual. Esses auxílios tinham como objetivo promover possíveis mudanças de comportamento dos beneficiários, exigindo que seguissem critérios e condutas moralistas/religiosos como forma de retribuição.

Como não havia políticas integradas que reconhecessem as desigualdades estruturais, não existia um sistema que garantisse os direitos sociais de forma universal, restringindo sua cobertura a grupos específicos, geralmente vinculados aos trabalhadores formais e ao sistema previdenciário. Nesse contexto, o Estado desempenhava um papel secundário, sem obrigações ou deveres de conceder assistência.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o reconhecimento da assistência social como um direito, foram estabelecidos princípios como universalidade, equidade, descentralização, participação social e garantia dos mínimos sociais para orientar essa política.

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), criada em 1993 a partir do impulso dado pela Constituição Federal de 1988, desempenha um papel central na regulamentação da assistência social no Brasil como um direito do cidadão e um dever do Estado. Embora sua constituição tenha enfrentado grandes embates políticos, limitando em parte seu alcance, a LOAS marcou um avanço significativo ao romper com a visão assistencialista e caritativa. Um marco importante após os avanços na estrutura da assistência social foi a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2004, que coordena a oferta de serviços e benefícios nos níveis federal, estadual e municipal, sendo responsável pela execução das políticas assistenciais e pela integração dos serviços destinados aos cidadãos.

A Constituição de 1988 foi fundamental nesse processo ao reconhecer a assistência social como um pilar do sistema de seguridade social (Baptista, 2014),

voltado para a garantia dos mínimos sociais e a ampliação da cidadania. Esse marco constitucional abriu espaço para a implementação da LOAS, que detalhou as condições de aplicação desse direito e introduziu o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantindo uma renda mínima para pessoas em situação de vulnerabilidade social.

No entanto, a implementação da LOAS e a efetivação do BPC não ocorreram sem desafios. Durante o período de transição democrática no Brasil, com a saída do regime militar e a construção de novas políticas públicas, o acesso à assistência social enfrentou resistências políticas, limitações orçamentárias e dificuldades administrativas. Esses obstáculos dificultaram a ampliação da cobertura do BPC, restringindo o acesso aos cidadãos em situação de vulnerabilidade, evidenciando a dificuldade do Estado em garantir a universalidade do benefício nos primeiros anos de sua aplicação.

No contexto brasileiro, durante o período da ditadura militar e anteriormente à consolidação do BPC, existia a Renda Mensal Vitalícia (RMV). A RMV, criada pela Lei nº 6.179, de 1974, era um benefício associado à Previdência Social que proporcionava uma renda básica para idosos e pessoas incapacitadas de trabalhar (MDS, 2023).

No entanto, era necessário comprovar a filiação ao sistema previdenciário ou algum vínculo empregatício. Diferentemente do BPC, que exige idade mínima de 65 anos para idosos, abrange indivíduos incapacitados para o trabalho por motivos físicos, mentais ou intelectuais e não requer contribuição financeira prévia, além de utilizar avaliações periódicas, a RMV, além de exigir idade mínima de 70 anos e uma contribuição mínima ou comprovação de trabalho, possuía caráter vitalício.

A extinção da Renda Mensal Vitalícia ocorreu em 1º de janeiro de 1996, um marco necessário para que o Benefício de Prestação Continuada (BPC) entrasse em vigor no mesmo período. Apesar de estar previsto pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela LOAS em 1993, a implementação do benefício só ocorreu em 1996.

Esse intervalo de tempo deveu-se às contrarreformas do Estado, uma conjunção de fatores políticos que não priorizavam esse tipo de política assistencial, nem mesmo sua financeirização, operacionalização e gerenciamento. Durante esse período de institucionalização, o benefício sofreu diversos embates, tanto pelo valor concedido quanto pela ausência de uma estrutura política e institucional organizada,

que não buscava ampliar o alcance do benefício aos indivíduos que dele necessitavam.

Nesse cenário, foram apresentadas diversas propostas que sugeriam um possível impasse no processo de concessão do benefício. Muitas delas argumentavam que esse tipo de assistência poderia comprometer a dinâmica do capitalismo. Essas propostas deixavam claro como o direito a um benefício no valor de um salário mínimo, sem contribuição direta, contrariava os princípios da ética capitalista (Stopa, 2019).

Para esses críticos, a ideia do benefício deveria estar logicamente ligada à prestação do trabalho, como uma forma de beneficiar aqueles que trabalham e “punir” os que não possuem vínculo formal de emprego, desconsiderando as complexidades que impossibilitam o acesso de muitas pessoas às oportunidades de trabalho. “(...) atribuir benefícios ao trabalhador formal era um modo de disciplinar e incentivar o trabalhador informal, tido por vadio” (Sposati, 2004, p. 13).

Vale salientar que, no período do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), a assistência social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), assumiu um papel paradoxal. De um lado, consolidava direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). De outro, enfrentava limitações impostas por políticas neoliberais, que restringiam o financiamento público, diminuía a atuação estatal e promoviam a abertura para processos de privatização.

O governo de Fernando Henrique Cardoso adotou uma política de ajuste fiscal e contenção de gastos públicos, promovendo a visão de um Estado mínimo. Essa abordagem resultou em cortes orçamentários que impactaram diretamente a capacidade de financiamento das políticas sociais. Nesse contexto, a assistência social, embora garantisse direitos pontuais, foi tratada predominantemente como um instrumento compensatório para mitigar os efeitos das contrarreformas e os conflitos sociais.

O governo FHC aprofundou a neoliberalização e financeirização da economia brasileira, promoveu a contrarreforma do Estado, precarizou as políticas públicas de proteção da classe trabalhadora e retomou as práticas da solidariedade burguesa, do voluntarismo e do patrimonialismo, que historicamente imperaram no Brasil como instrumentos de proteção social, além de ações sociais focalizadas na extrema pobreza. (Siqueira, 2022, p. 160).

Além disso, com as privatizações, o mercado passou a assumir responsabilidades que antes pertenciam ao Estado na garantia do acesso a serviços públicos essenciais. Essa transferência consolidou a percepção de que problemas sociais não poderiam ser resolvidos exclusivamente por iniciativas privadas ou políticas focalizadas, que frequentemente se mostram insuficientes e restritivas. O mercado, por sua natureza, nem sempre está disposto ou preparado para atender às necessidades da população de forma igualitária, especialmente dos mais vulneráveis.

Conforme argumenta Siqueira (2022, p. 141), a reforma consolidou a participação de agentes privados em obrigações que antes eram exclusivamente estatais. Dessa forma, reforça-se a ideia de um setor público fragilizado e ineficiente, justificando a inserção da iniciativa privada em funções originalmente pertencentes ao Estado na proteção social.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um exemplo de estratégia adotada pelo Estado que evidencia a contradição entre capital e trabalho. Enquanto o capitalismo explora a força de trabalho e aprofunda desigualdades, o Estado é compelido a intervir por meio de políticas estratégicas. No entanto, embora essas iniciativas busquem reduzir os efeitos imediatos da exploração, elas não alteram as bases estruturais que sustentam e perpetuam as desigualdades.

Embora devidamente regulamentado e instituído, torna-se nítido, pelas contextualizações abordadas, o quanto o BPC percorreu um caminho desafiador desde sua implementação na assistência social até alcançar o modelo atual. Ainda assim, ele é frequentemente percebido de forma equivocada, sendo visto como uma forma de auxílio ou ajuda e não como um direito universal assegurado, principalmente por exibir um caráter emergencial e restritivo.

O benefício passou por alterações regulatórias e legais que, em alguns casos, chegaram a infringir princípios constitucionais, como a exigência de comprovação de ausência de renda, em vez da comprovação de renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita familiar. Além disso, foi estabelecido que o laudo emitido pelo SUS pela pessoa com deficiência deveria ser submetido à análise da perícia médica do INSS (Stopa, 2019).

Tais mudanças tornaram o novo sistema que rege o BPC mais burocrático e excludente, especialmente por ser operacionalizado pelo INSS, órgão vinculado ao sistema previdenciário brasileiro. Além disso, o acesso ao benefício passou a

dependem de critérios rigorosos, como renda, idade e/ou condições de saúde, residência no Brasil e cadastro no CadÚnico.

Antes da operacionalização pelo INSS, os critérios foram aprovados de forma a restringir ao máximo o alcance do BPC. Embora tenham sido alterados ao longo dos anos, o critério que mais impacta a garantia do direito, o da renda, permaneceu inalterado (Stopa, 2019).

A exigência de diversas comprovações reflete uma perspectiva neoliberal, na qual prevalecem princípios de focalização e restrição do uso de recursos públicos financeiros, priorizando a lógica econômica. Além disso, facilita-se o estabelecimento de controles burocráticos que dificultam o acesso dos indivíduos ao benefício.

A renda, por ser um critério altamente burocrático, exige comprovação detalhada e um valor extremamente baixo – cerca de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita familiar. Esse valor é calculado com base na soma da renda mensal bruta de todos os membros da família residentes na mesma casa, dividida pelo número total de pessoas. Na composição familiar são considerados pais (caso vivam na mesma casa), cônjuge, filhos e/ou seus cônjuges, além de irmãos menores de 21 anos ou com deficiência, bem como o requerente.

