



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Camila Pelegrini Bertolin

**ENTRE O PLANEJAMENTO E A EXECUÇÃO: A PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL DE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis
2023

Camila Pelegrini Bertolin

Entre o Planejamento e a Execução: a perspectiva da política de saúde mental de
Florianópolis

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador(a): Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bertolin, Camila

Entre o Planejamento e a Execução : a perspectiva da
política de saúde mental de Florianópolis / Camila Bertolin
; orientadora, Keli Dal Prá, 2023.

96 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis,
2023.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. atenção psicossocial. 3. reforma
psiquiátrica. 4. saúde mental. 5. consequências do
neoliberalismo.. I. Dal Prá, Keli. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III.
Título.

Camila Pelegrini Bertolin

Entre o Planejamento e a Execução: a perspectiva da política de saúde mental de Florianópolis

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social

Florianópolis, 27 de outubro de 2023



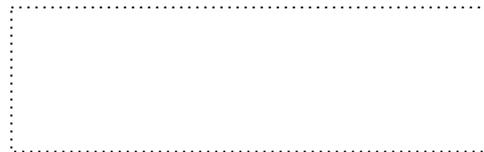
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá

Orientadora



Profa. Dra. Tânia Regina Kruger

Universidade Federal de Santa Catarina



Dr. Deidvid de Abreu

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Florianópolis, 2023.

Aos meus pais, Tanise, Júlio, Cristina e Tiago, que me ensinaram a amar este mundo
e todas as formas de vida que nele habitam. E ao acaso, que me trouxe até aqui,
exatamente onde eu deveria estar.

AGRADECIMENTOS

Acredito que, mesmo a experiência mais individual, pode também ser coletiva. Uma das minhas maiores alegrias é poder dividir os momentos da minha vida, os bons, os ruins, os fáceis e os difíceis, com aqueles que amo. E que alegria poder compartilhar um momento tão particular, a escrita de um trabalho de conclusão de curso, com pessoas tão importantes para mim. Assim, reservo esse espaço para homenagear aqueles que fizeram dessa tarefa, considerada árdua e solitária, um lugar sereno e comunitário.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu pai, Júlio César Bertolin, que não só foi meu porto seguro durante a escrita desse trabalho, mas também durante toda a minha vida. A quem sempre pude recorrer em qualquer momento de dúvida, alegria, estresse, satisfação, cansaço, entusiasmo, tristeza ou euforia. Sou grata por todas as “aulas da vida”, que me fizeram quem eu sou (e foram muito úteis no decorrer da vida universitária) e por me amar “com a força do afeto imensurável e com o valor da vida que vale a pena”.

Agradeço a minha mãe, Tanise Boeira Pelegrini. É difícil escolher um só motivo para pontuar, já que tu fizeste tanto por mim. Sou grata por ter escolhido estar presente nas milhares indas e vindas da trajetória que construí desde que deixei a tua casa. Por ter escolhido amadurecer nossa relação mãe-filha junto comigo, porque era essencial. Mas principalmente, por sempre incentivar a minha melhor versão. Eu não estaria na Universidade Federal de Santa Catarina se não fosse por você.

Por algum motivo além da minha compreensão, a vida achou que eu era digna de ter ao meu lado mais um pai e mais uma mãe, e me presenteou com duas pessoas maravilhosas. Sou tão grata pela minha mãe de coração, Cristina Fioreze, e pelo meu pai de coração, Tiago Ramos, por escolherem ocupar esse papel na minha vida, me acolhendo todos os dias como filha.

Agradeço a Ana Switalski, porque você é você e estar ao seu lado todos os dias é um privilégio enorme. Obrigada por todos os momentos de descontração, todos os passeios, episódios de séries besteirol, chocolates e taças de vinho que ajudaram a fazer desse momento o mais leve que pode ser.

Sou grata as minhas gatas. A Viena por estar comigo desde o início de tudo e sempre me oferecer seu ronronar quando precisei. A Adora, por passar manhãs, tardes e noites ao meu lado (dormindo), no computador, enquanto escrevia. A Kai, por comer algumas páginas do meu livro do Amarante, uma das principais referências desse trabalho, quando eu já não aguentava mais olhar para ele. E principalmente, a Coral, que já não está mais nesse plano físico, mas que me transformou, e que está em cada página desse trabalho e em cada página de mim.

Agradeço a Henrique Switalski, por me ajudar com a matemática que, inacreditavelmente, foi necessária para escrever esse trabalho.

Sou grata, apesar de tudo, ao meu processo de estágio, pois foi ele que impulsionou a temática do meu trabalho de conclusão de curso, me ensinou a amar o Serviço Social e fez, pela primeira vez, me enxergar como profissional. Agradeço infinitamente à todos aqueles que me acompanharam durante essa caminhada. Especialmente a minha supervisora acadêmica, Professora Doutora Maria Teresa dos Santos, que sempre se fez disponível para ouvir e ajudar a amenizar os momentos difíceis. A minhas colegas e amigas, Juliana Lordelo, Melícia Pinho, Andressa Cadorin, mas principalmente a Júlia Coelho, por dividir comigo os desafios, angústias, lágrimas, piadas, intermináveis conversas sobre nossos gatos, risadas e as conquistas inéditas que esse momento nos proporcionou. E a Ana, mais uma vez, que sempre esteve ao meu lado, mesmo quando nem eu estava.

Agradeço à Marcia Bernardes, por me acompanhar durante os últimos quatro anos e meio e me ajudar a construir, tijolo por tijolo, o caminho que me trouxe até aqui.

Sou grata aos meus avós, tios, primos e demais familiares. Em especial a Sofia Bertolin, que acolheu meus desabafos sobre esse trabalho com tanto entusiasmo quanto eu. Agradeço a todos os meus amigos, em especial a Nicolau Reos e Leticia Vanzin, porque acompanharam minha trajetória acadêmica e porque permaneceram.

Agradeço todos colegas e professores que se fizeram, de alguma forma, presentes na aventura que foi a minha graduação. Em especial aos meus colegas e amigos Laura Goldophim, Matheus Ulian e a minha professora, Doutora Tânia Regina Kruger, que além de grande referência para esse trabalho, me ensinou tanto sobre o serviço social, a saúde e o quanto me identifiquei neles.

Deixo, por fim, um agradecimento mais que especial para minha orientadora Professora Doutora Keli Regina Dal Prá, por todo o suporte, direcionamento e aprendizados que me proporcionou durante nosso ano de trabalho em conjunto. Obrigada de coração.

Que privilégio poder ter vivido esse momento ao lado de todos vocês. Obrigada!

Devia ser a poesia do meu pai que me mimava. Os livros. Eram os livros. Diziam-me coisas bonitas e eu sentia que a beleza passava a ser um direito
(A Desumanização – Valter Hugo Mãe, 2013).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) busca contribuir na área de conhecimento sobre política de saúde mental, na tentativa de ampliar a compreensão sobre as disputas ideológicas que perpassam a gestão, em seu planejamento e execução, da Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis. Este estudo adota uma abordagem de natureza qualitativa e utiliza pesquisa documental a fim de responder à pergunta “Entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e o da ideologia neoliberal, a qual viés estão alinhados os documentos de planejamento e a execução da gestão de saúde mental de Florianópolis?”. Objetiva compreender qual é a perspectiva que influencia a programação e a consecução da política de saúde mental no município de Florianópolis, para além de fazer um resgate histórico da política de saúde pública e de saúde mental no Brasil, compreender os impactos do neoliberalismo em sua consecução e analisar qual tendência da gestão dessas políticas no município. Nesse sentido, os resultados revelam as complexas disputas entre os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a ideologia neoliberal na gestão da política de saúde mental do município.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Neoliberalismo.

ABSTRACT

This research seeks to contribute with mental health policy knowledge, attempting to extend the understanding of the ideological odds that permeate the Florianopolis city hall management, in its planning and execution, of the Psychosocial Care Network. This study adopts a qualitative approach and uses a literature review and documentary research to answer the question “Between the discourse of Psychiatric Reform and the neoliberal ideology, to which bias are the mental health management in Florianopolis, including its planning documents and execution, aligned?”. It goals to understand which perspective influences the planning and execution of the Psychosocial Care Network of Florianopolis. It also objectifies building a historical review of public health and mental health policy in Brazil, understanding the neoliberalism’s impacts in its implementation and analyze the trend in the management of these policies in the municipality. Thereby, the results reveal the complex disputes between the principles and guidelines of the Psychiatric Reform in Brazil and the neoliberal ideology in the management of the municipal’s mental health policy.

Keywords: psychiatric reform; psychosocial care; mental health; neoliberalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos Utilizados para a Pesquisa Documental	20
Quadro 2 – Modalidades dos CAPS.....	50
Quadro 3 – Unidades e Serviços da RAPS.....	51
Quadro 4 – Relação PMS 2018–2021 e RAGs 2018, 2019, 2020 e 2021.....	71
Quadro 5 – Relação PMS 2022–2025 e RAG 2022	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Abrasme	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CeCcos	Centros de Convivência e Cultura
CF/88	Constituição Federal de 1988
CISMF	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSF	Conferências Municipais de Saúde de Florianópolis
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CS	Centro de Saúde
CT	Comunidades Terapêuticas
DEM	Democratas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
eSF	Equipes de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional

HF	Hospital de Florianópolis
HU	Hostpital Universitário
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPq	Instituto São José de Internação Psiquiátrica
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSD	Partido Social Democrata
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica no Brasil
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	177
2	A ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO	23
2.1	A GÊNESE DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SEU PROGRESSO ATÉ MEADOS DO SÉCULO XX	23
2.2	AS ORIGENS DA REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	31
2.3	REGULAMENTAÇÕES E DESDOBRAMENTOS DA REFORMA SANITÁRIA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	43
3	O PROJETO NEOLIBERAL E A RAPS.....	55
3.1	O PROJETO NEOLIBERAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	55
3.2	O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA RAPS EM FLORIANÓPOLIS.....	67
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	553
	REFERÊNCIAS.....	86

1 INTRODUÇÃO

Embora simultâneo e conseqüente da Reforma Sanitária brasileira, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil assume uma história própria. Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, a partir dos anos 1970, foi, e ainda é, um processo político e social. Beira certa complexidade ao compor-se de atores, instituições e a correlação de forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, transpassando o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005).

Originalmente, a loucura no Brasil era vista como um caso de desordem e perturbação da paz social. Relacionada muitas vezes ao horizonte da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se socialmente, a “mazela” foi responsabilizada a um viés religioso e de caridade. Assim, os considerados loucos sofriam com os trabalhos de higiene social, sendo recolhidos das ruas e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e em prisões públicas (Batista, 2014). A loucura passou a ser objeto de intervenção do Estado apenas no início do século XIX, depois de ter sido socialmente ignorada por quase três séculos. Contudo, as legislações e políticas públicas que tangem a saúde mental surgiram apenas no final do século XX após a propagação do movimento da Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) (Fonte, 2011).

O movimento trouxe ao Brasil ressignificações no modo de produzir cuidado e conhecimento em saúde mental. Amarante (2021) sinaliza esse processo como uma reforma teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que não somente deu um novo lugar social à loucura como também ao usuário das políticas de saúde mental. A Lei da Reforma Psiquiátrica promove estratégias, caminhos e tendências para uma articulação territorial e interdisciplinar da atenção psicossocial, assim como a desinstitucionalização do sofrimento psíquico.

Ao mesmo passo, porém, cresce no país um contexto econômico, político e ideológico neoliberal, que ao priorizar as práticas de mercado traz fortes influências ao sistema público brasileiro. Afetando direta e indiretamente a construção e execução das políticas públicas de saúde e de saúde mental, por meio de subseqüentes ações de desmonte e de privatização.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nasceu a partir da vivência de estágio supervisionado obrigatório no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (CMS). É um órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, de natureza jurídica e pública, vinculado à Secretaria Municipal de Florianópolis (SMS), com finalidade institucional de democratização do direito à saúde universal, focando no acompanhamento, controle e execução

desta na cidade, conforme os artigos 196 ao 200 da CF/88 e da Lei n.º 8.142/1990. O CMS visa impulsionar o controle e a participação social na gestão e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

De acordo com Bravo (2001), o sentido de controle social inscrito na Constituição é justamente o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, tendo como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia. Assim, o CMS foi pensado e estruturado de maneira que pudesse melhor atender as demandas e pautas levantadas através dos anos por conselheiros e usuários do SUS. Como instrumentos auxiliares, conforme estabelecido pelo Regimento Interno Institucional (2018), garante a atividade das Comissões Temáticas compostas por conselheiros municipais e distritais, para aprofundamento desses debates. Dessa maneira, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) tem um espaço relevante nas discussões que perpassaram o conselho durante o período de estágio vivenciado (2022-2023).

A referida comissão é reconhecida como intersetorial ao contar com a participação não somente de conselheiros, mas também de usuários, associações e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Florianópolis e foi instituída para acompanhar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fornecendo subsídios ao pleno do Conselho na área e garantindo o fortalecimento da rede, assim como também se propõe a acompanhar os convênios do município com entidades terapêuticas. Suas ações buscam afirmar os modelos da desinstitucionalização da atenção em Saúde Mental com base na Reforma Psiquiátrica.

Apesar de Planos Municipais de Saúde (PMS) que visam a expansão da RAPS e reconhecem a importância das políticas de saúde mental para a cidade, em 2022, foi elaborado pela SMS um termo de referência para implementação de um CAPS IV, modalidade até então fundamentada pela Portaria n.º 3.588, de 2017, mediante convênio com uma Organização Social (OS), e assim, terceirizando a execução e gestão do serviço a uma entidade privada e desresponsabilizando-se do serviço, entrando em desacordo com as demandas da população de Florianópolis, que visam um modelo de atenção psicossocial territorializado e antimanicomial (Observatório SUS, 2022).

Tal movimento vem sendo duramente criticado e debatido dentro e fora da CMS, uma vez que baseado pela supracitada portaria, aprovada pelo ex-presidente Michel Temer (2016–2018), permitia a longa permanência e até a moradia de usuários nesses centros, além da criação de leitos em hospitais gerais, e serviços ambulatoriais, o que, de maneira não fiscalizada, arrisca acertar em um sistema manicomial, repudiado pela Reforma Psiquiátrica. A situação é vista

como parte de um projeto mais amplo de desmonte gradual do SUS como sistema universal, público e de qualidade.

Nesta perspectiva, o presente trabalho buscará responder à pergunta “Entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e o da ideologia neoliberal, a qual viés estão alinhados os documentos de planejamento e a execução da gestão de saúde mental de Florianópolis?”. Tem-se, então, por objetivo principal compreender qual é a ideologia que influencia a programação e a consecução da política de saúde mental no município de Florianópolis. Como objetivos específicos, fazer um resgate histórico da política de saúde pública e de saúde mental no Brasil, compreender os impactos da ideologia neoliberal em sua consecução e analisar qual tendência da gestão dessas políticas no município.

Para isso, foi necessário adotar procedimentos metodológicos específicos a cada momento do processo. O trabalho conta com uma abordagem de natureza qualitativa, na perspectiva de responder a uma questão bastante particular, ocupando-se em trabalhar com um universo de fenômenos que envolvem o ser humano e as relações estabelecidas entre um Estado e sua sociedade civil. De acordo com Minayo (1994)

O objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. Se falamos de Saúde ou Doença, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico [...]. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classes com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (p. 21-22).

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica, a partir da literatura brasileira e de instrumentos como livros, revistas, periódicos, enciclopédias e outros achados em repositórios virtuais, sem recortes de tempo. A modalidade abrangeu os estudos sobre o histórico das políticas de saúde pública e de saúde mental no Brasil, perpassando pelos diversos momentos da saúde pública no país, e também, o ensaio das expressões e consequências do viés neoliberal nesse mesmo âmbito.

Em seguida, uma pesquisa documental que extraiu dos últimos dois Planos Municipais de Saúde (PMS) (2018–2021; 2022–2025), o que foi elencado pela gestão para a política de saúde mental no município. As metas serão relacionadas aos paralelos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (2018; 2019; 2020; 2021; 2022) para que se tenha um panorama do que foi, de fato, realizado. Tal ação, concomitante a análises de documentos emitidos pelo Controle Social de Florianópolis, tais quais, atas das reuniões Plenárias do CMS, Relatórios Finais de conferências e outros, que se fizerem necessárias para a pesquisa, ajudaram a construir uma

perspectiva de compreensão sobre o alinhamento ideológico da gestão da política de saúde mental de Florianópolis.

Tendo em vista a revisão bibliográfica, foram levantadas três palavras-chave, a saber, “saúde mental”, “rede de atenção psicossocial” e “centro de atenção psicossocial” para a subsequente busca e identificação da categoria pertinente nos documentos de planejamento. A seguir, foram identificados outros três conceitos-chave, sendo eles, “precarização”, “privatização” e “desmonte” para que sirvam de indicativos na investigação dos reflexos do neoliberalismo, tanto nos documentos de gestão, quanto nos de controle social.

É importante destacar que o recorte temporal elencado se fez desta maneira, uma vez que pretende estudar a gestão atual do município, que se iniciou em 2017, foi reeleita em 2020 e se seguirá até 2024. Não será considerado o ano de 2017 uma vez que está previsto nos instrumentos de planejamento da gestão anterior. Para além disso, o recorte de coleta dos documentos se delimitou exclusivamente ao município de Florianópolis, sendo apontada a SMS do município como detentora dos principais documentações pertinentes à pesquisa. O Quadro 1 detalha os documentos utilizados para a realização desse estudo e aponta suas fontes de acesso.

Quadro 1 - Documentos Utilizados para a Pesquisa Documental

Documento	Ano	Emissão	Disponível em
Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2018–2021	2017	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/04_10_2017_19.19.02.2111e40ac1b1a1a45a4df7fcbb1aaad9.pdf
Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2022–205	2021	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/13_01_2023_14.58.25.d4b1cb36a18d33e57cbf258bb14a13ee.pdf
Relatório Anual de Gestão 2018	2019	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.55.33.af976831840830dd669b30647fe4de92.pdf
Relatório Anual de Gestão 2019	2020	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.56.02.ae04d55e7cbcf3a04153954e806a3115.pdf
Relatório Anual de Gestão 2020	2021	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.56.33.d1d1a664c9ddff1f25d750ef1016e932.pdf
Relatório Anual de Gestão 2021	2022	Secretaria Municipal de	http://pmf.sc.gov.br/arquivos/arq

		Saúde de Florianópolis	uivos/pdf/12_01_2023_17.57.04.412be38d31f7dc74a81b55e68552197b.pdf
Relatório Anual de Gestão 2022	2023	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Relatorio%20final.pdf
Relatório Final 9ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis	2015	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://drive.google.com/file/d/1Nzfm8TrDdm9cMdoT177vYVYPo6Q_FwVy/view?usp=sharing
Relatório Final 10ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis	2019a	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://drive.google.com/file/d/1efXGR1jifhyOYUOldacmL6WRoYEGiLVz/view?usp=sharing
Relatório Final 11ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis	2023	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://drive.google.com/file/d/1KauUAI9eZz6B8kSLAgUUpaMJhiVG-_k5/view
Relatório Final da Conferência Municipal da Saúde Mental 2010	2010	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	https://drive.google.com/file/d/19LuoObFFzNs2YDvsy3pRreufQdPcB53L/view?usp=sharing
Relatório Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis	2021a	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://drive.google.com/file/d/1urljk-j06hv07eBjYlrT8UHHE2TG2Z7/view?usp=sharing
Informativo N.º 1	2022	Observatório SUS	Documento Físico
Ata da 170ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2019b	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1579783512.pdf
Ata da 176ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2020a	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1606775710.pdf
Ata da 178ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2020b	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1624992707.pdf
Ata da 183ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2020c	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1643228277.pdf
Ata da 198ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2021b	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1650490961.pdf
Ata da 204ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2022a	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1656696872.pdf
Ata da 205ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2022b	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1659552750.pdf

Ata da 206ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2022c	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1662400833.pdf
Ata da 207ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2022d	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1666267813.pdf
Ata da 216ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2023a	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1692906906.pdf
Ata da 217ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	2023b	Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis	https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1692906994.pdf

Fonte: Elaboração da autora (2023).

Desta forma, o presente trabalho está estruturado em dois capítulos. O primeiro, sob o título “A Atenção Psiquiátrica no Brasil: um resgate histórico”, realiza uma revisão de literatura, se dividindo em três subseções que abordam, respectivamente, a origem da atenção psiquiátrica no país e seu progresso até o século XX, a história da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras e por fim, suas consolidações e desdobramentos. O segundo, com o título “O Projeto Neoliberal e a RAPS”, é separado em dois momentos: um estudo sobre o projeto neoliberal e suas consequências para a saúde coletiva e atenção psicossocial no Brasil e a pesquisa documental sobre planejamento e execução da Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis. Por fim, a conclusão, que sintetiza as descobertas deste trabalho juntamente às considerações finais sobre a temática.

2. A ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO

As práticas da política de saúde mental atuais decorrem e são resultados de um processo histórico complexo, que, reflete não apenas a evolução do tratamento de transtornos mentais em nosso país, mas também as mudanças sociais, culturais e políticas que moldaram esse campo ao longo dos anos. Através de uma análise histórica, podemos identificar marcos importantes na trajetória da atenção psiquiátrica no Brasil, desde a aurora dos hospitais coloniais e asilos, instituídos no final do século XIX, até as políticas de desinstitucionalização e a garantia de direitos civis aos usuários dessa política, que se revelaram nas lutas e movimentos democráticos na década de 1970.

Pierre Vilar (1999) diz que “a incompreensão do presente nasce fatalmente da ignorância do passado”. Assim, resgatar essa história se faz fundamental para o entendimento de como as práticas de saúde mental no país foram sempre fortemente influenciadas pelas conjunturas sociais, culturais, históricas e políticas que perpassaram o Brasil e também desvelar como isso afeta e estabelece as políticas de saúde mental na atualidade

2.1 A GÊNESE DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SEU PROGRESSO ATÉ MEADOS DO SÉCULO XX

O entendimento da história da psiquiatria no Brasil desempenha um papel fundamental no estudo sobre a Reforma Psiquiátrica. Marcada por diversos momentos, desde a influência da psiquiatria europeia no período colonial até as transformações ocorridas a partir da segunda metade do século XX, o seu desenvolvimento, juntamente à ascensão do Movimento da Reforma Sanitária, nos permite reconhecer a origem, os avanços, desafios e problemas que moldaram e ainda moldam a situação da saúde mental na saúde pública do país. Diferentes modelos de assistência marcaram a trajetória da saúde mental no Brasil, as mudanças nas concepções epistemológica e simbólica da “loucura” influenciaram a composição de diversas práticas e formas organizativas do cuidado, e os contextos sociopolítico e econômico, bem como a forma de organização do sistema de saúde, colaboraram para a transformação das instituições e suas abordagens ao longo dos anos (Sampaio, 2021). Compreender essa trajetória histórica contribui para uma análise mais abrangente e crítica da atualidade, fornecendo subsídios para a construção de políticas e práticas mais humanizadas e efetivas no campo da saúde mental.

Michel Foucault (1992) em sua obra “A Microfísica do Poder” reserva um capítulo para debater o nascimento do hospital e aponta que sua ideia como um instrumento terapêutico, destinado à cura e assinalado por práticas como a visita e a observação, é relativamente nova, datada no final do século XVIII. Distinguindo-se do hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média, que, de modo algum, era concebido como uma instituição médica — ao contrário, era reservada a práticas privadas, individuais e não-hospitalares. Os primeiros hospitais eram essencialmente instituições de assistência e recolhimento dos pobres e enfermos

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (Foucault, 1992, p. 59).

O hospital tornou-se, assim, uma entidade que promovia, além da assistência, a higienização dessa classe do resto da sociedade, voltando, assim, o espaço hospitalar à filantropia e à caridade. Tal cenário apresentou mudanças em torno dos anos 1780, que com a adoção de práticas disciplinares, baseados nos hospitais militares e marítimos, que se organizavam de forma a reduzir a incidência de tráfico e contrabando nos portos da França e Inglaterra, juntamente à transformação do saber e da prática médica, que passou a compreender a doença como um fenômeno natural submetido às ações do meio que circunda a vida do indivíduo, promoveram o esquadriamento e a medicalização do espaço hospitalar.

Contudo, a atenção dada aos sujeitos usuários de saúde mental ainda se amparava — e seguiu amparando por muitos anos seguintes — naquele modelo higienista. De acordo com Bernardo e Garbin (2011), os chamados “asilos” contribuía para a segregação de todos os que apresentavam desvios e divergências socioculturais em sua época, configurando-se, em sua maioria, como depósitos de pessoas “inúteis à sociedade” ou “que deveriam ser escondidas”. Seu principal objetivo apartava da cura ou da ressocialização dessas, sem garantir a esses grupos condições de dignidade ou tratamento humanizado.

No Brasil, a gênese das políticas de saúde e de saúde mental deram-se sob a guarda da filantropia e do cuidado institucionalizado. Mendes (1995) relata que até metade do século XX, a economia brasileira era, sobretudo, agroexportadora, assim, o que se conhecia por sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Tais condutas

correspondiam ao modelo sanitário campanhista adotado, que se baseava em práticas como expedições sanitárias em combate às epidemias, implementação de programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, além de outras diversas ações de medicalização do espaço urbano.