Considerando que muitas famílias brasileiras se sustentam a partir de trabalhos informais e vivem em regiões com diferentes custos de vida, a falta de flexibilização desse critério se torna um obstáculo para aqueles que tentam acessá-lo. Essa "criterização" transmite a ideia de que apenas os mais desfavorecidos entre os desfavorecidos podem ter acesso ao benefício, criando uma possível hierarquização dentro do próprio grupo social dos mais vulneráveis.

Haja vista que a lógica capitalista ainda se manifesta hodiernamente, destaca-se a aplicação da lógica custo-benefício, responsável pela comparação entre os custos e benefícios/eficiência de políticas públicas e programas, de forma a analisar sua viabilidade no sentido econômico e social.

Esse método, embora frequentemente aplicado de forma velada, juridicamente não deve ser adotado quando o objeto de pesquisa se refere à análise da efetividade do BPC, considerando que sua garantia advém da Constituição Federal de 1988 e da LOAS, tendo como base a lógica do direito, e não princípios de retorno financeiro. “A adoção da análise de custo-benefício, por vezes, é criticada e chamada de injusta, por partir da presente distribuição de riquezas, não colocando pesos diferentes para a melhora

da situação dos mais necessitados se comparados com os mais ricos da sociedade” (Martinez, 2009, p. 33).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), enquanto benefício assistencial, não se fundamenta no pressuposto de retorno financeiro, mas na promoção do bem-estar social e na garantia dos princípios da proteção social. Sua análise de efetividade deve ser conduzida por meio de ferramentas que considerem o benefício em sua integralidade, abrangendo seus impactos sociais e humanos, e não se limitando à quantificação de seus custos e benefícios financeiros.

O critério de residência consiste na comprovação de moradia no Brasil por meio de documentações relacionadas ao endereço do solicitante. Segundo o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS, 2024), é necessário comprovar ser brasileiro, nato ou naturalizado, e sua residência no Brasil. Em casos de estrangeiros com nacionalidade portuguesa, o acesso ao benefício também é possibilitado, desde que seja comprovada a residência legal no Brasil. Além disso, é necessária a comprovação do registro no Cadastro Único (CadÚnico) tanto do requerente quanto do grupo familiar.

Vale ressaltar que o critério da inscrição nesse novo sistema de registro de dados sociais, por meio do Decreto nº 6.214/2007, modificado pelo Decreto nº 8.805/2016, declara a obrigatoriedade de inscrição no Cadastro Único para acesso ao Benefício de Prestação Continuada como um dos requisitos. É de suma importância ponderar que, antes da existência desse sistema, quando não havia a obrigatoriedade de inclusão no CadÚnico, o acesso ao BPC ocorria por meio de um formulário preenchido e assinado pelo usuário. O assistente social, com base na garantia do acesso, orientava sobre a questão familiar e a renda proveniente do trabalho informal (Feres, 2023).

Assim, esse novo instrumento no sistema do BPC caracteriza-se como uma abordagem mais transparente e acessível, tendo como princípios melhorar a gestão e o controle do benefício de forma mais organizada. Sua estrutura apresenta uma abordagem tecnológica e operacional que facilita o acesso aos dados, tornando o processo, contudo, mais burocrático. Dessa forma, busca-se evitar fraudes na concessão dos benefícios por meio do cruzamento de dados com outras bases, determinando a elegibilidade e garantindo o recadastramento periódico realizado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

A obrigatoriedade do CadÚnico para o acesso e permanência no BPC, como parte do processo operacional, além de reafirmar a natureza assistencial do benefício e viabilizar a construção de um perfil socioeconômico das famílias com base nas informações coletadas no cadastro (moradia, escolarização, gastos e renda), tem servido como instrumento de controle e fiscalização, com foco exclusivamente na renda declarada. Entretanto, o conceito de pobreza envolve outros aspectos da questão social além da renda (Feres, 2023, p. 06).

Entretanto, essa modernização tornou-se um impasse para parte dos beneficiários. Apesar da agilidade no atendimento, as avaliações das situações dos usuários passaram a ser cada vez mais sistematizadas e realizadas por profissionais com diferentes formações, o que pode resultar na falta de compreensão da conjuntura social e econômica do possível beneficiário. Esse olhar crítico deveria ser uma prerrogativa do assistente social. Diante disso, o benefício foi prejudicado para pessoas sem acesso à internet ou sem documentação regularizada, como trabalhadores informais, além da adoção de um sistema de exclusão por falta de atualização de dados.

Destaca-se de forma significativa a exigência de conhecimento prévio por parte dos beneficiários sobre as informações e os processos necessários para a solicitação do benefício, o que frequentemente implica deslocamentos. A necessidade de atualizações periódicas ou de cadastros no CadÚnico tem se tornado um obstáculo significativo para os beneficiários, especialmente devido à dificuldade de acesso ao atendimento presencial nos Centros de Referência ou os Pontos de atendimento do Cadastro Único, ou pelo site.

Outro critério é o de idade. Este está relacionado à comprovação de idade mínima de 65 anos para idosos e à comprovação de deficiência, independentemente da idade, desde que apresente impedimentos de longo prazo (pelo menos dois anos) de natureza física, intelectual, sensorial ou mental que dificultem a participação plena e efetiva na reinserção social dos indivíduos.

Para essas comprovações, os requerentes devem se submeter a perícias médicas realizadas pelo INSS no dia da avaliação e apresentar laudos médicos emitidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por outras instituições habilitadas.

De acordo com a Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015), considera-se pessoa com deficiência aquela que possui impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir

sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. No entanto, é fundamental destacar que a ausência de uma compreensão precisa sobre essa caracterização de deficiência ou incapacidade tem se mostrado um obstáculo para a promoção da saúde desses indivíduos.

A definição do termo "doença" sofreu uma evolução significativa ao longo dos anos. Inicialmente, estava vinculada à incapacidade para o trabalho e à vida independente. No entanto, a partir de 2009, passou a ser orientada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que se consolidou como a principal referência para a avaliação dos graus de deficiência.

Desenvolvido em 2001, esse modelo descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, considerando as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio em que vive (Farias & Buchalla, 2005, p. 189).

Dessa forma, a CIF é responsável por avaliar a funcionalidade e a incapacidade de maneira abrangente, levando em consideração não apenas a condição clínica, mas também seu impacto no cotidiano e no contexto social. Já a Classificação Internacional de Doenças (CID) concentra-se em uma abordagem mais clínica, sendo por meio dela que se identificam e classificam as condições de saúde e os diagnósticos do indivíduo.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), atualmente, é o sistema diagnóstico mais utilizado na codificação de agravos à saúde, inclusive na área da psiquiatria, e tem por objetivo a busca da padronização internacional dos diagnósticos (Benedicto et al., 2013, p. 26).

A partir da abordagem expositiva dos critérios de elegibilidade, conclui-se que esse processo se constitui por meio de um foco populacional considerado prioritário, caracterizando-se como focalização. Conforme discutido por Faria, Feijó e Silva (2007), um dos principais argumentos em favor da focalização das políticas de combate à pobreza está relacionado à eficiência dos gastos sociais. Ou seja, quanto mais preciso for o método utilizado para alcançar os pobres, menor será o desperdício e menores serão os custos envolvidos para se atingir o objetivo desejado.

Diante do exposto, a focalização torna-se um instrumento de restrição, aplicado para assegurar que o benefício permaneça dentro dos limites dos recursos

disponíveis. Entretanto, o uso dessas metodologias baseadas em critérios de elegibilidade pode gerar margens de erro e imprecisões, impactando a inclusão de beneficiários elegíveis.

Um notável viés que contrasta diretamente com o conceito de seletividade e, por consequência, se opõe ao modelo universalista que as políticas públicas deveriam seguir, é o fato de essas políticas garantirem proteção apenas a grupos específicos, em vez de serem universais. Baseando-se na lógica de eficiência econômica e justiça distributiva, esse modelo busca intensificar o impacto dos serviços em grupos mais pobres. Contudo, revela um potencial excludente ao aderir a critérios de elegibilidade que dependem de escolhas políticas, definindo quais grupos serão beneficiados e como esses critérios são aplicados na prática.

Assim, a focalização, que busca otimizar a distribuição de recursos para os grupos mais vulneráveis e que atendem aos critérios estabelecidos, surge como uma decisão política que privilegia a eficiência em detrimento da universalidade. Isso resulta em um acesso desigual à proteção social, configurando-se como uma estratégia de controle mais rígido sobre os gastos públicos.

Dessa forma, na contemporaneidade, o BPC enfrenta inúmeros desafios e perspectivas. Entre eles, destacam-se os cortes orçamentários e as possíveis mudanças nos critérios de acesso ao benefício, que ainda demandam estudos mais aprofundados. Além disso, apesar de sua importância como instrumento de proteção social, o BPC continua enfrentando obstáculos significativos para sua plena efetivação.

A burocratização do acesso, a falta de articulação com outras políticas sociais e a permanência de critérios restritivos limitam seu impacto na redução da desigualdade social. Além disso, a ascensão de discursos neoliberais que questionam a sustentabilidade do benefício e defendem sua substituição por modelos de capitalização representa uma ameaça à sua continuidade. Nesse sentido, a luta pela ampliação do BPC e pela consolidação da assistência social como política pública universalizada passa pela resistência ao desmonte do Estado Social e de suas políticas de proteção, ou seja, da real construção de um modelo que garanta a proteção social como um direito inalienável, e não como uma concessão sujeita às restrições fiscais e aos interesses do mercado.