De maneira geral, os reflexos do sanitarismo campanhista sobressaíam-se nas camadas menos favorecidas da população, carregando uma abordagem que promovia estratégias militaristas de combate de massa, hierarquização de decisões e intervenção repressiva sobre corpos individuais e sociais.

O primeiro modelo de atenção em saúde mental foi baseado no padrão clássico europeu, com a construção e manutenção de grandes asilos psiquiátricos vinculados a entidades religiosas. A criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841, pelo Decreto n. 82, foi estabelecido como uma instituição de caráter privado, mantido pela Irmandade da Misericórdia através de doações particulares, funcionando como anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia. (Hoffbauer, 2016). A concepção de loucura durante o Segundo Reinado consolidava a ideia de que indivíduos em desrazão, ou que representavam ameaças à ordem pública, deveriam ser recolhidos da sociedade para serem tratados em um local próprio e isolado

Sua construção [do hospício] foi resultado de uma demanda apresentada pela Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1830, que reivindicava a instituição de um local mais adequado para recolhimento e tratamento dos alienados¹. Até então os loucos não recebiam assistência governamental, eram mantidos em casa ou perambulavam soltos pelas ruas e, no caso de considerados perigosos à ordem pública, eram confinados nas cadeias ou nas insuficientes e precárias enfermarias das Santas Casas de Misericórdia ou no Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência (Hoffbauer, 2016, s.p).

Assim, a primeira instituição de saúde mental brasileira foi consolidada por práticas higienistas e eugenistas, que negligenciavam a individualidade e dignidade do sujeito, diretamente influenciado pelo pensamento sanitarista da época.

Segundo Bernardo e Garbin (2011), a prática asilar aplicada nesse período se deu por convênios do poder público com manicômios, e contava com tratamentos violentos como a “aplicação massiva de medicamentos e utilização de outros métodos para trazer o paciente à “normalidade”, como o eletrochoque”. Dias (2012), diz que tais práticas eram incentivadas a fim de sanear os aglomerados urbanos, conferindo novos comportamentos sociais que

¹ Termo pejorativo utilizado na época para se referir aos indivíduos que apresentavam qualquer disparidade à “normalidade”.

eliminasse os efeitos da miscigenação racial, considerada um risco social pela elite conservadora do país.

Figueiredo et. al. (2014) relatam que em 1912 foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, marcando o início de um processo que, mais tarde, conferiu o status de especialidade médica autônoma aos psiquiatras, resultando no aumento do número de instituições destinadas aos portadores de doenças mentais.

Podemos perceber com a criação dessa estrutura manicomial, a preocupação com a criação de espaços de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializados (CAPONI 2009, p. 96). A disciplina instituída nessas instituições também produzia socialmente a normalização de comportamentos, sendo estes passíveis de intervenção do saber psiquiátrico, atuando na higienização social (Figueiredo et. al., 2014, p. 7).

Machado e Miranda (2007) relatam que os primeiros passos do governo brasileiro na área do controle de álcool e outras drogas ocorreram no início do século XX, quando estabeleceu um conjunto de leis e instituições destinados a regular o uso e o comércio de substâncias, que as proibia e criminalizava, visando preservar a segurança e a saúde pública no país, estabelecendo penas que incluíam a exclusão dos usuários da sociedade, com a sugestão de que fossem detidos em prisões, sanatórios e, mais tarde, na década de 1970, em hospitais psiquiátricos. Tais disposições foram influenciadas por convenções internacionais que as recomendavam. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia² que estabeleceu o primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína.

Em 1924, o Código Penal Brasileiro, por meio do decreto 4.294, propôs pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. O decreto 14.969 criou o “sanatório para toxicômanos” (Machado; Miranda, 2007, p. 804).

Conforme Dias (2012), o contexto eclodido da Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918) e a urgência de reestruturação da configuração da força de trabalho devido ao fim do sistema escravista, essência da mão de obra da época, tornou vital a adesão de estratégias de preservação às condições de vida e saúde das classes laboriosas, que surgiam à medida que o modo de produção capitalista se estabelecia nos estágios iniciais de sua fase industrial. Assim, surgiram as primeiras demandas por ações estatais no setor de saúde brasileiro, que buscou, primordialmente, controlar e erradicar um conjunto de doenças transmissíveis que sujeitava

² Aplica-se aos atos públicos lavrados e apresentados em um dos países signatários. São considerados atos públicos documentos administrativos, atos notariais e declarações oficiais (Conselho Nacional de Justiça, s.d).

essa população, preocupando-se com as premissas necessárias para a reprodução do trabalho, sem perspectivas de direitos e cuidados dignos aos indivíduos.

Na década de 1920, testemunhou-se uma expansão das iniciativas de saúde para todas as regiões do país, enquanto o Estado assumia uma responsabilidade mais ampla na gestão dos problemas de saúde da população. Abordagens com orientações preventivas e higienistas seguiram ganhando destaque, buscando prevenir casos de doença mental através de ações que, em alguns casos, refletiam xenofobia, racismo e eugenia, de forma a promover melhorias na saúde pública e nos padrões de vida (Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Boschetti (2009) ressalta que neste período começou a se estruturar no Brasil a lógica do seguro social³, que durou de 1923 até o final da de 1980, estabelecendo critérios de acesso à saúde vinculados à previdência, priorizando garantir proteção do trabalhador e sua família.

Sampaio e Bispo Junior (2021) destacam que a promulgação do decreto n.º 24.559/1934, constituiu um marco legal que perdurou pelo século XX, decretando “em nome da manutenção da ordem ou da segurança pública, que os loucos deveriam ser retirados do convívio comunitário e internados em estabelecimentos psiquiátricos”. Fortalecendo, então, a convicção de que o adoecimento mental associa-se à insegurança e é adversário da cidadania, favorecendo internações arbitrárias e a política de aprisionamento como modelo de assistência principal a esses indivíduos.

Tal aproximação histórica entre os movimentos segregacionistas consubstanciou o pensar da saúde e saúde mental de modo hegemônico, levando a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental⁴ (LBHM), bem como a criação de hospitais e colônias-agrícolas públicas para pessoas com transtornos mentais, tuberculose ou hanseníase. Tal eugenia preventiva também contou com o assistencialismo durante o processo de institucionalização da saúde mental como política de governo, até meados do século XIX, “o trabalho e as instituições de

³ Essa é a lógica estrutura os direitos da previdência social em praticamente todos os países capitalistas, e em alguns países como França, Inglaterra e Alemanha, a lógica do seguro sustenta também a política de saúde (Boschetti, 2009).

⁴A LBHM, fundada no Rio de Janeiro em 1923, teve como objetivo prevenir e tratar doenças nervosas e mentais, por meio de intervenções em várias áreas do conhecimento e espaços sociais. Ela desempenhou um papel importante na disseminação e fundamentação da medicina psiquiátrica higienista. A principal conquista da LBHM foi a institucionalização de uma noção patológica em contraste com uma noção de "normal", atendendo aos interesses e normas da elite brasileira. O movimento também adotou uma abordagem mecanicista, tratando os problemas sociais como questões individuais que diziam respeito apenas ao indivíduo e ao seu psiquismo. A Liga tinha como discurso a construção de uma sociedade do trabalho, com ênfase na higiene, ruas e bairros limpos e com pessoas saudáveis tanto fisicamente como mentalmente, para terem vigor nas tarefas diárias. Suas atividades foram encerradas em 1947, juntamente com o fim das publicações dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (Silva et al., 2021).

saúde repousavam em três pilares: a medicina liberal, as medidas coletivas de prevenção e higiene e o assistencialismo” (Médici,1995).

O final da República Velha (1930), contou com a criação dos primeiros mecanismos estatais que pudessem corresponder às demandas oriundas das condições de trabalho, tal como a legislação sobre acidentes de trabalho, a ampliação dos serviços de saúde pela ação estatal, a promulgação do primeiro Código Sanitário; e instalação da previdência social privada, que originaram o sistema de previdência social e da medicina previdenciária pública no país (Dias, 2012). Profundamente afetados pelo cenário internacional de crise econômica no final dos anos 1920, iniciou-se, no Brasil, um processo de transição no modelo econômico, desencadeando em uma desarticulação das forças políticas e econômicas em vigor, abrindo caminho para o Estado brasileiro assumir um papel central na condução tanto do processo produtivo quanto do processo político.

Dias (2012) afirma que o período do Estado Novo (1930–1945) trouxe consigo uma economia urbano-industrial que se orientou pela modernização do estilo de vida da população, adotando uma política de atendimento às massas populares como fonte de sustentação e de poder, bem como o estilo intervencionista na economia e nas políticas sociais. Contou com a implementação de medidas de proteção social: i) como a instauração do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930), refletindo a estratégia campanhista ainda vigente, privilegiando o combate às prevenções de doenças; ii) a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s), em 1933, que instituíram a política de assistência médica previdenciária, mantendo a assistência médica dependente da contribuição dos trabalhadores e afastando a responsabilidade da saúde pública para e com a saúde do indivíduo, a não ser que ela pudesse apresentar riscos à coletividade, em casos de endemias; iii) o Decreto nº. 24.559, de 3 de julho de 1934, dispunha sobre a Assistência e Proteção da Pessoa e os Bens dos Psicopatas, que

No artigo 1.º define que esta assistência pretende "concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial" (DELGADO, 1992), expressando e materializando o escopo da higiene mental. No artigo 4.º está a definição dos estabelecimentos psiquiátricos, e entre estes, os de assistência social relacionado ao fenômeno do transtorno mental num país marcado pela desigualdade social, e com a presença significativa de organizações privadas filantrópicas a quem a sociedade delegou a tarefa de isolar e segregar a pobreza (Dias, 2012, p. 5);

iv) a lei criando as Conferências Nacionais de Saúde e Educação (1937) e a criação dos Serviços Nacionais de Doenças Mentais (SNDM), estruturado no Ministério de Educação e Saúde (1941). Tais disposições, contudo, foram regulamentadas conforme uma lógica meritocrática-particularista, com marcas clientelistas, que considerava a concessão de

benefícios um privilégio, movimento que propiciou condições para o fortalecimento do Estado, unificando o aparato governamental em todo o território nacional (Dias, 2012).

Com o final da 2ª Guerra Mundial (1939–1945) e início do contexto da Guerra Fria (1947–1991), os Estados Unidos da América passaram a exercer influência hegemônica sobre o mundo capitalista (Dias, 2012). Tal influência também culminaram no âmbito da saúde mental. Assim, no Brasil, refletiam-se os movimentos contrários a, então tradicional, forma de tratamento da loucura, ideologia que vinha crescendo na Europa e Estados Unidos (Figueiredo et. al., 2014).

Pulin e Turato (2004) destacam a direção de Aduino Botelho no SNDM, que perdurou de 1941–1954. O psiquiatra buscava conferir um caráter científico à psiquiatria e caracterizou sua administração pela expansão dos hospitais públicos através de convênios com os governos estaduais para a construção de tais instituições. Dias (2012) destaca o decreto da Lei n.º 8.550, de 1946, que estimulava a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais, visando “consolidar a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental” (Paulin; Turato, 2004). Tal política aumentou o número de hospitais e da população institucionalizada. Alguns dos beneficiados foram os famosos asilos como o Juqueri de São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre, além de propiciar a construção de novos hospitais em estados como “Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos” (Paulin; Turato, 2004, p. 243-244).

Em 1950 existiam 0,41 internados por 1.000 habitantes; 0,82 em 1970. Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, a população do hospital psiquiátrico aumentou 213%, apesar do advento dos psicotrópicos (Cerqueira, 1984, s.p.).

A ênfase na hospitalização psiquiátrica como elemento central da política pública de saúde mental perdurou no Brasil nas décadas que se seguiram. A função social do hospital psiquiátrico ainda seguia o mesmo, contudo, nesse período, a psiquiatria ainda buscava estabelecer condição de especialidade médica, assim, a partir de 1945 passou a evitar termos como ‘hospício’, ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’ e reconheceu-os como apenas ‘hospital’ (Paulin; Turato, 2004). Contudo, Paulin e Turato (2004) relatam que as novas técnicas

terapêuticas buscadas nessa época ainda recorriam a instrumentos da psiquiatria biológica, como o choque cardiazólico⁵, a psicocirurgia⁶, a insulino-terapia⁷ e a eletroconvulsoterapia⁸.

Juscelino Kubitschek assume a presidência em 1956 com ações de implantação de uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento (Paulin e Turato, 2004). Dias (2012) traz que tal contexto, subsequente de mudança acelerada da base produtiva de agrário-exportadora para urbano-industrial na América Latina em geral, colaborou para o aumento da população nos hospitais psiquiátricos, uma vez que foram destinados esses espaços aos grupos populacionais que não conseguiram integrar o novo padrão de produção. Em 1950, existiam 24.234 leitos psiquiátricos, que viraram 34.550 até 1955 (Alves et al, 1992.; Costa, 2002).