Como aponta Boschetti (2009), a seguridade social deve ser compreendida como um direito social e não como um favor do Estado. Dessa forma, a luta pela ampliação do BPC deve ser parte de um projeto mais amplo de transformação social,

que coloque no centro do debate a superação das desigualdades estruturais e a construção de um modelo de proteção social baseado na universalidade, na equidade e na participação democrática.

CAPÍTULO 2 - A CONCEPÇÃO DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA: da marginalização ao debate no campo da saúde mental.

Conforme Lückmann e Rodrigues (2007), dentre as diferentes práticas e mecanismos de exclusão e controle que vêm operando – e se sofisticando – em nossas sociedades, sobressai-se, em seus múltiplos aspectos, a realidade do “louco e da loucura”. A forma como a loucura foi concebida ao longo da história reflete a maneira como diferentes sociedades lidaram com aqueles que escapavam das normas estabelecidas de comportamento e racionalidade.

A concepção do termo "loucura" foi construída ao longo dos séculos por meio de diversas definições, influenciadas pelas problematizações propostas por diferentes culturas e contextos históricos. Essas concepções variaram significativamente, sendo moldadas pelas normas, valores e crenças dominantes em cada época, o que impactou diretamente as formas de tratamento e segregação dos indivíduos considerados "loucos".

Foucault (1972) discute a “loucura” em três diferentes épocas, na Idade Média, a loucura era compreendida de forma ambígua e sem uma separação nítida entre os "loucos" e a sociedade. Os indivíduos que se desviavam das condutas tidas como normais podiam ser considerados iluminados pelo divino, vítimas de castigo celestial ou mesmo personagens culturais cômicos e excêntricos.

Essa relação demonstrava uma dualidade na percepção da loucura: ora ligada à espiritualidade e à sacralidade, ora associada à marginalização e ao ridículo. Embora não fossem institucionalizados, os loucos eram frequentemente alvos de zombarias públicas e submetidos a rituais religiosos de purificação. Além disso, muitos viviam em condições de extrema pobreza e sobreviviam por meio da caridade, o que evidenciava sua posição marginalizada na sociedade.

No período da Renascença, a loucura começa a ser representada no campo artístico e literário como um reflexo da desordem do mundo e da fragilidade humana. Essa nova abordagem marca uma transição para uma compreensão mais racionalista da loucura, que passa a ser vista como um fenômeno a ser controlado. Embora a

influência religiosa ainda estivesse presente, a necessidade de disciplinar e normatizar os comportamentos desviantes começa a ganhar força, preparando o terreno para um controle mais rígido dos indivíduos considerados insanos.

Essa perspectiva se consolida na Idade Clássica, quando a loucura passa a ser compreendida como uma ameaça à ordem social. A associação com a desrazão leva à marginalização crescente dos "loucos", que passaram a ser vinculados à criminalidade, vadiagem e pobreza. Nesse contexto, surgem as primeiras instituições civis, como o Hôpital Général (Hospital Geral), fundado em Paris em 1656, responsável pela reclusão de indivíduos considerados desviantes. O confinamento não se limitava apenas aos "loucos", mas também incluía mendigos, desempregados e criminosos, demonstrando que o objetivo dessas instituições era, antes de tudo, garantir o controle social e econômico da população marginalizada.

Inicialmente, a Igreja exercia domínio sobre os cuidados prestados aos chamados "loucos", ofertando abordagens baseadas na caridade e na moral religiosa.

A loucura era frequentemente interpretada como uma manifestação demoníaca ou uma provação divina, justificando a necessidade de reclusão como forma de proteção tanto para o próprio indivíduo quanto para a sociedade. A partir do período Clássico, a Igreja perde parte de seu protagonismo, abrindo espaço para o avanço da razão e da ciência no tratamento da loucura. Esse deslocamento da autoridade religiosa para a médica foi fundamental para a consolidação da psiquiatria como campo disciplinar.

Os serviços de isolamento, anteriormente vinculados a hospitais gerais e centros comunitários, passaram a influenciar diretamente a institucionalização da loucura nos hospitais psiquiátricos e manicômios. Essas instituições foram criadas sob a justificativa de oferecer tratamento especializado aos chamados "doentes mentais". Entretanto, como ressaltam Figueiredo, Delevati e Tavares (2014), a proposta inicial de atenção médica e científica não se concretizou de forma efetiva.

O manicômio surgiu como uma oferta de tratamento para os chamados 'doentes mentais', oferecendo um atendimento médico sistemático e especializado. Contudo, a realidade desses espaços mostrou que, na prática, a função dessas instituições era muito mais a contenção e o controle social do que a recuperação dos pacientes" (Figueiredo; Delevati; Tavares, 2014).

Na prática, o critério para o internamento não se limitava a diagnósticos clínicos rigorosos, mas frequentemente incluía aqueles considerados "incômodos" ou "inconvenientes" para a sociedade. Mulheres que não seguiam padrões de conduta

moral esperados, indivíduos socialmente indesejáveis e pobres eram frequentemente institucionalizados sem qualquer diagnóstico médico adequado.

Além disso, os hospitais psiquiátricos e manicômios careciam de infraestrutura adequada e de profissionais capacitados, oferecendo condições degradantes de sobrevivência. O confinamento nesses espaços, em vez de proporcionar um tratamento humanizado, reforçava a exclusão e o estigma. Essa realidade consolidou um modelo de atenção baseado na medicalização excessiva e na negligência, perpetuando a violência institucional contra os sujeitos internados.

Dessa forma, a história da loucura revela um processo contínuo de marginalização e disciplinarização dos indivíduos que escapavam dos padrões normativos da sociedade. O desenvolvimento das práticas psiquiátricas, longe de se caracterizar como um avanço linear e progressista, esteve profundamente imbricado com interesses de controle social e exclusão.

A compreensão histórica da loucura, como apontam Lüchmann e Rodrigues (2007), nos permite perceber como a categorização do "louco" foi construída para atender a necessidades políticas, econômicas e culturais, e não apenas para proporcionar uma resposta terapêutica ou humanitária às pessoas em sofrimento mental. Isso evidencia a necessidade de uma abordagem crítica que considere os determinantes históricos e sociais da loucura, questionando as estruturas de poder que perpetuaram sua marginalização.

Além disso, a loucura deixou de ser completamente tolerada, passando a ser associada à improdutividade, incapacidade e perigo. Essa visão servia como uma justificativa "plausível" para a sociedade da época aceitar a reclusão dos indivíduos considerados loucos. Assim, a lógica do controle da loucura passou a se constituir em formas cada vez mais excludentes, principalmente pelo desenvolvimento das cidades, do fortalecimento das relações políticas e do aumento da industrialização (Narrabete e Bastos, 2023).

O manicômio tornou-se a materialização mais evidente dessa exclusão, controle e violência. Os muros dessas instituições ocultavam a brutalidade (física e simbólica) sob uma roupagem protetora, que isentava a sociedade de responsabilidades e descontextualizava os processos sócio históricos de produção e reprodução da loucura (Lüchmann e Rodrigues, 2007).

Assim, a institucionalização da loucura refletia as tensões sociais e culturais que marcavam a relação entre o indivíduo e a sociedade. Essa prática, que muitas

vezes significava a exclusão total dos indivíduos do convívio social, perpetuou-se até meados do século XX e, mesmo após as reformas psiquiátricas, ainda representa um desafio significativo para pessoas em sofrimento psíquico e outros grupos marginalizados.

Goffman, em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos* (2001), define esses espaços como instituições totais e articula esse conceito à ideia de "mortificação do self". Nesse processo, os internos perdem completamente sua autonomia, sendo submetidos a um regime que os descaracteriza e redefine suas identidades. O autor destaca que a sociedade, ao manter essas instituições, utiliza-as como instrumentos para a preservação da ordem social e para a imposição das normas culturais dominantes. Dessa forma, essas instituições reforçam a segregação e a reclusão, contribuindo para a desvalorização dos indivíduos e a anulação de suas identidades, o que reduz significativamente as possibilidades de reinserção social.

O primeiro manicômio brasileiro, nomeado Hospício Dom Pedro II, foi fundado em 1852 no Rio de Janeiro e serviu como modelo para a criação de outras instituições pelo país (Figueirêdo, Delevati, Tavares). Ribeiro (1999) enfatiza que essas instituições, embora destinadas ao tratamento de doentes mentais, tinham como principal objetivo afastá-los da sociedade, em vez de proporcionar-lhes cuidados que aliviassem seu sofrimento.

A psiquiatria, que surge no Brasil em meados do século XIX, se estabelece como um campo especializado de estudo sobre o psíquico. No entanto, suas práticas mantiveram, por muitos anos, características segregacionistas, estigmatizantes e desumanas. Foi apenas após a Proclamação da República que a psiquiatria começou a trilhar um caminho em direção a uma abordagem científica e mais humanizada.

Antes da criação desses sistemas institucionais, e em um intervalo significativo de tempo, as Santas Casas de Misericórdia desempenharam um papel crucial na assistência à população mais vulnerável. No Brasil, essas instituições surgiram no século XVI, sendo responsáveis pela criação dos primeiros hospitais do país. No entanto, o cuidado com a saúde nessas instituições estava fundamentado em uma política de caridade, extremamente precária e desestruturada.

Ribeiro (1999) destaca que os doentes mentais não recebiam tratamento adequado nas Santas Casas, que, embora existissem desde 1543, eram precárias e muitas vezes operavam sem médicos residentes. Inicialmente, sua função estava mais relacionada ao amparo social do que à assistência médica propriamente dita.