Uma nova classe social urbana surge nessa onda de urbanização, ao passo em que a democracia liberal atingia seu ápice, Paulin e Turato (2004) relatam que essa era corporativa, crítica e reivindicadora, e demandava por uma maior qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental. Assim, surgia, nessa conjuntura, um novo ator institucional: o hospital psiquiátrico privado. Que, “embora dotadas de conforto e com baixo índice de mortalidade, tinham a mesma função social que os asilos, ou seja, isolar o paciente da comunidade, resguardando-a do perigo que ele supostamente representava” (Paulin; Turato, 2004, p. 245).

Dias (2012) afirma que foi a partir da experiência de médicos e enfermeiros enclausurados pelos nazistas em campos de concentração, durante a Segunda Guerra Mundial, que começaram a surgir as primeiras críticas ao modelo asilar aplicados nos hospitais psiquiátricos. Gerando, assim, uma onda internacional de questionamentos sobre a atuação desses profissionais em instituições psiquiátricas. No Brasil, os primeiros reflexos dessa nascente ideologia chegaram em 1961, com a promulgação do Decreto n.º 49.974, que propunha flexibilização no modelo manicomial vigente, impondo que apenas casos com diagnósticos confirmados poderiam ocasionar em internações, além disso, deliberou que o cuidado pudesse acontecer em instituições extra-hospitalares e comunitárias, por fim, aposentou a expressão “doença mental”, colocando terminologia saúde mental em seu lugar (Sampaio; Bispo Junior, 2021).

⁵ Tratamento que provocava convulsões no paciente (Rigonatti, 2004).

⁶ O termo abrange todos os procedimentos cirúrgicos realizados no cérebro para tratar distúrbios mentais, como a lobotomia (Barboza, 2019).

⁷ Uso de doses cada vez mais altas de insulina intramuscular até que o paciente ficasse em estado de coma (Guimarães et. al., 2013).

⁸ Injeção intravenosa que causava parada cardíaca de 30 a 50 segundos e inconsciência de curta duração (Rigonatti, 2004).

Assim adentrava a política de saúde mental brasileira na segunda metade do século XX. Apesar das crescentes críticas, o modelo de atenção à saúde mental vigente, desde sua gênese, ainda se fazia presente no cotidiano psiquiátrico. Ademais, o setor seguia sendo permeado por um modelo campanhista que priorizava uma atenção médica previdenciária de cunho curativista e privado. Os anos que se seguiram, contudo, trouxeram grandes mudanças e transformações no cenário da saúde pública e da saúde mental brasileira. Os movimentos de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) surgiram em um contexto de descontentamento com um Estado ditatorial que não só agia para impulsionar a privatização da saúde, mas que também era conivente com censura e repressão. A origem de tais trajetórias, seu desenrolar e consequências serão estudadas nas seguintes subseções.

2.2 AS ORIGENS DA REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Emergidos na década de 1970, a Reforma Sanitária Brasileira e a Reforma Psiquiátrica no Brasil foram movimentos sociais e políticos que objetivaram a transformação da política de saúde no país. Tais iniciativas basearam-se em uma visão crítica do sistema de saúde existente na época, que apresentava graves problemas de acesso, qualidade e eficiência, especialmente para as camadas mais pobres da população e desintegradas do mercado formal de trabalho. O autodenominado Movimento da Reforma Sanitária, segundo Gerschman (2004), tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), destacando seu papel de oposição ao regime militar. Contou com o protagonismo de diversas organizações políticas, acadêmicas e da sociedade civil. Já a Reforma Psiquiátrica, foi uma das várias consequências do Movimento Sanitário brasileiro, e apesar de também estar inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, construiu uma história própria e independente. Consoante o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a RPB é um processo que além de político, é social, beirando certa complexidade ao compor-se de atores, instituições e a correlação de forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, transpassando o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Significando dizer que se trata de um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias circunstâncias paralelas que se intercomunicam, se retroalimentam e se complementam.

O processo acelerado de industrialização trazido ao Brasil na década de 1950 levou ao deslocamento do polo dinâmico da economia das fazendas para os centros urbanos, carregando consigo uma massa operária que demandava um atendimento em saúde excepcional ao que era

conhecido (Mendes, 1995). Sanear os espaços de circulação das mercadorias cedeu, gradualmente, o local de prioridade para a manutenção e cuidados do corpo trabalhador, garantindo sua plena capacidade produtiva. Não conseguindo acompanhar as novas demandas de uma economia industrializada, o sanitarismo campanhista foi desaparecendo gradual e simultaneamente ao crescimento da atenção médica interligada à Previdência Social, levando à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista.

Contudo, as condições políticas para a hegemonização de um novo modelo de sistema de saúde deram-se somente no início da ditadura militar, em 1964, visto a centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte a políticas setoriais (Mendes, 1995, p. 22). Utilizando-se de um discurso anticomunista, antissindicalista e prometendo a instauração da ordem e restauração da economia brasileira, os militares reprimiram os canais de comunicação entre o Estado e a sociedade e iniciaram um processo de progressiva exclusão econômica de grandes parcelas da população.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista dominante nesse período, com a consequente supressão do debate sobre alternativas políticas no seio da sociedade, permitiram que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (Escorel, 2005, p. 60-61).

Escorel (2005) cita as principais características desse novo modelo de saúde como sendo a privilegiação da prática médica curativa, conservadora, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial, possibilitando a construção de centros clínicos e hospitalares privados com financiamento da previdência social; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiação do produtor privado desses serviços. Tais práticas associadas à repressão política, com o fechamento de centros de pesquisa e a falta de financiamento e aposentadorias compulsórias de pesquisadores em saúde, cria no Brasil um contexto de políticas concentradoras de renda, de mercantilização da saúde e de impedimento

de todo e qualquer cidadão não associado à previdência, seja ele trabalhador informal e/ou rural, de acesso à saúde.

As políticas em saúde mental também se encontravam em crise, ao passo em que modelo asilar ainda seguia em plena prática. Paulin e Turato (2004) relatam que o convênio entre os serviços de saúde da rede privada, juntamente a cobertura previdenciária garantida apenas aos trabalhadores regulares, refletiram diretamente na área da saúde mental, uma vez que os hospitais públicos, encontrados em condições de precarização, foram destinados aos sujeitos não incluídos na cobertura previdencial, enquanto se optava pela contratação de leitos em hospitais privados para atender a demanda dos associados e seus dependentes. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi uma das grandes responsáveis pela grande modificação no sistema de prestação de serviço.

A unificação dos institutos previdenciários ocasionou na extensão da assistência médica, já que atingiu os setores mais amplos da população, e conseqüentemente, ampliou-se rapidamente para estabelecer uma coligação com a Previdência Social, fazendo, assim, com que os hospitais públicos se tornassem cada vez mais enfraquecidos e irrelevantes em termos de atendimento.

Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados. A situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao ‘discurso da competência’, exposto pelos empresários privados. Valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e ineficazes para a cura dos doentes. Ou o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social? Certamente, a opção pelo hospital privado era inerente à população previdenciária (Paulin; Turato, 2004, p. 247).

Schaffer e Silva (2014) discutem as conseqüências do fechamento dos leitos públicos e fomento de clínicas particulares. “Com o golpe de 1964 aprofundaram-se a lógica autoritária, privatizante e mercantilista na terceirização da assistência psiquiátrica; assim, na ditadura, os militares tinham total permissão para internar pessoas, sendo uma forma de calar a boca dos indivíduos” (Schaffer; Silva, 2014, p. 367). Tais ações, além de impulsionar o aparato da censura, opressão e tortura dos militantes que resistiam a ditadura, ainda promovia a mercantilização do serviço, fazendo com que a doença mental se tornasse um objeto precioso de lucro.

Neste mesmo período, Machado e Miranda (2004) destacam o princípio da influência da medicina na legislação brasileira acerca do consumo de álcool e outras drogas, que passou a colaborar com aportes tecnocientíficos para a legitimação do controle de uso. Assim, o usuário passou a ser identificado como “doente e/ou criminoso” e para tratá-lo foi proposto internações,

a princípio em hospitais psiquiátricos e, posteriormente, em centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Tais instituições visavam a salvação, recuperação, tratamento e punição do usuário. A Lei n.º 5.726 de 1971, embasa tal narrativa e impulsiona a “psiquiatrização” dos procedimentos de controle do uso de drogas na sociedade (Bittencourt, 1986), reafirmada na lei 6.368 de 1976, que além de propor a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas” para se referir ao usuário, ainda estabelece a criação de instituições especializadas para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde (Machado; Miranda, 2004).

Tais práticas geraram uma crescente demonstração da insatisfação com o governo militar. Os efeitos do modelo de desenvolvimento adotado para a qualidade da saúde da população, somada à rearticulação progressiva dos movimentos sociais, tornaram cada vez mais frequente denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e, por conseguinte, amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente (Escorel, 2005, p. 62). Dessa maneira, as discussões começaram a tomar os espaços dos movimentos sociais, dos sindicatos de diversas categorias profissionais da saúde, dos ambientes universitários e também, dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Logo, emergiram questionamentos e novas formulações em torno da prática médica, buscando conciliar a produção de conhecimento com a prática política.

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva, Para esses atores, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como 'neutra' e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política (Escorel, 2005, p. 64).

Assim, dessa fusão de instâncias começou a se organizar, de maneira ideológica com uma prática política, o Movimento da Reforma Sanitária, trazendo consigo um número de ideias e propostas transformadoras no sentido da melhoria e democratização do atendimento à saúde à população. E, mesmo atuando sob a forte repressão do regime autoritário, representou uma força política articulada a uma série de propostas contestatórias.

Escorel (2005) relata que o movimento também teve fortes influências perante o mundo acadêmico, que atuou como liderança durante o processo de reformulação do setor da saúde. Organizações como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) foram protagonistas na luta do movimento sanitário, buscando a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, e servindo de porta-voz da comunidade científica. Criticavam a abordagem estritamente biológica da medicina e

discutiam sua prática dentro de uma perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade.

Organizado a partir de um grupo de jovens sanitaristas de São Paulo, provenientes dos DMP, o Cebes, que foi criado em 1976 com o intuito de atuar como um canal de debates e como veículo de divulgação do movimento sanitário através de sua revista Saúde em Debate, estendeu-se rapidamente pelo país, e até os dias de hoje é reconhecido como uma das mais importantes organizações na área da saúde. Empenhou-se em denunciar as arbitrariedades da organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatista, criou uma coleção de livros que objetivavam democratizar a discussão e o entendimento sobre as políticas de saúde no Brasil, que se tornaram fontes obrigatórias na área até hoje, além de ter sido um instrumento de luta pela democratização do país e pela operacionalização dos serviços de saúde pública.

Já a Abrasco, fundada em 1979, veio como uma associação de programas de pós-graduação, ensino e pesquisa em saúde coletiva e saúde pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e várias universidades (Escorel, 2005, p.68). Realizou congressos e seminários no meio acadêmico e publica periodicamente a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

É nesse contexto que emerge a proposta de reformulação da política de saúde como uma quase revolução. Contudo, ao mesmo passo e conjuntura em que se moldava a Reforma Sanitária no Brasil, outro movimento na área da saúde vinha crescendo e fazia-se ser notado. Frente às críticas ao modelo privatizante, hospitalocêntrico e elitista do sistema de saúde juntamente às recentes demandas levantadas pelos trabalhadores de saúde mental, organizou-se no interior do Cebes um núcleo de estudos na área de saúde mental que, segundo Amarante (2021), possibilitou reflexões sistemáticas sobre as condições da assistência psiquiátrica no país, que na época era composta fundamentalmente de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, de grande porte.

Concomitantemente ao âmbito acadêmico, tais questionamentos também começaram a tomar espaço no âmbito institucional. Segundo Paulin e Turato (2004), a psiquiatria comunitária, que vinha se apresentando de forma efetiva na Europa e nos Estados Unidos, se tornou uma nova influência para a saúde mental brasileira. Para além disso, a esfera internacional - por meio das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁹, influenciava no sentido de uma postura de prevenção e promoção da saúde mental.

Nessa conjuntura, em sua obra “Loucura e Transformação Social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil”, o psiquiatra Paulo Amarante (2021) discorre que foi a partir de uma denúncia de irregularidades, maus-tratos e violências contra os internos do pronto-socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)¹⁰ que acarretou a formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), dando início a “crise da DINSAM”. Tal denúncia foi mal recebida pelos dirigentes do hospital, que eram, em sua maioria, militares, e as caracterizaram com teor político partidário e contrário ao governo, apesar de apenas dizerem respeito às condições precárias de trabalho dos profissionais e à violação da dignidade dos pacientes. Desligados da instituição, a história dos profissionais denunciadores gerou comoção e os envolvidos receberam apoio não só de diversos movimentos e entidades da sociedade civil, mas também da imprensa, causando uma enorme repercussão e indignação social.

Contudo, da mesma forma que a primeira, as outras três unidades da DINSAM também estavam funcionando de forma precária, além de não realizarem concurso público desde a década de 1950, os profissionais vinculados recebiam como salário uma “bolsa de estudos”, sem pertencerem necessariamente a um percurso formativo, por essa denominação, sem receber os devidos direitos trabalhistas garantidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) (Amarante, 2021, p. 27), dessa forma, escondendo uma relação subempregatícia.

Nessa conjuntura, organizou-se o MTSM, que segundo Amarante (2021), passou a mobilizar os profissionais de todos os hospitais da DINSAM para manifestações em solidariedade aos demitidos e para demandar melhores condições de trabalho. Bernardo e Garbin (2011) referenciam Amarante (1995; 2000) e relatam que os anseios deste movimento ultrapassaram as manifestadas pelo Movimento Sanitário, para além da reformulação dos sistemas de saúde como parte integrante do processo de redemocratização do país. Da mesma forma, a saúde mental também focava na construção de um pensamento crítico do papel normalizador das instituições e da desinstitucionalização¹¹, buscando compreender a parte

⁹ Baseadas em tais recomendações, o Ministério da Saúde do Brasil foi um dos signatários do documento que se propunha nortear os rumos da assistência psiquiátrica para o continente em outubro de 1972. O documento, denominado ‘Plano decenal de saúde para as Américas’, foi elaborado com os demais ministros da Saúde de países latino-americanos em Santiago do Chile (Paulin; Turato, 2004).

¹⁰ Órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental e pela administração de quatro hospitais psiquiátricos federais (Amarante, 2021).

¹¹ O movimento pretende a deslocar o centro da atenção do tratamento da instituição para a comunidade, distrito e/ou território do usuário (Hirdres, 2009).

social da psiquiatria e suas instituições para além da sua função explicitamente médico-terapêutico.

Como consequência, porém, os afiliados dessa causa passaram a ser igualmente perseguidos, de forma que dois meses após o início do movimento, já existiam mais de 260 profissionais demitidos (Amarante, 2021). Com o agravamento do cenário, o MTSM convocou uma greve, registrada como a primeira no setor público durante o período de governo ditatorial. A greve na DINSAM desencadeou uma greve geral entre os médicos residentes do Rio de Janeiro, que em pouco tempo, se espalhou por todo o país.

A greve dos médicos residentes passou a ter uma dimensão pública muito importante, tanto pelo fato de reunir muitos profissionais quanto em razão de que paralisa serviços e atividades essenciais (emergência, UTIs, hospitais gerais, centro cirúrgicos, maternidades, etc) (Amarante, 2021, p. 28).

Durante o ano de 1978 ocorreram dois eventos que contribuíram para a ampliação do MTSM em nível nacional. O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que estabeleceu uma “frente ampla” a favor “de mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional” (Amarante, 2021, p. 28), e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e de Instituições, que aproximou o Brasil de autores e personalidades do campo crítico da psiquiatria, da psicanálise e das ciências sociais.

Um desses grandes nomes foi Franco Basaglia, médico italiano que dedicou grande parte de seus estudos à psiquiatria e a filosofia — um dos principais nomes da Reforma Psiquiátrica Italiana (Serapioni, 2019), que estabeleceu fortes vínculos com os militantes do Cebes e MTSM, articulando diversos encontros e debates em universidades, sindicatos e associações e influenciando o pensamento crítico do movimento (Amarante, 2021).

Segundo Amarante (2021), outros eventos impulsionam o crescimento do MTSM e seus ideais no Brasil no final dos anos 1970 e no decorrer da década de 1980, estes foram i) o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1979), que defendeu que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde deveria estar associada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e social; ii) o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrida no Rio de Janeiro (1980), que pautou a questão do transtorno mental em sua relação com os problemas sociais, com a da política nacional de saúde mental e as condições de trabalho num contexto de forte privatização e mercantilização da medicina; iii) o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ocorreram simultaneamente (1980) e debateram pela primeira vez sobre a defesa dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

Ainda na década de 1980, destaca-se no desenrolar de seu último quinquênio: o findar do Regime Militar Brasileiro, em 1985; a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso do MTSM, realizados em 1987; a Assembleia Nacional Constituinte e a publicação da Nova Constituição Federal, em 1988; a instituição do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e, finalmente, as primeiras eleições diretas desde o fim da ditadura, em 1989.

Os movimentos sociais pró-democráticos não cresceram somente no segmento da saúde. Rocha (2015) afirma que o gradual fortalecimento da sociedade civil, composto por “sindicatos, a Igreja, artistas, o Congresso, diversos políticos – muitos retornados do exílio e alguns outros presentes na vida política”, como protagonistas da história, transcorreu no desfecho da ditadura no Brasil. Milhares de militantes e representantes desses segmentos saíram às ruas, em diferentes cidades do país, clamando por “Diretas já”, movimento popular que pedia o fim do regime militar e exigia eleições diretas para a presidência da república e outros cargos. Contudo, o projeto de lei que o concederia foi derrotado e assim, em 1985, mediante um colegiado eleitoral e um processo de retirada dos militares do poder, Jose Sarney foi eleito presidente do Brasil (1985-1890) e restabeleceu-se a democracia.

Em frente a essa conjuntura de transformações no campo geral da política, concomitantemente a nomeação do ex-presidente da Cebes, Sergio Arouca, como novo presidente da Fiocruz, Amarante (2021), relata a que o momento se encontrava favorável para a convocação de uma conferência nacional e popular de saúde, em prol de debater o caminho a ser percorrido no âmbito da política de saúde no contexto da Nova República.

Arouca, um dos principais idealizadores da conferência, pretendia ampliar o processo de participação social na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde - uma vez que as sete conferências anteriores se restringiram, predominantemente, a um encontro de gestores e profissionais. Assim, nos dias 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8^a¹² Conferência Nacional de Saúde

[...] tinha como objetivo contar com a participação popular. Para tanto, foram estabelecidos critérios de participação paritária, de tal forma que representantes do executivo e dos segmentos de prestadores de serviços estivessem em condições de igualdade com os representantes da sociedade civil. Além do mais, foram realizadas pré-conferências nos municípios e estados, de modo que os representantes eram eleitos pelos pares a partir de sua

¹² Optou-se pela utilização do algarismo arábico em vez de romano, conforme as edições anteriores, já que representava, de acordo com Arouca, uma aproximação com o espírito social e popular que utiliza números arábicos. Daí em diante, a conferência, ficou conhecida apenas pela expressão “oitava” (Amarante, 2021).

importância e representatividade. [...] cerca de 4 mil pessoas estavam ativamente presentes (Amarante, 2021, p. 39).

Segundo Mendes (1995) e Paim (2008), a oitava contou com a participação e influência de vários intelectuais e militantes do Movimento da Reforma Sanitária. Inspirados no projeto de um Sistema único de Saúde, apresentado pelo Cebes, e em um documento elaborado pela Abraco, que abrangia a discussão de um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes, a conferência constituiu-se de uma formatação político-ideológica do projeto, revisando questões teórico-políticas e resgatando princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde.

Dessa maneira, a conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: i) saúde como direito inerente à cidadania, ii) reformulação do sistema nacional de saúde e iii) financiamento do setor saúde. O primeiro eixo problematizou sobre a consolidação do capitalismo e suas expressões nas políticas sociais, criticando a concepção liberal de saúde pública e discutindo os reflexos dessas questões nos serviços de saúde do Brasil. O segundo analisou aspectos estruturais da sociedade brasileira e listou uma série de propostas para o novo sistema nacional unificado de saúde. O terceiro e último eixo, apresentou-se com uma mistura de discursos racionalizadores e democráticos, resultando na discussão de alternativas para a participação estatal nessa nova construção.

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) refletiu o resultado dos amplos debates que tomaram conta do evento durante os cinco dias de realização. As 49 propostas aprovadas pela Plenária Final transpareceram os princípios da Reforma Sanitária, também lançados durante a conferência (Amarante, 2021). Apontou desdobramentos contemplando o conceito ampliado de saúde, que diz ser “a resultante das condições de alimentação, transporte habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 4); elegeu a saúde como direito de cidadania e dever Estado; propôs uma reformulação no Sistema Nacional de Saúde como Sistema Único de Saúde “que tivesse como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular” (Mendes, 1995, p. 43) e fosse independente da previdência social; De acordo com Paim (2008), entre os tópicos mais polêmicos aprovados destacaram-se a estatização imediata do sistema de serviços de saúde e a defesa das Ações Integradas em Saúde¹³ (AIS) como estratégia de transição para o novo sistema de saúde. Para

¹³ Criadas em 1983, as AIS foram uma iniciativa conjunta dos ministérios da Previdência, Saúde e Educação, com o objetivo de promover um novo modelo de assistência que incluísse o setor público.

além dessas ações a oitava ainda incentivou maior participação social no âmbito das políticas de saúde, indicou como proposta de desdobramento a realização de conferências temáticas em saúde, como saúde da criança, do trabalhador, e saúde mental, dentre outros (Amarante, 2021).

Mobilizados pela oitava, uma série de eventos importantes ocorreram no âmbito da saúde mental durante o ano seguinte. Conforme Schaffer e Silva (2014) e Amarante (2021), o MTSM realizou um processo de inovação significativo ao mudar seu foco de atividades, que, por muitos anos, estava centrado principalmente em denunciar as práticas em instituições asilares e hospitais psiquiátricos. Passou a desenvolver novas abordagens de cuidado, alinhadas com suas críticas ao sistema predominante na época. Tal ação iniciou-se com o planejamento e fundação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o nome de CAPS Luiz Cerqueira, em março de 1987, na cidade de São Paulo, sob a supervisão da Secretaria Estadual de Saúde.

Criado em um contexto que tinha como princípio a desinstitucionalização, noção inspirada pelas ideias de desospitalização¹⁴ e de ruptura paradigmática de superação do modelo biomédico¹⁵, foram idealizados para ocupar o lugar das internações em hospitais psiquiátricos (onde o tratamento da “loucura” era realizado com acompanhamento clínico), viabilizando a reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Amarante, 2021) (Schaffer; Silva, 2014).

Neste contexto, pensa-se, portanto, numa rede assistencial externa intermediária, não cronificante e não burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos. O CAPS corresponde, então, a um "filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária" (CSM/SP, 1987), de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional, formando uma 'estrutura de continência multiprofissional que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando-se a singularidade dos sujeitos' (Amarante, 2021, p. 47).

Conforme Amarante (2021), o mês de junho foi sede, juntamente a cidade do Rio de Janeiro, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que apesar de sofrer forte resistência do próprio Ministério da Saúde, que na ocasião defendia uma postura contrária aos ideais e às

Esse modelo enfatizou a integração de ações curativo-preventivas e educativas, estabelecendo-as como uma área de alta prioridade para a promoção da saúde. Paim (1986) rexacha tais ações uma vez que ainda relacionam o acesso à saúde pública aos conveniados da Previdência.

¹⁴ Processo inspirado no modelo americano de saúde mental comunitária que consiste na saída do paciente do ambiente hospitalar para prosseguir em tratamento domiciliar (Amarante, 2021).

¹⁵ Influência do movimento italiano de Psiquiatria Democrática, representa a mudança na visão e nas práticas de cuidados de saúde em direção a uma abordagem mais integrada que reconhece a complexidade da experiência humana e da saúde na totalidade (Amarante, 2021).

diretrizes do MTSM, ocorreu de maneira satisfatória, com forte e decisiva participação da sociedade civil. O evento teve forte relevância na construção das políticas de saúde mental, contidas no relatório final (MS/DINSAM, 1988), destacando a orientação de superação do modelo hospitalocêntrico no país. E que, motivada pelas denúncias de maus-tratos e violência nos pacientes, exigiu, pela primeira vez, a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB).

A conferência ainda cedeu espaço para o reencontro do MTSM e a organização de um segundo congresso, que se deu em dezembro do mesmo ano. Realizado na cidade de Bauru-SP, o II Congresso do MTSM, que segundo Amarante (2021), desenvolveu-se com base em três eixos: i) Por uma Sociedade sem Manicômios, ii) Organização dos Trabalhadores de Saúde Mental e iii) Análise e reflexão das nossas práticas concretas.