Somente entre o final do século XVIII e o início do século XIX é que essas instituições passaram a oferecer locais específicos para pacientes com distúrbios psiquiátricos:

O doente mental não partilhava de tratamento nestas Santas Casas, que, embora existissem desde 1543, eram precárias e muitas delas surgiam antes de conseguirem médicos que ali se instalassem, cumprindo mais uma função de amparo social do que de assistência médica. Somente por volta do final do XVIII e início do século XIX é que as Santas Casas passam a oferecer locais específicos para o cuidado de pacientes com distúrbios psiquiátricos. (Ribeiro, 1999, p. 17)

Os serviços de assistência prestados pelas Santas Casas eram extremamente limitados, com acesso restrito a moradia e alimentação. Além de serem reclusos, os indivíduos em sofrimento psíquico eram alocados nos espaços mais insalubres, estreitos e violentos dessas instituições, como os porões das Santas Casas. Essas práticas, longe de oferecerem um tratamento adequado, reforçavam a exclusão e a desumanização dos pacientes.

No entanto, à medida que o modelo caritativo-religioso foi perdendo força, a concepção de loucura passou a ser apropriada pelo campo médico-científico. Esse processo marcou a transição para uma abordagem psiquiátrica institucionalizada, consolidada nos hospitais psiquiátricos e manicômios. A separação entre os doentes físicos e os chamados "loucos" se tornou evidente, mas as práticas desumanas que caracterizavam o cuidado com os indivíduos em sofrimento psíquico continuaram a ser um elemento central dessas instituições.

A preocupação com os indivíduos em sofrimento psíquico, inicialmente atrelada ao controle social e à higienização urbana, foi gradualmente redirecionada com a criação dos hospitais psiquiátricos. Essa mudança foi impulsionada por estudos especializados, pela qualificação de profissionais nas instituições psiquiátricas e por novas abordagens administrativas e assistenciais. Esses avanços permitiram uma maior atenção às necessidades dos pacientes e culminaram na adoção dos termos "doente mental" e "saúde mental", que passaram a integrar o vocabulário técnico e jurídico no tratamento das questões psiquiátricas.

Contudo, como apontam Lüchmann e Rodrigues (2007), o modelo psiquiátrico que emergiu manteve resquícios da lógica disciplinar e excludente das instituições anteriores. A psiquiatria, ao mesmo tempo em que se apresentava como ciência, perpetuava um discurso de autoridade sobre os corpos e subjetividades dos indivíduos internados, o que reforçava a hierarquização e o distanciamento entre

médicos e pacientes. Assim, embora tenha ocorrido uma formalização do campo psiquiátrico, o paradigma manicomial permaneceu sustentado por práticas coercitivas e medicalizantes, muitas vezes desvinculadas de um cuidado verdadeiramente humanizado.

Portanto, a história da loucura demonstra que sua compreensão e tratamento foram historicamente atravessados por interesses políticos, econômicos e sociais, em vez de serem guiados exclusivamente por preocupações terapêuticas ou científicas. A transição da caridade para a institucionalização psiquiátrica não rompeu totalmente com as violências históricas impostas às pessoas em sofrimento mental.

Ainda hoje, a superação dos resquícios desse modelo excludente segue como um desafio no campo da saúde mental, exigindo a consolidação de políticas públicas que garantam o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e a inclusão social dos sujeitos historicamente marginalizados pelo discurso psiquiátrico tradicional.

No Brasil, desde o período colonial até o século XX, a abordagem predominante do tratamento da saúde mental esteve centrada no isolamento e na institucionalização. Os serviços de saúde mental eram caracterizados por um modelo hospitalocêntrico, em que a internação em asilos e hospitais psiquiátricos era considerada a principal forma de tratamento. Essas práticas eram profundamente influenciadas por uma perspectiva religiosa que enfatizava o viés da caridade, com ações de políticas sanitaristas focalizadas no "controle da loucura".

Esse controle fazia parte de uma política mais ampla de higienização social, na qual os "loucos" eram percebidos como sinônimos de periculosidade, constituindo-se como uma ameaça à ordem pública e à saúde coletiva da população. Essa visão justificava a segregação desses indivíduos como uma medida necessária para "limpar" a cidade, proteger a sociedade e simbolizar o poder e a responsabilidade do Estado sobre esse processo de contenção social.

Durante o período ditatorial no Brasil, a assistência à saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis, foi profundamente enfraquecida. Esse contexto histórico foi marcado por práticas autoritárias e repressivas, em consonância com a lógica do regime vigente. Além disso, os pacientes das instituições psiquiátricas foram frequentemente explorados para fins lucrativos, promovendo a mercantilização da saúde mental no setor privado.

Nesse processo, a maior parte dos recursos financeiros destinados à psiquiatria era direcionada para instituições privadas, consolidando um modelo que privilegiava

a privatização da saúde. No entanto, apesar desse financiamento, essas instituições não ofereciam infraestrutura mínima de atendimento, e o sistema de saúde brasileiro enfrentava uma grave crise. Nos hospitais públicos, os serviços eram superlotados, precários e de baixa qualidade (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

Em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com o objetivo de ampliar o acesso à assistência médica para os trabalhadores vinculados à Previdência Social. No entanto, aqueles que não estavam inseridos nesse sistema eram forçados a recorrer a instituições privadas, ampliando a desigualdade no acesso à saúde e acentuando ainda mais a vulnerabilidade das camadas mais empobrecidas da população.

Dada a fragilidade generalizada do sistema de saúde, é plausível concluir que a saúde mental seguiu um caminho paralelo, enfrentando os mesmos desafios estruturais e institucionais. Esse cenário gerou críticas contundentes ao modelo de atenção à saúde mental, caracterizado pela exclusão social e pela institucionalização dos pacientes. Como resposta, emergiram movimentos que reivindicavam novas abordagens e reformas no cuidado à saúde mental, criando as bases para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Embora os conflitos políticos, econômicos e sociais tenham se intensificado, fragilizando as políticas públicas voltadas para a saúde da população, surgiram novas mobilizações e diretrizes que impulsionaram a Reforma Sanitária e a democratização do acesso à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, desempenhou um papel crucial na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social, que já vinham sendo debatidos antes mesmo de sua implementação oficial.

A Constituição Federal de 1988 consolidou esses princípios ao estabelecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Dentro desse contexto, a saúde mental passou a ganhar maior destaque nas políticas públicas, remodelando-se a partir de movimentos sociais como o Movimento Sanitário, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, também se incorporou o Movimento da Luta Antimanicomial, que fortaleceu as críticas ao modelo de internação e propôs formas alternativas de tratamento baseadas na inclusão social e na reabilitação psicossocial.

Contudo, como destaca Zgiet (2010), essa transformação na forma de lidar com os transtornos mentais não se deu de maneira linear e ocorreu com muitos conflitos e dificuldades. A resistência à reforma se deve, em grande parte, ao fato de que as instituições psiquiátricas com viés manicomial desempenham um papel estratégico na manutenção do capitalismo, garantindo a estabilidade do sistema ao controlar corpos, subjetividades e a força de trabalho.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no final da década de 1970, emergiu como uma reação crítica ao modelo manicomial, que enfatizava a institucionalização e a segregação das pessoas em sofrimento psíquico. O cerne da reforma reside na promoção de um modelo assistencial desinstitucionalizante, que prioriza a inclusão social e a autonomia dos pacientes.

O movimento da Reforma Psiquiátrica propôs uma mudança de paradigma na política de saúde mental, reconhecendo a importância do bem-estar psicológico como parte essencial da saúde pública. Essa transformação ganhou força com a estruturação de uma rede de serviços substitutivos, que se organizam dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e são pautados na promoção da saúde mental, na prevenção e no tratamento das doenças psiquiátricas.

Como parte desse processo, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que introduziram práticas mais humanizadas, inclusivas e territorializadas. Os CAPS são responsáveis por oferecer suporte a indivíduos em sofrimentos mentais graves e persistentes, bem como àqueles com dependência de álcool e outras drogas.

O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência, que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial. Isso significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. E, mais do que reorganização, essa estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde." (Yasui, 2010, p. 68).

Os CAPS foram criados no final da década de 1980 e variam de acordo com as demandas territoriais e as necessidades específicas da população. Atualmente, esses centros estão vinculados ao SUS e seguem seus princípios organizacionais. A primeira unidade, o CAPS Luiz Cerqueira, foi inaugurada em 1987, na cidade de São Paulo (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

A implementação dessa rede é um passo fundamental para a superação da lógica manicomial e para a construção de um modelo de assistência humanizado, comunitário e voltado à reabilitação psicossocial. No entanto, os desafios permanecem, sobretudo devido às tentativas de retrocesso promovidas por setores que defendem a manutenção dos hospitais psiquiátricos como resposta à questão da saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram no Brasil com o objetivo de prestar assistência a pessoas em sofrimentos mentais graves, severos e persistentes. Sua estrutura ampla também abarca usuários em sofrimento psíquico ou dependências decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Os CAPS funcionam como serviços porta-aberta, variando de acordo com as demandas territoriais e necessidades específicas. Embora tenham sido implementados antes do estabelecimento formal do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente estão vinculados a ele e seguem seus princípios. Como iniciativa de transformação do modelo de cuidado em saúde mental, o primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira, foi inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

Os CAPS fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece um suporte amplo e multidisciplinar para a saúde mental. A RAPS é composta por diferentes dispositivos assistenciais, incluindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades de Acolhimento (UAs). Seu papel é essencial na implementação de um modelo de assistência mais integrado, humanizado e comunitário, superando o antigo paradigma da institucionalização e segregação de pessoas com sofrimento psíquico.

Atualmente, o país conta com uma rede ampliada de CAPS. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram habilitadas 3.019 unidades, ultrapassando a meta da Política Nacional de Saúde Mental. No entanto, a expansão quantitativa desses serviços não garante, por si só, a eficácia do atendimento. É essencial investir na consolidação da imagem e relevância da rede psicossocial, demonstrando sua importância como instrumento fundamental para a garantia dos direitos da população em sofrimento psíquico.

Apesar dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica, a saúde mental ainda é permeada por barreiras estruturais e políticas conservadoras. Essa política continua sendo tratada no campo do “não direito”, marcada por impasses que limitam

sua consolidação como um direito social efetivo. Entre esses obstáculos, destacam-se: visões estigmatizantes sobre a pessoa em sofrimento mental, frequentemente percebida como improdutiva ou perigosa; a defesa da reclusão manicomial, que ainda resiste nos discursos conservadores e se opõe aos modelos comunitários humanizados e inclusivos; redução e a limitação dos recursos financeiros, que afetam a qualidade e a abrangência dos serviços públicos de saúde mental; desvalorização profissional e a falta de investimentos em instituições não privadas.

Esses fatores combinados contribuem para o enfraquecimento da política de saúde mental e para a negação do seu reconhecimento pleno como um direito.

Mesmo com a existência de marcos legais importantes, como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, observa-se, nos últimos anos, um movimento de retrocesso nas conquistas da saúde mental. Políticas públicas e decisões governamentais têm favorecido o retorno de práticas ultrapassadas, como a ênfase na hospitalização e na internação compulsória, em detrimento do fortalecimento dos serviços comunitários.

A ampliação da privatização dos serviços de saúde e a pressão de grupos conservadores que defendem modelos tradicionais e institucionalizantes têm enfraquecido a rede pública de saúde mental. Esse processo abre espaço para uma abordagem neoliberal, que enfatiza a privatização dos serviços e acentua os interesses econômicos em detrimento dos direitos sociais.

Essa tendência reduz o alcance dos atendimentos gratuitos e universais, incorporando a lógica da mercantilização – isto é, priorizando serviços rápidos e eficientes sob a ótica do lucro, mas que, na prática, dificultam o acesso a um atendimento humanizado e de qualidade. Como destaca Sampaio e Bispo Júnior (2021), essa realidade compromete a efetividade das políticas públicas de saúde mental, pois os interesses do capital não se alinham ao fortalecimento das ações comunitárias, uma vez que tais serviços demandam investimentos sem expectativa de retorno lucrativo.

A lógica do neoliberalismo, nesse sentido, prioriza a acumulação de riqueza em detrimento do bem-estar social, enfraquecendo e marginalizando iniciativas voltadas à assistência psicossocial. Como consequência, a classe trabalhadora é a mais impactada, uma vez que depende do Estado para acessar serviços essenciais.

A fragilização dos serviços públicos de saúde mental evidencia como o capital transforma direitos sociais em mercadorias, promovendo a exclusão dos mais

vulneráveis. Esse modelo desumaniza os trabalhadores, tratando-os apenas como instrumentos produtivos e negando-lhes sua plena condição de sujeitos de direito.

Essa mercantilização da saúde mental afasta a assistência psicossocial de seu propósito original, que é garantir tratamento, inclusão e reabilitação social para os indivíduos em sofrimento psíquico. O Estado, ao se omitir e transferir suas responsabilidades ao setor privado, contribui para a perpetuação de um modelo excludente e desigual.

A naturalização da precarização dos serviços públicos de saúde mental leva a sociedade a aceitar ingenuamente a retirada de direitos, sem questionar as reais motivações e consequências desse processo. Essa aceitação, muitas vezes, reforça ideologias conservadoras e neoliberais, que justificam a desigualdade e isentam o Estado de suas obrigações. Essa visão também é fortalecida através do imaginário coletivo, que, por meio de suas percepções sobre esses indivíduos, retroalimenta os grupos políticos, os quais se utilizam dessas visões para justificar ou velar suas ideologias e atuações estigmatizantes.

Como consequência, a assistência em saúde mental torna-se cada vez mais inacessível, e as políticas públicas passam a priorizar a rápida desvinculação dos pacientes do sistema de atenção psicossocial, sem garantir o suporte necessário para sua autonomia e reabilitação.

Ao invés de promover a inclusão social e o cuidado contínuo, a lógica neoliberal tende a estruturar a assistência em um modelo restritivo e excludente, no qual o acesso aos serviços de saúde mental depende da capacidade financeira dos indivíduos. Isso agrava a desigualdade social, pois os mais pobres – que enfrentam maior vulnerabilidade socioeconômica e emocional – não têm condições de pagar por atendimentos privados e especializados.

Nesse sentido, a desvalorização da saúde mental como direito social e político reflete uma lógica estrutural que nega o sofrimento psíquico como um problema de interesse público. Esse modelo de assistência não só exclui e silencia os sujeitos em sofrimento, como também reforça um sistema que prioriza o lucro em detrimento do cuidado e da dignidade humana.

A resistência a esse cenário passa pelo fortalecimento das políticas públicas de saúde mental, pela valorização da rede pública e comunitária e pela consolidação do SUS como instrumento essencial para a garantia de direitos sociais. "O Caps, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência, que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial." (Yasui, 2010, p. 68).

Portanto, garantir o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, a ampliação do acesso à saúde mental e a manutenção das conquistas da Reforma Psiquiátrica são desafios urgentes para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e humanizada. É essencial que os usuários desses serviços compreendam a necessidade de uma luta contínua contra um sistema excludente e que a comunidade em geral reconheça a importância da rede de serviços psicossociais.

A reconstrução e consolidação de um modelo de assistência verdadeiramente humanizado exigem engajamento social e fortalecimento das políticas públicas, garantindo que a saúde mental não seja tratada como um privilégio, mas como um direito de todos.

É inegável a necessidade de evitar o retorno a modelos segregacionistas e excludentes, nos quais indivíduos em sofrimento mental são vistos como objetos de isolamento e não como sujeitos plenos de direitos. A perspectiva que deve ser reforçada é a de que essas pessoas têm direito a auxílios e serviços garantidos pelo Estado, assim como qualquer outro cidadão, sem que esse direito seja condicionado a qualquer forma de retorno financeiro.

Como argumentam Nabarrete e Bastos (2023), as políticas públicas, sejam na área da saúde mental ou em outros campos, são constantemente transformadas conforme os interesses políticos e econômicos de cada período histórico, o que reforça a necessidade de mobilização constante para evitar retrocessos e desmontes institucionais.

Somente por meio de uma conscientização crítica e de uma luta coletiva será possível romper com essa lógica excludente e reivindicar um modelo de atenção psicossocial que priorize o bem-estar social. No entanto, essa dependência das ações do Estado não pode nortear passivamente os posicionamentos dos movimentos sociais e da comunidade, pois a garantia de direitos demanda mobilização ativa e enfrentamento das forças neoliberais que buscam restringir o acesso aos serviços públicos.

Além disso, é fundamental compreender que a efetividade das políticas públicas em saúde mental ainda enfrenta retrocessos. Mesmo com a institucionalização da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, persistem desafios na implementação de um modelo comunitário e humanizado, dada a influência de setores conservadores que defendem a mercantilização da saúde e o fortalecimento de abordagens coercitivas.

Nesse contexto, os movimentos sociais desempenham um papel essencial no enfrentamento dessas ofensivas neoliberais. Como apontam Lüchmann e Rodrigues (2007), os movimentos sociais são redes de ação que operam de maneira submersa, conectando indivíduos e grupos que, mesmo em estado de latência, promovem lutas, reflexões e questionamentos sobre a realidade social.

Esses movimentos ganham visibilidade em momentos de mobilização coletiva, quando as reivindicações emergem na esfera pública por meio de manifestações, protestos, encontros e eventos. Esses espaços são essenciais para a socialização dos conflitos e para a construção de novas estratégias de enfrentamento, garantindo que as conquistas sociais não sejam desmontadas por interesses políticos e econômicos contrários à inclusão e ao fortalecimento das políticas públicas.

Portanto, a luta por uma assistência psicossocial inclusiva e de qualidade deve ser permanente e articulada, envolvendo não apenas usuários dos serviços e profissionais da saúde mental, mas toda a sociedade civil organizada. Somente dessa forma será possível consolidar um modelo que valorize a dignidade humana, rompa com a lógica do isolamento manicomial e reafirme a saúde mental como um direito fundamental.

CAPÍTULO 03 - INTERFACE ENTRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: acesso ao BPC.

A construção da seguridade social no Brasil foi marcada por interações entre diferentes áreas — saúde, previdência e assistência social —, cujos interesses específicos influenciaram diretamente o desenho final da Seguridade Social na Constituinte. Embora a seguridade social seja tradicionalmente estruturada por uma lógica securitária, baseada no contrato de seguro contributivo, ela também incorporou outra perspectiva: a universalização dos direitos. Nesse modelo, os benefícios rompem com a lógica estritamente contributiva e assumem uma função social, garantindo proteção a todos os cidadãos, independentemente de contribuição prévia (Boschetti, 2009).