Teve como principal resultado um crescimento vertiginoso do movimento, mas, sobretudo, uma transformação em suas estratégias e propósitos, tanto por abandonar a denominação de movimento de trabalhadores e adotar a expressão movimento social, denominado-se agora “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, quanto por passar a adotar uma luta de natureza mais social e política, ultrapassando as barreiras do técnico e profissional, vislumbrando “não apenas transformações no campo da saúde mental, mas da sociedade em geral: uma sociedade sem manicômios, sem exclusão, sem violências. Desejos e utopias que passaram a ser considerados estratégias de luta” (Amarante, 2021, p. 42).

Para além disso, o Congresso de Bauru também ficou conhecido pela criação de um Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o dia 18 de Maio foi escolhido

[...] originalmente inspirado na data da aprovação da Lei nº 180 (a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como Lei Basaglia), [...] (por simples conveniência e não no dia 13 do mesmo mês, que era a data da lei italiana). Já no ano seguinte (1988), em praticamente todas as capitais, e em várias cidades do país, foram organizadas atividades artístico-culturais, políticas, legislativas e acadêmicas no Dia 18 de Maio, como forma de provocar a sociedade a refletir sobre a questão psiquiátrica, as instituições asilares, a violência do diagnóstico, do estigma e da discriminação e assim por diante (Amarante, 2021, p. 43).

O ano seguinte representou mais um marco importante para a nova democracia brasileira. Convocada e realizada em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte contou com a participação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que segundo Paim (2008), levou propostas do movimento sanitário para serem discutidos na Sub-Comissão de Saúde, na Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Promulgada, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), também conhecida como Constituição Cidadã, aprovou o Sistema Único de Saúde e considerou que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Apesar da Constituição Federal de 1988 reconhecer direitos sociais inéditos no Brasil, também caracteriza-se de forma “liberal-democráticouniversalista”, suscitando a co-existência de políticas estatais com as de mercado. (Boschetti, 2009; Faleiros, 2000) No âmbito da saúde, tal fato transparece no Art. 199 que define que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, destacando nos incisos, seu caráter complementar ao SUS, segundo suas diretrizes, mediante a contrato ou convênio e a proibição da destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (Brasil, 1988), autorizando, assim a compra de serviços privados para provisão pública.

Chegado 1989, destaca-se a primeira eleição direta, em quase 30 anos, para o poder executivo e a escolha dos brasileiros por Fernando Collor de Melo para ocupar o cargo de Presidente da República (1990-1992).

No âmbito da saúde mental, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional um projeto de lei “que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (Brasil, 2005, p. 7), dando início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Enquanto isso, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em São Paulo, foi responsável por duas ações que repercutiram nacionalmente, impulsionando a luta do movimento da reforma psiquiátrica. Ao mesmo passo que fez uma intervenção no hospital psiquiátrico da Casa de Saúde Anchieta, local onde eram comuns maus-tratos e a mortes de internos, implantou na cidade o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), além de criar cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações de usuários, apresentando pela primeira vez, a viabilidade de construção de uma rede de cuidados concreta e substitutiva ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2005).

Segundo Amarante (2021) o NAPS foi idealizado para a desconstrução do manicômio, objetivando superar a lógica tradicional do tratamento, em direção à lógica de prevenção e promoção à saúde mental. Além de estar aberto 24 horas por dia, 7 dias na semana, com a oferta de seis leitos, o Núcleo adotou estratégias de regionalização e convívio com a comunidade, visando além de uma divisão regional, uma transformação cultural, reconhecendo as necessidades e os processos das demandas psiquiátricas do território, intervindo para/com as organizações institucionais que teciam a região em prol da criação de uma rede efetivamente substitutiva à internação.

Tal movimento, isocronicamente à apresentação do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, desemboca em uma grande repercussão internacional, chamando a atenção da OPAS que, com apoio da OMS, convocou uma reunião para tratar de tal questão. A “Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região” se passou em Caracas, na Venezuela, em 1990 e contou com a presença de Ministros da Saúde, Seguridade Social e Justiça, Paramentos e outras forças políticas de vários países da América Latina e Europa (Amarante, 2021). Contudo, apesar de representar um grande marco na trajetória da América Latina, segundo Amarante (2021), a Declaração de Caracas, cujo Brasil foi um dos signatários, é “tímida e conservadora”, abordando uma reestruturação da assistência psiquiátrica, num contexto em que o país já discutia a superação do paradigma psiquiátrico e do modelo manicomial.

Nessa conjuntura, tais narrativas e trajetórias de luta se encaminhavam para um “desfecho”. Após a garantia constitucional da saúde como um direito e dever do estado, a política social foi regulamentada finalmente com a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, a Lei federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, e mais tarde, complementada com a Lei 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano (Paim, 2008). Contudo, de acordo com Paulin e Turato (2004), a reestruturação da assistência psiquiátrica no país demorou mais 11 anos para se concretizar por meio da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº. 10.216, que foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República vigente, apenas no dia 6 de abril de 2001.

2.3 REGULAMENTAÇÕES E DESDOBRAMENTOS DA REFORMA SANITÁRIA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A chegada dos anos 1990 configurou-se juntamente a um novo contexto econômico, político e ideológico. Segundo Paim (2008), impôs-se como uma doutrina de pensamento único, o neoliberalismo. Após a queda do Muro de Berlim, sinalizando o fim da Guerra-Fria e uma simbólica sub-divisão do mundo entre o liberalismo e socialismo, a vitória dos Estados Unidos sobre a União Soviética amplificou o pensamento neoliberal e sua defesa do livre mercado e da redução do Estado “na condução das políticas sociais e a consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado” (Faleiros et al., 2006 *apud*. Paim, 2008, p. 183–184).

Tal movimento resultou na influência da ideologia neoliberal em diversas instâncias da sociedade brasileira, inclusive, no processo da Reforma Sanitária. Paim (2008) retoma as eleições de 1989 que elegeram Fernando Collor para a presidência e um parlamento federal

mais à direita, que se organizou em torno de reverter muitas das políticas aprovadas pela Constituinte, principalmente as sociais, em particular o SUS, visando impulsionar as iniciativas privadas no país. Ainda assim, o Projeto da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que vinha sendo construído nos dois anos anteriores, foi sancionado pelo Presidente da República, em setembro de 1990. A Lei nº. 8.080/1990 que

[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público, ou privado. Ou seja, todos os prestadores de serviços estão subordinados a esta Lei, não abrangendo apenas os integrantes do SUS (Paim, 2008, p. 185-186).

Explicitando o contexto supracitado e já estabelecendo uma correlação de forças entre o setor público e o privado, destaca-se o inciso 2º do artigo 4º da legislação, que declara “A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar” (Brasil, 1990, p. 1).

A lei ainda discorre em seu artigo 7º os princípios e diretrizes do SUS, destacando seu caráter de universalidade, integralidade, preservação da integridade dos pacientes, igualdade de assistência, direito à informação, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (regionalização e hierarquização da rede) (Brasil, 1990).

Todavia, a normativa ainda constava sobre a participação social juntamente ao financiamento do SUS, antes de serem vetados logo após sua promulgação pelo presidente Collor (Paim, 2008). Tais conteúdos foram recuperados em dezembro do mesmo ano, após diversas mobilizações da sociedade civil e assim

A Lei Orgânica de Saúde foi complementada pela Lei nº. 8142/90, que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde (Paim, 2008, p. 186).

A participação da comunidade no SUS é exercida através de Conferências e Conselhos de Saúde, esse acontecimento é conhecido por Controle Social. O termo, apesar de vir de uma origem conservadora e funcionalista das ciências sociais (Machado; Kruger, 2013), passou a ser usada no sentido de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado durante o período da redemocratização (Bravo; Correia, 2012). O Controle Social incentiva o protagonismo e a autonomia dos usuários para intervir na elaboração, implementação, deliberação e fiscalização das políticas públicas (Machado; Kruger, 2013). Conforme Amarante (2021) a possibilidade de participação gera um processo “de reflexão, de produção de pensamento crítico sobre as

relações entre saúde e sociedade, saúde e economia, saúde e condições materiais de vida”. Assim, a participação social desempenha um papel fundamental na configuração do SUS, na organização de seus serviços e ações e na orientação dos seus recursos (Brasil, 2005).

Paim (2008) afirma que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma ideia, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. Foi indicada a partir da proposta de uma prática teórica e política para o enfrentamento do dilema preventivista, construiu um conjunto de princípios e proposições que decorreram em um conjunto de políticas articuladas. Emergiu como uma soma de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referência fundamental, reconhecidas como o movimento da democratização da saúde: “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária”. Ademais, se deu com uma união de ações em distintos momentos e espaços. Define, então, a RSB como uma transformação social centrada na democratização da saúde, democratização do Estado e a democratização da sociedade.

O contexto de regulamentação do SUS se deu brevemente após a Constituinte, contudo, para a RPB, o momento adverso para a ampliação de direitos sociais atrasou em mais de uma década a promulgação da normativa que efetivaria sua luta. Apesar de o debate do movimento da Reforma Psiquiátrica seguir vívido tanto no âmbito acadêmico, quanto no governamental, mobilizando a III Conferência Nacional de Saúde Mental e as Portarias 189/91¹⁶, 224/92¹⁷ e 106/2000¹⁸, de acordo com Amarante (2021), a Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) foi aprovada apenas no dia 6 de abril de 2001, dispondo ser, em sua ementa, “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

Garante como direito da pessoa portadora de transtorno mental:

- I.ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II.ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III.ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV.ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V.ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI.ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

¹⁶ Introduziu os códigos de NAPS/CAPS na Tabela SAI/SUS (Amarante, 2021, p. 57).

¹⁷ Regulamentou e definiu os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e internação hospitalar, por equipe multiprofissional (Amarante, 2021, p. 57).

¹⁸ Criou e regulamentou as residências para ex-moradores de hospitais psiquiátricos (Amarante, 2021, p. 58).

- VII. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII. ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX. ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001, p.1).

A normativa transfere ao Estado a responsabilidade do desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Indica a internação, em qualquer de suas modalidades, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, objetivando a reinserção social do paciente em seu meio e vedando a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, porém, não estabelece mecanismos claros para o gradual fim dos manicômios no país.

Vale destacar a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao final do mesmo ano. Convocada logo após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, envolveu mais de 24.000 pessoas em todas as suas etapas (municipais, estaduais e nacional) e pactuou, democraticamente, os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil (Brasil, 2005). O Relatório Final da conferência ainda reforçou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado, concedeu aos CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e determinou o controle social como a garantia do avanço da RPB (Brasil, 2005).

A partir deste momento, a rede de atenção diária à saúde mental passa por uma notável expansão do país, chegando em territórios e regiões com uma longa tradição hospitalar, onde os serviços de saúde mental baseados na comunidade eram praticamente inexistentes. Segundo o Relatório Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2005) o financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a criação do Programa de Volta para Casa surgiram como estratégias do Ministério da Saúde para tentar impulsionar o processo de desinstitucionalização dos usuários internados há longos períodos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são habitações localizadas em áreas urbanas, projetadas para atender às necessidades de habitação de usuários da rede de assistência à saúde mental. Foram pensadas para garantir o direito à moradia para aqueles que estão saindo de hospitais psiquiátricos e auxiliar os residentes em seu processo de reintegração na comunidade. Foram regulamentadas para que cada unidade seja associada a um CAPS, podendo acomodar no máximo oito residentes (Brasil, 2005).

Por sua vez, o Programa de Volta para Casa foi promulgado através da Lei n.º 10.708 em 31 de julho de 2003, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de internações em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2021). O Programa também objetiva a reinserção social de usuários com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos e paga mensalmente uma bolsa aos beneficiários. Foi instituído no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) (Brasil, 2005), contudo, sua última atualização se deu através da Portaria n.º 1.108, no dia 31 de maio de 2021, que reajustou o valor do auxílio para R\$ 500,00 (quinhentos reais) (Brasil, 2021) .

Para receber o auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental (Brasil, 2005, p. 17–18).

Tais iniciativas foram responsáveis pela saída de milhares de pessoas de instituições asilares e contribuíram substancialmente para que estas pudessem reconstruir suas vidas. Ademais, sustentaram o fechamento de alguns milhares de leitos em hospitais psiquiátricos de modelo asilar pelo país (Amarante, 2021).

Como previamente visto, a saúde pública brasileira até então não havia devidamente se ocupado com o crítico e crescente problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Vinculava-os à criminalidade e práticas antissociais e a oferta de tratamentos era inspirado em modelos asilares, ambicionando à abstinência do usuário. As iniciativas governamentais eram restritas e não havia políticas de prevenção de alcance nacional. Dessa forma, criou-se uma notável lacuna na política pública de saúde, que delegou a questão para outras instituições (Brasil, 2005).