Nesse processo de negociação entre três áreas principais, a previdência social manteve sua lógica securitária (contributiva), enquanto a saúde e a assistência social romperam com essa visão, especialmente no que se refere à adoção de um modelo universalista. A saúde, por exemplo, sofreu grande transformação, pois antes da Constituição Federal de 1988 seu acesso estava fortemente atrelado ao sistema previdenciário, sendo restrito a trabalhadores formais vinculados ao mercado de trabalho.

A adoção de uma lógica universal dos direitos exigiu mudanças profundas no financiamento, na gestão e na prestação dos serviços, culminando no reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, consolidado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a assistência social enfrentou desafios ao romper com o modelo de caridade e se estabelecer como um direito social, voltado especialmente para os mais vulneráveis. Esse cenário gerou um sistema híbrido na Seguridade Social, combinando contributividade e universalidade, em resposta às demandas dos diferentes grupos envolvidos.

Este trabalho abordará duas políticas que, embora tenham particularidades específicas, demonstram complementaridade em sua atuação. A política de saúde mental, por exemplo, rompe com os antigos métodos de tratamento da loucura, superando o modelo manicomial para promover o cuidado integrado e humanizado, garantindo o direito à saúde mental conforme definido pela Constituição de 1988 e pelos princípios do SUS. Essa abordagem busca compreender as diversas dimensões da vida do indivíduo — social, psicológica, cultural e econômica —, promovendo o cuidado em liberdade por meio de uma rede de serviços comunitários territoriais, favorecendo a reinserção e autonomia dos indivíduos e reduzindo a medicalização excessiva.

A consolidação da saúde mental no Brasil foi impulsionada por movimentos sociais e profissionais que fortaleceram essa política, resultando na Reforma Psiquiátrica como um marco histórico. Entre suas principais características, destaca-se a participação social de usuários, familiares e profissionais, garantindo um cuidado mais democrático, humanizado e centrado nas necessidades individuais. Além disso, a política de saúde mental fomenta a construção, execução e monitoramento das políticas públicas por meio da atuação em Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde Mental e movimentos sociais.

Outro objetivo da política de saúde mental é a desconstrução de estigmas e preconceitos sobre o sofrimento psíquico, combatendo novas formas de marginalização e exclusão. Para isso, adota um modelo de cuidado individualizado, que considera as singularidades de cada indivíduo e se distancia de abordagens padronizadas e generalizadas. Esse sofrimento psíquico é reconhecido como uma questão pública, uma vez que ultrapassa a esfera individual e impacta a coletividade, incluindo famílias, redes de apoio, sistemas de saúde e a comunidade. Assim, o Estado assume a responsabilidade pela manutenção e promoção do bem-estar mental, adotando estratégias que rompam com as heranças históricas da exclusão e do sofrimento psíquico.

A política de assistência social, por sua vez, tem como objetivo garantir a proteção social dos cidadãos em situação de vulnerabilidade, promovendo o acesso a serviços, programas e benefícios para minimizar desigualdades. Diferentemente da saúde, que tem caráter universal e atende a todos, a assistência social possui um caráter seletivo, destinando-se exclusivamente a quem dela necessitar, sem exigir contribuição financeira direta. A proteção social oferecida pela assistência social está estruturada em dois níveis: a proteção social básica, que visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco, e a proteção social especial, voltada para casos mais complexos que demandam intervenções específicas.

Segundo Sposati (2007, p. 449):

[...] a assistência social é política de proteção social não contributiva, portanto, lhe cabe prover ações preventivas e protetivas em face de vulnerabilidade, riscos e danos sociais. Ela deve prover proteção social básica e especial, independente da contribuição financeira, da situação legal do usuário ou mesmo e ter, ou não, endereço ou domicílio fixo. Ela chega até os que estão nas ruas e desenvolve a concepção de proteção extensiva. Os riscos sociais a que se refere não advêm de situações físicas, psíquicas ou biológicas, como a saúde, mas sim de situações instaladas no campo relacional da vida humana. Isto é, diz respeito aos vínculos sociais.

A assistência social deve ser financiada por toda a sociedade, por meio de recursos provenientes dos orçamentos federal, estadual e municipal, além de contribuições sociais (PNAS, 2004). É uma política que complementa outras áreas, garantindo um modelo integrado de proteção social. Como destaca a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004, p.42):

[...] A Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, deve necessariamente articular-se intersetorialmente com outras políticas sociais, como Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego e Habitação. Isso evita a fragmentação das ações e garante o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos.

Além disso, a assistência social opera sob um modelo descentralizado, articulado entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Essa descentralização possibilita que as políticas públicas estejam mais próximas da realidade local, garantindo maior eficiência e acesso, respondendo melhor às necessidades específicas de cada território.

Apesar de as políticas apresentarem particularidades que as diferenciam, ambas se inserem na Seguridade Social e compartilham os princípios da universalidade, integralidade e intersetorialidade. Nesse sentido, há convergências entre elas na busca pela garantia e promoção dos direitos sociais.

A promoção dos direitos e do bem-estar da população, principalmente daqueles em situação de vulnerabilidade, ocorre por meio de redes de serviços e programas não contributivos. Assim, ambas as políticas procuram assegurar suporte a esses indivíduos por meio de uma articulação entre as redes dos dois campos.

Os dois campos são compostos pelo trabalho multiprofissional, com abordagens interdisciplinares que envolvem a atuação de profissionais de diversas áreas. Cada profissional desempenha funções específicas, mas a colaboração entre eles permite integrar os saberes e atuar de maneira ampla e coletiva no atendimento aos usuários dos serviços.

Uma postura profissional que permite transitar no "espaço da diferença" tem como objetivo a busca e a compreensão das diversas formas de abordar a realidade. Nenhuma profissão ou conhecimento é absoluto, e a interdisciplinaridade constitui-se como um princípio essencial para a construção de novos saberes. Dessa forma, a interdisciplinaridade possibilita a superação de barreiras profissionais, o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e a ampliação das práticas de cuidado, sem comprometer a autonomia de cada área. Segundo Gattás et al. (2006, p. 326):

Nenhuma profissão e conhecimento são absolutos, e a interdisciplinaridade é um princípio constituinte da diferença e da criação. É uma alternativa para transpor as fronteiras das profissões, sem perda de autonomia, de oportunidades de conhecer outras formas de ação, de superar idiossincrasias, de deixar de falar só com seus pares e de aprender a conviver.

Outro eixo central em ambas as políticas é o fortalecimento da autonomia. Na saúde mental, esse processo ocorre por meio da desinstitucionalização e do afastamento dos modelos hospitalocêntricos e manicomiais, priorizando uma rede de cuidados psicossociais que promove a autonomia, o trabalho comunitário e a inserção social. Na assistência social, a autonomia é fomentada por ações que visam reduzir as vulnerabilidades que limitam a capacidade de decisão dos indivíduos, garantindo-lhes acesso a serviços que previnem a dependência. A proteção social é assegurada

por meio da garantia dos direitos básicos e da participação ativa nos processos decisórios, como nos Conselhos de Assistência Social.

As políticas de saúde mental e assistência social historicamente atendem os grupos mais vulneráveis e marginalizados. O sofrimento psíquico, o abuso de substâncias e a vivência em situações de risco e vulnerabilidade são tanto agravados quanto gerados pela falta de acesso a direitos básicos. Nesse contexto, as políticas atuam de maneira interdependente, articulando-se por meio de programas, benefícios e redes de serviços intersetoriais.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) exemplifica essa intersectorialidade ao atender indivíduos em sofrimento mental, garantindo-lhes acesso à assistência social e promovendo articulações entre os dois campos para a efetivação dos direitos e a prevenção de agravos psicológicos, físicos e sociais. De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004, p. 88):

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia, principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas.

Ambas as políticas se configuram como estratégias de proteção social, inseridas em diferentes campos, mas com um objetivo comum: a proteção e a promoção da dignidade do indivíduo. Entretanto, enfrentam desafios que comprometem sua efetividade, dificultam o acesso da população aos serviços e esvaziam a prática intersetorial.

Essas dificuldades se manifestam tanto de forma setorial quanto intersetorial, fragilizando a construção de um sistema eficiente e resultando no esvaziamento das políticas públicas. Na assistência social e na saúde mental, observa-se que os excessivos critérios de acesso a benefícios e programas criam barreiras burocráticas que limitam sua efetividade. Exigências como documentação completa, avaliações médicas extensas e comprovações rígidas de vulnerabilidade impedem o acesso de indivíduos em situação de extrema necessidade.

Aponta-se que um dos maiores obstáculos está relacionado à não constituição do indivíduo como usuário do serviço, representando uma barreira inicial de acesso. Isso ocorre tanto pela falta de oferta de serviços, quanto pelas altas demandas e pela distância dos dispositivos responsáveis por garantir esse acesso.

Outro obstáculo é o desfinanciamento e os cortes orçamentários, que impactam os serviços ao reduzir recursos, restringir a oferta de atendimentos e precarizar as condições de trabalho dos profissionais, resultando em sobrecarga e em processos burocráticos morosos. A falta de servidores e a diminuição da cobertura populacional também comprometem a efetividade das políticas, ampliando o tempo de espera e a exclusão de grupos vulneráveis.

Os estigmas conservadores que recaem sobre ambas as políticas também são um desafio significativo. A assistência social é frequentemente associada a uma política de caridade, enquanto a saúde mental ainda é vista sob a ótica da "política do louco", reforçando a segregação e transferindo a responsabilidade do cuidado para a família. Essas concepções equivocadas enfraquecem a estrutura das políticas, desviando o foco da garantia de direitos e do dever do Estado de promover proteção social (Sposati, 2007).

É essencial que a assistência social seja compreendida como um direito e não como um favor, rompendo com sua concepção historicamente marcada por práticas assistencialistas seletivas e conservadoras.

A assistência social deve ir além de sua concepção historicamente marcada por práticas assistencialistas. Deve ser compreendida como parte do campo da dívida social brasileira, face às exclusões sociais, onde os serviços de assistência social são importantes tanto para suprir demandas de proteção e reprodução social quanto para a reconstrução da sociabilidade cotidiana, promovendo equidade e dignidade. (Sposati, 2007)

A política de saúde mental, por sua vez, busca romper com os processos de desvalorização e exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico, desmistificando estigmas sociais que reforçam desigualdades e limitam o acesso ao convívio social pleno. A perpetuação desses estigmas fortalece práticas invasivas, associando os indivíduos a conceitos reducionistas e perigosos, o que contribui para a internalização do estigma e o isolamento social. Como apontam Leão e Nascimento (2019), o estigma social influencia diretamente a forma como os indivíduos percebem a si mesmos e como interagem com a sociedade. O processo de internalização do estigma

leva à reprodução de crenças negativas sobre sua própria condição, impactando sua qualidade de vida e participação social.

É fundamental ressaltar que, por se tratar de uma política em constante construção, a saúde mental está sujeita a retrocessos, como o esvaziamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devido ao déficit de contratações de profissionais e à precarização das condições de trabalho, agravada pelo aumento da demanda. Além disso, a falta de orçamento adequado ou cortes no financiamento comprometem o funcionamento pleno dos serviços, resultando na redução de grupos terapêuticos e atendimentos individuais e coletivos, impactando diretamente a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. Esse cenário fragiliza a nova abordagem no tratamento da saúde mental, abrindo espaço para a reintrodução da institucionalização.

Concretamente, percebe-se que as políticas de saúde mental e assistência social no Brasil possuem princípios e objetivos que dialogam entre si, no entanto, apresentam distinções históricas e estruturais, especialmente em relação aos modelos de proteção social adotados, às concepções de vulnerabilidade e às formas de organização. Essas diferenças refletem-se em suas legislações, normativas, público-alvo, protocolos de atendimento, financiamento, gestão, estrutura e concepção de cuidado. A focalização de suas coberturas, ao invés de fortalecer a articulação intersetorial, intensifica negativamente a fragmentação, comprometendo a efetividade e a ampliação da garantia de direitos e da integralidade do cuidado.

Do ponto de vista legal, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) possuem diretrizes que incentivam ações intersetoriais para atender sujeitos em situação de vulnerabilidade, incluindo aqueles com sofrimento psíquico. Em teoria, essa articulação representa uma proposta coerente dentro do conjunto de políticas da seguridade social e, de fato, ocorre em alguns contextos. Entretanto, isso não significa que seu funcionamento seja plenamente efetivo, principalmente diante das lacunas e fragmentações entre os dois campos.

Um exemplo concreto é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), frequentemente demandado por usuários dos serviços de saúde mental, mas cuja obtenção está atrelada a um processo burocrático exaustivo e exigente, em que o acesso nem sempre se efetiva de modo satisfatório. O BPC, adotado como um mecanismo de proteção social que rompe com a lógica estritamente produtivista do

capital-trabalho, reafirma a necessidade de inclusão econômica e social dos indivíduos em situação de vulnerabilidade que, por determinadas condições, não conseguem se inserir na lógica capitalista tradicional.

No entanto, por se tratar de um benefício que transita entre os campos da saúde mental e da assistência social, sua efetividade acaba sendo prejudicada pela falta de comunicação entre esses setores, comprometendo o acesso. Os critérios adotados refletem uma lógica de seletividade, priorizando determinados grupos em razão da burocracia e dos filtros inflexíveis aplicados, em vez de atender os beneficiários com base nos princípios da universalidade e da real necessidade. Assim, evidencia-se que os obstáculos burocráticos não apenas estabelecem prioridades, mas também excluem indivíduos que, mesmo em situação de vulnerabilidade, não conseguem atender aos requisitos impostos pelo sistema.

O indivíduo em sofrimento psíquico, por necessitar tanto de assistência social quanto de cuidado em saúde mental, é um dos mais afetados em sistemas fragmentados e desconexos. Na saúde mental, onde os sujeitos se encontram em condições ainda mais frágeis, é essencial considerar que seus sofrimentos vão além da vulnerabilidade econômica, envolvendo também fragilização familiar e social. A desarticulação entre os serviços pode resultar em longos períodos de espera e na necessidade de transitar entre diferentes campos de atendimento, tornando-se, em alguns casos, inviável e comprometendo a continuidade do cuidado.

Outro fator crítico é o rigoroso processo de comprovação, que visa evitar fraudes e garantir o uso adequado dos recursos, mas que muitas vezes não considera a complexidade das condições de saúde mental enfrentadas por esses indivíduos. Embora a exigência de comprovações seja fundamental, na saúde mental cada sujeito apresenta particularidades que influenciam sua condição social e sua qualidade de vida. Dessa forma, é necessário que os critérios adotados sejam mais flexíveis e não se restrinjam apenas aos diagnósticos formais estabelecidos pela CID.

O predomínio da Classificação Internacional de Doenças (CID) e a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apenas como ferramenta complementar para elaboração de laudos médicos podem reforçar uma perspectiva estritamente biomédica, desconsiderando os impactos psicossociais da condição de saúde (Buchalla e Nubila, 2008). Essa limitação pode resultar na não consideração de agravantes que afetam diretamente a funcionalidade e a autonomia

do indivíduo, prejudicando a formulação de laudos mais completos e sensíveis à realidade social.

A centralidade voltada para a lógica de classificação no laudo médico, sem a devida consideração das especificidades de cada caso, pode resultar na inserção desses indivíduos no mercado de trabalho de forma inadequada., que por sua vez, pode fragmentar a continuidade do tratamento e comprometer sua própria sobrevivência, tornando-a ainda mais vulnerável.

Apesar da intenção de oferecer proteção e inclusão, a realidade do BPC apresenta desafios. A submissão a processos burocráticos complexos pode intensificar nesses indivíduos sentimentos de desamparo e ansiedade em relação às instituições responsáveis por ampará-los, expondo-os à vulnerabilidade e ao risco de retrocessos em seus direitos sociais. Embora seja um direito constitucional, a forma como o benefício é operacionalizado revela contradições. Por um lado, reafirma-se como um direito; por outro, sua concessão está diretamente vinculada ao grau de carência do requerente, e não ao reconhecimento pleno da cidadania. Segundo Silva e Barbosa (2003, p. 241), "ainda permanece uma leitura ingênua e débil de direito: o BPC é um direito, porém seu usuário é visto como um 'desprovido de quase tudo".

A configuração da pessoa com deficiência para o BPC está relacionada a uma condição que pode causar impedimentos físicos, mentais ou intelectuais. Entretanto, o sistema do INSS, responsável pelo processo de avaliação, ainda apresenta limitações nesse reconhecimento, pois foi estruturado com base em deficiências predominantemente físicas e mensuráveis, enquanto os impactos da deficiência psicossocial são mais dinâmicos e de difícil padronização.

Além disso, o estigma social e os preconceitos atrelados ao sofrimento psíquico contribuem para a exclusão de muitos indivíduos do acesso ao benefício. Há casos em que a deficiência não é considerada "grave o suficiente" ou em que há uma expectativa de que o indivíduo simplesmente "se esforce mais" para se adequar às lógicas do trabalho e da vida em sociedade. Essa perspectiva não se restringe apenas ao senso comum, mas também permeia a atuação dos profissionais responsáveis pela avaliação, resultando em indeferimentos baseados em análises padronizadas e distanciadas das complexidades reais do sujeito.

A falta de articulação entre os serviços de saúde mental e assistência social também fragiliza os requerentes do benefício. A escassez de serviços como os CAPS e a insuficiência de profissionais especializados, somadas à alta demanda regional,

favorecem atendimentos superficiais e ágeis. Essa dinâmica limita a compreensão aprofundada do indivíduo em sofrimento psíquico e das múltiplas dimensões que compõem sua vulnerabilidade, comprometendo a elaboração de laudos médicos detalhados e adequados.

Ademais, considerando que o critério para a definição do grau de deficiência é extremamente rígido, com a concessão do benefício geralmente restrita a casos de deficiências mentais graves, a ausência de um acompanhamento contínuo e estruturado dificulta a formulação de laudos aprofundados e específicos. Como consequência, a gravidade do sofrimento psíquico pode não ser devidamente evidenciada, inviabilizando a demonstração do impacto dessa condição na vida cotidiana e na subsistência do sujeito.

Não obstante, evidencia-se que, além das políticas de Saúde e Assistência Social, a Previdência desempenha um papel central na concessão do BPC. Apesar de ser um benefício assistencial, sua operacionalização ocorre por meio do INSS, o que reforça a necessidade de uma atuação articulada entre essas três esferas. No entanto, na prática, essa integração é limitada.