Foi apenas em 2002, seguindo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), o programa reconheceu o uso prejudicial dessas substâncias como problema de saúde pública e estabeleceu uma política específica para atender às necessidades desses usuários, utilizando-se de estratégias de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso. Além de ampliar o acesso ao tratamento, com ênfase na reabilitação e

reinserção social, e, principalmente, adotar abordagens de redução de danos, as novas ações também culminaram na criação de um espaço especializado para o tratamento desses usuários: os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad).

Juntamente à implementação dessas “novas” ações, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) reconheceu a importância da territorialização dessa rede assistencial. Para além de uma área geográfica — apesar de não excluir sua importância — o território passou a ser entendido, principalmente, pela composição das pessoas que nele habitam, seu cotidiano e contextos sociais. Tal concepção passou a servir de base para a estruturação de uma rede de assistência aos usuários de saúde mental, bem como para a sua comunidade em geral.

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico se mostrou crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma enquanto são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária (Brasil, 2005). Portanto, trabalhar no território não se limita a operar na comunidade, mas sim a colaborar com os elementos tangíveis, conhecimentos e recursos desta, que propõem soluções, expressam necessidades e podem coletivamente construir metas comuns.

A ideia essencial é que apenas uma abordagem em rede, e não apenas um serviço ou recurso isolado, pode enfrentar, de maneira eficaz, a complexidade das necessidades de inclusão de pessoas que foram historicamente estigmatizadas, em um país marcado por preconceitos, discriminações e profundas desigualdades sociais (Brasil, 2005).

A publicação do Ministério da Saúde “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2004), dialoga que tais redes são compostas por diversos centros e por isso, se fazem complexas e resistentes. Assim, os CAPS deverão assumir um papel estratégico na articulação e na construção dessas, desempenhando suas responsabilidades na prestação de cuidados diretos e na coordenação da rede de serviços de saúde, colaborando estreitamente com as equipes de Saúde da Família (eSF) e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ademais, também ocupam um lugar fundamental na promoção da vida comunitária e na autonomia dos usuários, estabelecendo conexões com os recursos disponíveis em outras redes, como as redes sociais de apoio, serviços legais, cooperativas de trabalho, instituições educacionais, empresas e outros.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Brasil, 2004, p. 12).

Pretendem, principalmente, fornecer assistência à população em sua área de abrangência, concentrando-se no acompanhamento clínico e na reintegração social dos usuários, facilitando o acesso ao trabalho, ao lazer, à defesa dos direitos civis e ao fortalecimento das conexões familiares e comunitárias. Mais ainda, oferecer atendimento diário; gerenciar projetos terapêuticos personalizados e eficazes; promover a inclusão social dos usuários por meio de ações que envolvem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, em colaboração com outros setores; organizar a rede de serviços de saúde mental em sua região; apoiar e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, incluindo o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; coordenar o acesso à rede de assistência em saúde mental; supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas em sua área; e manter uma lista atualizada de pacientes da região que recorrem de medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004).

O documento (Brasil, 2004) ainda relata que os CAPS devem dispor de um espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, conseguindo oferecer um ambiente estruturado, devendo contar, no mínimo, consultórios para atividades individuais, como consultas, entrevistas e terapias; salas destinadas a atividades em grupo; um espaço de convivência; uma área para refeições (com a capacidade necessária para atender ao tempo de permanência de cada paciente na unidade); instalações sanitárias; bem como uma área externa para realização de oficinas, atividades recreativas e esportivas.

A princípio, existem cinco¹⁹ modalidades de CAPS, suas especificidades detalham-se no quadro 1:

Quadro 2 - Modalidades dos CAPS

TIPO	POPULAÇÃO	FUNCIONAMENTO	DIAS DA SEMANA	USUÁRIOS
CAPS I	20.000 a 70.000	8:00 as 18:00	Segunda a sexta	Adultos
CAPS II	70.000 a 200.000	8:00 as 18:00 (pode ter um 3º período até 21h)	Segunda a sexta	Adultos
CAPS III	Acima de 200.000	24 horas	Diariamente	Adultos

¹⁹ Em 2017, a Portaria nº. 3.588 dispôs sobre a criação dos CAPS IV e V, contudo, tais modalidades serão introduzidas e detalhadas no capítulo posterior.

CAPSi	Acima de 200.000	8:00as 18:00 (pode ter um 3º período até 21h)	Segunda a sexta	Crianças e Adolescentes
CAPSad	Acima de 100.000	8:00 as 18:00 (pode ter um 3º período até 21h)	Segunda a sexta	Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas

Fonte: Amarante, 2021; Brasil, 2004.

Cada centro conta com o suporte de uma equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras ou médicos com formação em saúde mental, enfermeiros, outros profissionais de nível superior, podendo eles serem psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outros e profissionais de nível médico, como técnicos e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos. Cada modalidade exige um número mínimo de cada categoria (Brasil, 2004).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) ainda informa que o acolhimento noturno e a permanência durante os fins de semana devem ser considerados recursos terapêuticos adicionais, destinados a assegurar um cuidado abrangente aos usuários dos CAPS e a prevenir hospitalizações psiquiátricas. Sua oferta deve ser preferencialmente direcionada aos usuários envolvidos em um plano terapêutico nos CAPS, quando necessário, e não deve exceder sete dias consecutivos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias. Ademais, estar em tratamento no CAPS não implica que o usuário deva permanecer a maior parte do tempo nas instalações do centro. As atividades terapêuticas podem ser realizadas fora do serviço como parte de uma estratégia de reabilitação psicossocial.

No decorrer da década de 2010, mais um avanço na área de atenção à saúde mental foi promulgado no âmbito da política pública de saúde no Brasil. Conforme Amarante (2021) e Brasil (2017), foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, em decorrência do Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e mais tarde, definida na Portaria de Consolidação n.º 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Rede, que integra o SUS, é um conjunto de serviços de saúde, com diferentes graus de complexidade, articulados e disponíveis nos territórios para cuidar de pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares, em suas diferentes demandas.

A RAPS tem como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção

humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros (Brasil, s.d).

Foi criada com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promovendo a livre circulação dos usuários aos pontos de atenção pela cidade e assegurando a sua integração, melhorando a qualidade do cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento constante e resposta às emergências (Amarante, 2021). Através da estruturação de sete componentes, a rede articula os seguintes serviços:

Quadro 3 - Unidades e Serviços da RAPS

NÍVEL DE ATENÇÃO	UNIDADES/SERVIÇOS
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS)
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)
	Consultório na Rua
	Centros de Convivência e Cultura (CeCcos)
Atenção Psicossocial	CAPS (em suas diferentes modalidades)
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU (192)
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência e emergência
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de saúde mental em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços de Residência Terapêuticas
	Programa de Volta para Casa
	Programa de Desinstitucionalização
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares

Fonte: Brasil (2011).

Segundo Amarante (2021), a atenção às questões de saúde mental no âmbito da atenção primária passaram a receber especial destaque uma vez que podem representar uma oportunidade para impulsionar o processo de desinstitucionalização, bem como para a estratégia de redução do enfoque médico e patológico. As UBS, por serem constituídas de equipes multiprofissionais e serem consideradas como a principal porta de entrada ao SUS, buscam desenvolver ações de cuidado em saúde mental dentro da RAPS. Os NASF emergiram da necessidade dos profissionais da atenção primária terem uma forma “consistente e permanente” de suporte especializado em determinadas áreas da saúde, sendo a saúde mental uma delas. O Consultório na Rua surgiu justamente atrelado a proporcionar atendimento em saúde mental e saúde geral à população em situação de rua, assim, um grupo de profissionais opera de maneira móvel, implementando intervenções e táticas de saúde destinadas a esses usuários. Por fim, os CeCcos são espaços importantes que buscam outras possibilidades de cuidado e formas de inclusão social, com forte atuação no campo das artes e da cultura aos usuários da RAPS.

Nesse contexto, Amarante (2021), analisa a RPB como um processo de transformação de mentalidades e práticas. Considera que o seu objetivo essencial é a construção de um novo lugar social para a loucura, transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade, buscando intervir no campo da relação sociedade e loucura através de práticas e estratégias de inclusão social dos sujeitos. Além disso, procura promover como ator protagonista o próprio sujeito diagnosticado com transtorno mental, denominado “usuário”, termo que passou a ser adotado no âmbito das políticas públicas para referir-se ao cidadão beneficiário destas, que no campo da saúde mental teve um valor político elementar, visto que viria como substituto das expressões “paciente” ou “doente”, que de certa forma, carregavam um significado pejorativo.

O autor estuda as dimensões da RPB enquanto processo complexo em quatro campos: a dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e, por fim, a dimensão sociocultural. A primeira trata-se da discussão e do questionamento do saber psiquiátrico desde a noção de loucura até a noção atual do que é o transtorno mental e saúde mental, perpassando diversos conceitos de noções correlatas. Introduz os processos de crítica epistemológica à psiquiatria e ao modelo biomédico, destacando os debates em torno da patologização e medicalização dos usuários. Assim, tenta construir a noção de “cuidado psicossocial” em torno do tratamento da pessoa em sua integralidade e em sua complexidade, considerando tanto seu aspecto mental, quanto de relações sociais.

A dimensão técnico-assistencial refere-se à busca pela substituição do modelo de atendimento hospitalar por uma rede de atenção integrada ao indivíduo e o seu território, tanto

geográfico, quanto o lugar social de suas relações sociais. Essa rede também deverá ser diversificada, abrangendo tanto os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), quanto leitos em hospitais gerais e serviços de atenção domiciliar, ofertando serviços de tratamento individual, grupal e atividades de inserção social, não se limitando ao tratamento da doença em si, mas sim ao sujeito em sua integralidade, evitando seu afastamento da comunidade. Para isso, adota-se a estratégia de equipes multiprofissionais da área médica e não-médica a fim de promover a consolidação da transformação na assistência e na melhoria da qualidade de vida desses usuários.

A dimensão jurídico-política questiona a psiquiatria tradicional quando considera que a loucura seja sinônimo de distúrbio e alienação e, retirando dos sujeitos seus direitos à cidadania e considerando-os juridicamente incapazes (interpretação médica que ocasionou a criação de meios jurídicos que justificam a tutela ou a curatela do paciente). Já no processo da RPB, os usuários devem atuar como protagonistas de suas vidas e tratamento, organizando-se em coletivos, denunciando e reivindicando conquistas e garantias de direitos na sociedade, deixando o local de passividade preconcebido anteriormente. Fala em sujeitos de direitos, em cidadania, emancipação, autonomia, reconhecimento, participação social e construção coletiva.

A quarta, e última, dimensão é a sociocultural, que visa a produção de um novo lugar social para o sofrimento psíquico, buscando romper com as pré-concepções do imaginário social decorrente dos paradigmas científicos e culturais aliados às ideias da psiquiatria tradicional. Amarante destaca três linhas de atuação para a transformação da representação dos conceitos e relações sociais para com a loucura e o transtorno mental, sem uma ordem hierárquica, enumera a primeira sendo a participação social e política de todos os atores sociais envolvidos no processo, a segunda as iniciativas de trabalho, geração de renda e cooperativismo social e, finalmente, a terceira como os projetos artístico-culturais nos quais participam os usuários e outros profissionais.

Contudo, apesar das relevantes conquistas desde suas regulamentações, o desenvolvimento dos projetos idealizados pela RSB e RPB não foram brandos e espontâneos. De acordo com Coutinho e Santos (2019), após sua criação, o desafio do SUS passou a ser a implementação, uma vez estabelecido em um momento político e econômico adverso à ampliação de direitos sociais. Os princípios universalistas e redistributivos das políticas sociais garantidas pela Constituinte foram fortemente tensionados pela busca de superlucros e pela indiferença das elites de uma economia fortemente capitalista. A recém-chegada ideologia neoliberal culminou na limitação dos investimentos sociais e na privatização de muitos serviços das políticas públicas essenciais, como a educação, a previdência e a saúde.

A conjuntura, que teve início há 30 anos, se expressa até nossos dias atuais e traz severas consequências para a política de saúde pública brasileira, apontando para a extinção de uma leva de direitos anteriormente conquistados. Consequentemente, afeta significativamente a evolução da política de saúde mental e os princípios e diretrizes que embasam a Lei da Reforma Psiquiátrica, que muitas vezes é promulgada em formas de normativas e portarias complementares.

3 O PROJETO NEOLIBERAL E A RAPS

A abordagem neoliberal no SUS é uma constante preocupação desde a Reforma de Estado dos anos 1990. Seus reflexos na RAPS tem influenciado significativamente como a saúde mental e o sistema de saúde público são concebidos e operacionalizados no país. Os principais desafios decorrentes deste movimento vem em forma de privatização, terceirização e desmonte dos serviços ofertados pela rede. Se faz necessária uma discussão mais aprofundada sobre tais efeitos para que possa compreender suas consequências na totalidade.