As informações sobre o requerimento do benefício são disponibilizadas, principalmente, pelas agências ou pelo site do INSS e pelo telefone 135. Contudo, nem todos os usuários têm conhecimento desses canais, o que os leva a buscar orientação em equipamentos como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que podem fornecer informações, mas não possuem essa atribuição formal. Da mesma forma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) podem esclarecer dúvidas, mas essa não é sua função principal, e nem todos os profissionais da rede conhecem detalhadamente os procedimentos para acesso ao BPC. Neste contexto, a tecnologia se apresenta como uma barreira burocrática: por um lado, facilita o acesso de forma mais ágil, mas, por outro, desconsidera uma parcela significativa de indivíduos que não possuem acesso a dispositivos ou habilidades digitais. Isso gera, tanto a desistência, quanto a dependência de redes de serviços, as quais, em alguns casos, não se tornam uma opção viável ou acessível.

Além das dificuldades já discutidas, há um obstáculo territorial significativo. Grande parte dos requerentes do BPC são pessoas com deficiência que vivem em situação de vulnerabilidade social e econômica, muitas vezes distantes dos centros urbanos onde estão localizadas as agências do INSS. O deslocamento até esses

locais implica custos financeiros e emocionais elevados, tornando o acesso ao benefício ainda mais desafiador (Vaitsman e Lobato, 2017).

Diante do exposto, evidencia-se que a interface entre as políticas de assistência social e saúde mental no Brasil é marcada por complementaridades e desafios que impactam diretamente a garantia de direitos dos cidadãos em situação de vulnerabilidade. Ambas as políticas compartilham o compromisso com a promoção da dignidade e da inclusão social, mas enfrentam barreiras estruturais, burocráticas e financeiras que dificultam sua efetividade. A intersetorialidade, embora preconizada nos marcos normativos, ainda se mostra fragmentada na prática, limitando o acesso da população a serviços essenciais.

Portanto, torna-se indispensável fortalecer a articulação entre os campos da assistência social e da saúde mental, garantindo um atendimento integrado e humanizado. A superação dos desafios identificados passa pela ampliação do financiamento, pela valorização dos profissionais e pela desburocratização dos processos de acesso aos benefícios e serviços. Somente por meio de uma abordagem verdadeiramente intersetorial e comprometida com a universalização dos direitos será possível avançar na construção de um sistema de proteção social mais equitativo e eficiente, assegurando que nenhum cidadão seja “deixado para trás”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as dificuldades de acesso aos benefícios assistenciais pelos usuários dos serviços de saúde mental, buscando compreender os entraves que se articulam e geram barreiras ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e, conseqüentemente, como essas dificuldades fragilizam os indivíduos em sofrimento psíquico.

Os resultados evidenciaram que parte desses obstáculos advém do sistema burocrático que regula as avaliações dos requerentes. O modelo de avaliação adotado exibe uma abordagem focalizada, que tende a desconsiderar o indivíduo como um todo, negligenciando as conjunturas sociais, mentais e econômicas que o envolvem, bem como suas particularidades.

Além disso, identificaram-se distintos fatores que restringem o acesso ao benefício, como a falta de investimentos e cortes orçamentários, a permanência de estigmas conservadores tanto na sociedade quanto entre os profissionais, a percepção da política de saúde mental como uma "política do louco", a falta de articulação entre os setores da seguridade social envolvidos no benefício, o enfraquecimento das políticas públicas de saúde mental e o predomínio do laudo médico como critério principal do processo de avaliação, associado às rigorosas exigências comprobatórias.

Notou-se que, embora a assistência social e a política de saúde mental compartilhem o propósito de garantir proteção e promoção dos direitos sociais, a falta de integração e articulação entre essas áreas pode fragilizar ainda mais o acesso ao benefício. A estruturação de um modelo seletivo na concessão de benefícios intensifica as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos em sofrimento psíquico, criando uma lógica excludente de seleção, na qual apenas os mais vulneráveis entre os vulneráveis conseguem acessar o benefício.

A lógica dos critérios de avaliação limita significativamente o acesso desses sujeitos ao BPC, especialmente quando poucos são os laudos médicos aceitos para sua concessão. Assim, é essencial que esse sistema de avaliação burocrático compreenda que cada indivíduo possui suas singularidades, que impactam sua condição mental de maneira particular. Para isso, é fundamental que os critérios adotados sejam mais flexíveis, não se limitando apenas aos diagnósticos tradicionais

baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID), mas considerando de maneira mais abrangente as barreiras nas análises aprofundadas sobre a funcionalidade e as condições biopsicossociais, mesmo sendo garantido pela LBI/2015.

Ademais, é importante enfatizar que muitos desses indivíduos já se encontram psicologicamente fragilizados, o que tende a dificultar sua inserção e/ou reinserção no mercado de trabalho. Dessa forma, para que não se vejam desprovidos de seus direitos mínimos, é fundamental que o Estado, enquanto responsável por garantir essa proteção social, fortaleça a estrutura do benefício e amplie as redes de serviços voltadas à promoção da autonomia e da reinserção social dessas pessoas.

A análise realizada ao longo desta pesquisa demonstra que o acesso ao BPC para indivíduos em sofrimento psíquico não se configura apenas como um desafio burocrático, mas também como um reflexo das desigualdades estruturais e da fragmentação das políticas de proteção social. A superposição de exigências documentais, os processos avaliativos desarticulados e a escassez de profissionais capacitados para uma análise de totalidade do beneficiário comprometem a efetividade do direito ao benefício e, conseqüentemente, reforçam processos de exclusão social.

Vale enfatizar, que o problema maior não se constata apenas baixa capacitação dos profissionais, mas na falta de uma cobertura estruturada. Dentro desse contexto, os assistentes sociais que tem potencial papel de atuação nesse processo e uma atuação crítica sobre a defesa dessas políticas a estes indivíduos, seria importante que em contradição a lógica de seletividade burocrática continuem atuando de maneira mais concreta nas orientações sobre os direitos sociais desses usuários, prestando suporte no processo de solicitação do benefício, assim como procurando acompanhá-los nesse processo, de forma a enfrentar tais barreiras rígidas de acesso ao BPC e a lógica limitante de proteção social.

Apesar de a temática ainda não receber a devida atenção e ser pouco discutida no debate público e acadêmico, torna-se cada vez mais necessário ampliar os estudos na área, promovendo pesquisas atualizadas que acompanhem as mudanças na estrutura do benefício e no perfil dos requerentes, que rapidamente se modificam. Dessa forma, é possível avançar na construção de políticas públicas mais inclusivas, garantindo que os indivíduos em sofrimento psíquico tenham seus direitos plenamente assegurados e que a proteção social se efetive de maneira ampla, equitativa e acessível.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. de F. Seguridade Social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, [S. l.], v. 49, n. 3, p. 99-119, 2014.

BENEDICTO, Rubia Paixão; WAI, Mey Fan Porfírio; OLIVEIRA, Renata Marques de; GODOY, Cecília; JUNIOR, Moacyr Lobo da Costa. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, São Paulo, Brasil, v. 9, n. 1, p. 25–32, 2013.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Em: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2015.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M.. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 2, p. 324–335, jun. 2008.

FARIA, A. L. C.; FEIJÓ, C. A.; SILVA, D. B. N. Focalização de políticas públicas: uma discussão sobre os métodos de avaliação da população-alvo. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 287-310, 2007.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 187–193, jun. 2005.

FERES, E. M. Obrigatoriedade do Cadastro Único: inclusão ou exclusão do direito ao BPC? Em: 9º Encontro Internacional de Política Social e 16º Encontro Nacional de Política Social. Tema: A Política Social na Crise Sanitária revelando Outras Crises. Vitória, ES: [s.n.], 13 a 15 de junho de 2023.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - Alagoas*, v. 2, n. 2, p. 121–136.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução Editora Perspectivas, SP, 1972. José Teixeira Coelho Netto.

GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 323–327, 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

KRIPKA, R. M.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD*, v. 14, p. 55-73, 2015.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 17–26, jan. 2010.

MARTINEZ, A. P. Análise de custo-benefício na adoção de políticas públicas e desafios impostos ao seu formulador. *Revista de Direito Administrativo*, [S. l.], v. 251, p. 29–59, 2009. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/7527>. Acesso em: 02 fev. 2025.

MDS. 2004. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004). Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNA_S2004.pdf. Acesso em: 04/03/2025.

MDS. 2023. Renda Mensal Vitalícia. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/renda-mensal-vitalicia>. Acesso em: 16 fev. 2025.

MDS. 2024. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. Acesso em: 16 fev. 2025.

MS. 2024. Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/expansao-dos-servicos-de-saude-mental-ultrapassa-meta-prevista-para-2024>. Acesso em: 17 fev. 2025.

NABARRETE, L. M. S.; BASTOS, P. R. H. O. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 3, n. 8, p. 10181-10202, 2023.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 1, p. 103–121, 2019.

RIBEIRO, P. R. M. *Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P.. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, p. e00313145, jan. 2021.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

SILVA, Maria, BABOSA. O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC: desvendando suas contradições e significados. *SER SOCIAL*. v 12, p. 221-244, 2003.

SIQUEIRA, L. W. M. Política de assistência social e a acumulação do capital: os programas de transferência de renda e seu papel na economia dependente brasileira.

2022. 287 f., il. Tese (Doutorado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SOARES, S. J. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. *Revista Ciranda*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1–13, 2020.

SPOSATI, A. Assistência social: de ação individual a direito social. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, n.10, 435-458, 2007

SPOSATI, A. *Menina LOAS*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

STOPA, R. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. *Serviço Social & Sociedade*, n. 135, p. 231-248, 2019.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L. V. C. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3527–3536, 2017.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. *Serviço Social & Sociedade*, n. 137, p. 7–13, 2020.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. *Loucura & Civilização collection*. ISBN 978-85-7541-362-3.

ZGIET, Jamila. *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.