Assim, este capítulo se subdivide em dois, o primeiro explora mais a fundo o impacto do viés neoliberal na RAPS e no SUS, destacando como isso afeta o acesso aos cuidados de saúde mental e a qualidade dos serviços ofertados. Por fim, traz um estudo documental para tentar entender como se aplica essa realidade no município de Florianópolis.

3.1 O PROJETO NEOLIBERAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

A discussão que problematiza se o Estado deve intervir ou não para inteirar e atenuar as carências ocasionadas pelas expressões da questão social ocorre no âmago das ciências políticas, sob diferentes perspectivas desde o século XVIII (Gerschman, 2004). A teoria econômica keynesiana propõe que o Estado coordene a ação coletiva, fornecendo bem-estar social e assim, melhorando os resultados da economia (Bertolin, 2007), já o marxismo clássico nega que o Estado capitalista possa promover qualquer tipo de bem-estar às classes trabalhadoras, ou, reaver os males que ele mesmo gera (Gerschman, 2004). Contudo, para Gomes et. al. (2021) e Gerschman (2004), tanto o liberalismo clássico escrito por Adam Smith no século XVIII, quanto o neoliberalismo proposto, a princípio, por Alexander Rustow, na Alemanha, em meados do século XX, negam qualquer interferência do Estado ou dos governos em assuntos privados, especialmente no mercado econômico. Devendo apenas fornecer uma base legal para tal, respingando, conseqüentemente, nas intervenções para/com as desigualdades sociais, e assim, caracterizando-se como um Estado mínimo.

Andrade (2019) e Gomes et. al. (2021) estudam o neoliberalismo dentro das ciências sociais e relatam que a política, além de ser uma corrente econômica, ocupa um papel ideológico — aparecendo como uma fonte de forças estruturais, confundindo a realidade corrente em sua totalidade, e acarretando uma impossibilidade de ação ou pensar além. Andrade afirma que o modelo assim se legitima através de uma teoria político-econômica que o promove

como garantidor de liberdade individual de empreender. Assim, sua conduta é caracterizada pela lógica do mercado, disseminando “o modelo de mercado para além do próprio mercado, reformando o Estado, as políticas públicas, as instituições, a gestão e as subjetividades” (Andrade, 2021, p. 219).

De acordo com a perspectiva estrutural marxista, o neoliberalismo é conceituado como uma estratégia política cujo propósito é ampliar a hegemonia de classe em escala mundial, a fim de reestabelecer condições de acumulação do capital e de reparação do poder das elites econômicas. Introduzindo, assim, tanto uma ordem social que impõe um novo método sobre o trabalho, recorrendo a meios como o livre comércio e a mobilidade irrestrita de capital, quanto uma crescente desigualdade social, que se justifica com o intuito de fomentar o risco dos empreendedores e a inovação, aspectos centrais para a competitividade e crescimento econômico (Andrade, 2019). Gomes et. al. complementam ao dizer que o neoliberalismo segue

a lógica do individualismo, do cidadão como seu próprio empresário, a uberização das relações de trabalho, fazem com que seja dificultada a organização política, criando distanciamento da ideia de coletividade e de classe social. Esses aspectos também trazem consigo a xenofobia, o subemprego, o desemprego, a flexibilização do trabalho, a precarização das políticas públicas provocando um retrocesso político, social e econômico no Brasil (2021, p. 9).

Andrade (2019) ainda reflete que os resultados das políticas neoliberais contribuem significativamente para o crescimento das expressões da questão social, uma vez que o lucro gerado pelo sistema “não se converte em crescimento, pois não é investido produtivamente, mas especulativamente, o que apenas promove transferência de renda dos mais pobres para os mais ricos” (p. 224). Tal realidade se dá com amparo dos métodos aplicados pela corrente, tais quais a privatização e a mercantilização, que transferem ativos do domínio público aos domínios privados, a administração, a redução de salários, o controle sobre a inflação, e, principalmente, através da manipulação de crises, orquestradas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), a fim de transferir a riqueza dos países pobres para os países ricos.

Dessa forma, o desenvolvimento da corrente trouxe consigo diversas crises mundiais, como a Crise de 1929 e a dos anos 1980/1990 que segundo Hobsbawm (2013) levaram aos países capitalistas um cenário de desemprego em massa, depressões cíclicas severas e aumento da fome e da população em situação de rua. Foi justamente nessa conjuntura, onde os níveis inflacionários se encontravam altíssimos, enquanto a renda por habitante seguia estagnada, que o Brasil se viu em frente a crise fiscal durante as duas décadas finais do século XX. Tal quadro levou o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) do Brasil

(1995–1998), do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Carlos Bresser Pereira (2001), justificar uma Reforma de Estado como solução de enfrentamento.

O ex-ministro definiu a crise fiscal brasileira e latino-americana, que se iniciou devido ao segundo choque do petróleo²⁰, em 1979, pela perda do crédito público e pela poupança pública negativa e aponta como causa fundamental o que ele mesmo chamou de “crise do Estado”, que englobava as crises do modo de intervenção da economia e do social, do esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações, do fracasso em criar um Estado do Bem-Estar no Brasil, nos moldes social-democratas europeus e por fim, do aparelho estatal

que já sofria cronicamente do clientelismo e da profissionalização incompleta, mas que a partir da Constituição de 1988 vai sofrer do mal oposto: do enrijecimento burocrático extremo. A consequência dos dois males é a ineficiência e a má qualidade da administração pública central e dos serviços sociais do Estado (Bresser, 2001, p. 4-5).

Bresser (2001) justifica tais crises uma vez que ao restabelecer-se a democracia no Brasil “uma espécie de euforia populista” sem “consciência da gravidade da crise que o país estava atravessando” tomava conta do cenário constituinte, que o ignorou e promoveu “a retomada do desenvolvimento e a distribuição da renda por meio do aumento do gasto público e da elevação forçada dos salários reais, a partir de uma interpretação equivocada do pensamento keynesiano” (p. 6). Ademais, destaca a escolha da CF/88 por uma administração pública arcaica e burocrática ao extremo, enquanto tanto a administração pública, quanto a administração de empresas modernas já estavam sendo baseadas descentralização e administração matricial que focavam no controle dos resultados, e não dos processos.

Dessa forma, sugeriu uma Reforma de Estado, que, em tese, em primeiro lugar, tornaria a administração pública mais flexível e eficiente, reduzindo seu custo, mas que ainda garantisse ao serviço público, priorizando os serviços sociais do Estado, melhor eficiência e qualidade “tão boa quanto as existentes nas atividades semelhantes no setor privado e no setor público não-estatal” (Bresser, 2001, p. 11); e em segundo, que faria sua regulamentação ser especificada de maneira descentralizada, com autonomia financeira e administrativa.

Encontrou, então, como solução, a descentralização desses serviços — que o autor reconhece como universidades, escolas técnicas, hospitais, museus, centros de pesquisa e o próprio sistema da previdência (p. 16) — tanto para o lado dos Estados e Municípios, quanto para os aparelhos estatais de setor público não-governamental, criando assim, o projeto das

²⁰ Corte na venda e distribuição do petróleo por parte do segundo maior produtor mundial, o Irã, em meio à revolução fundamentalista, que fez com que a nação passasse de uma monarquia a uma república.

“Organizações Sociais”. Prometendo que o novo modelo de gestão continuaria a contar com a garantia básica do Estado, ele as caracterizou como:

públicas não-estatais — mais especificamente fundações de direito privado — que têm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo, e assim poder, por meio do órgão do Executivo correspondente, fazer parte do orçamento público federal, estadual ou municipal (Bresser, 2001, p. 16).

Em contrapartida, Silva e Moura (2015) entendem a crise citada por Bresser como uma crise estrutural do sistema capitalista, que conforme Mandel (1985), correspondem a um cíclico movimento do capital marcado por movimento de crescimento, seguido de uma fase depressiva, resultado de uma dinâmica contraditória do capitalismo, onde a produção excessiva para de gerar dinheiro. Tal processo trouxe consigo, justamente, uma conjuntura de regresso no âmbito dos direitos sociais garantidos com a promulgação da CF/88 (muitas ainda nem regulamentadas), através de cortes sucessivos no financiamento de políticas e serviços sociais (Silva; Moura, 2015).

A chamada “redução do Estado”, definida por Moreira et. al. (2019) como a não responsabilização do Estado para/com os compromissos redistributivos, mas sim com a adaptação do país às novas exigências do padrão de acumulação capitalista, refletiu em um retrocesso social, afetando diretamente o tripé Saúde, Previdência e Assistência, que passou a assumir um perfil “fragmentado, seletivo e focalizado” (Silva; Moura, 2015) e impulsionou o aumento da pobreza no país e a fixação de um Estado neoliberal. Paim (2008) alerta que a garantia de direitos sociais não deveria ser posta à mercê das oscilações da tecno-burocracia, contudo, países capitalistas tendem a ameaçar a preservação de políticas sociais quando forças conservadoras assumem o poder ou quando a economia vai mal. Reconhecendo a Saúde como advento do Estado de Bem-Estar Social, o autor destaca a pertinência de investigar a natureza do Estado capitalista, as suas reações perante as condições de saúde das populações e a sua atuação na produção e distribuição de bens e serviços de saúde.

Bravo e Pelaez (2020) nomeiam a interferência da política neoliberal no âmbito da saúde pública como “Projeto Privatista”, caracterizando-o como a total submissão do SUS ao mercado e a exploração da doença como fonte de lucro. Destacam a importância de compreender esse processo como uma disputa entre projetos de saúde, de uma parte tem-se o da reforma sanitária, e de outra, o projeto privatista. Estudam ainda uma terceira parte, que irá se desenvolver, contudo, anos mais tarde, durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT). A chamada “reforma sanitária flexibilizada”, uma política de saúde pública que se desenvolve diante das contradições que surgem em sua implementação. Em um contexto de desmonte e

subfinanciamento, busca-se por um “SUS possível” através de arranjos institucionais, novas estratégias de gestão e “responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária” (p. 194).

Ao retomar o contexto de descentralização do serviço de saúde para o setor público não-governamental, Kruger et. al. (2013) lembram que a CF/88 permite a participação da iniciativa privada nacional na área da saúde. Tem-se, então, como marco nos anos 1990, a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, onde a administração dos serviços de saúde, embora que ainda exerçam funções públicas, obedecem às leis de mercado, a partir, das já enunciadas, OS (Bravo; Pelaez, 2020).

Conforme Kruger et. al. (2013), essas retiram do Estado a responsabilidade para/com a administração das políticas sociais, privatizando o espaço público. Precarizam o mercado de trabalho, uma vez que a contratação de empregados não ocorre via concurso público, abrindo margem para diminuição de salários, falta de estabilidade e impossibilidade de greve. Funcionam no sentido do capital, utilizando de ações focalizadas e priorizando metas e resultados quantitativos. Ainda inibem o controle e a participação social, separando as parcerias com a sociedade civil a um formato despolitizado, através da utilização de agentes comunitários e cuidadores voluntários, para a realização de atividades profissionais, objetivando reduzir custos, fenômeno este chamado de “refilantropização” (Bravo; Matos, 2006)

Assim, percebe-se a desconstrução do SUS idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária. Segundo Moreira et. al.

As conquistas do movimento pela Reforma Sanitária começam a dirimir, frente ao avanço do projeto privatista. Como forma de consolidar a participação da iniciativa privada sob a justificativa da “eficiência”, muitos serviços de saúde foram assumidos por organizações privadas. [...] Neste sentido, o Estado busca garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que possuem condições de consumir no mercado (2019, p. 4).

Tais efeitos também foram sentidos no âmbito da saúde mental, o recente modelo assistencial proposto pela RPB também foi aberto para o setor privado. Silva e Moura (2015) alegam que as propostas feitas pelo movimento da reforma psiquiátrica, quanto ao fechamento dos manicômios, representaram grandes perdas para o capital. Assim, a política neoliberal do Estado, como compensação, passou a potencializar a medicalização do tratamento em saúde mental, que, impulsionada pela expansão da indústria farmacêutica, apontou a utilização de remédios como saída para atendimentos em massa.

Gomes et. al. (2021) discutem como o desmonte das políticas de saúde mental, desde então, seguiu a partir da proposta de uma “nova Política Saúde Mental” que voltou a priorizar

os hospitais psiquiátricos, congelou o financiamento dos CAPS, incluiu as Comunidades Terapêuticas (CT) na RAPS e conjecturou ainda, a compra de aparelhagem para eletrochoque. Retrocedendo ao modelo hospitalocêntrico, segregador e excludente pré Reforma Psiquiátrica. Observa-se que a crise impulsionada pela inserção do neoliberalismo nas políticas de Estado geraram diversas contrarreformas durante as últimas décadas, amarrando o Estado brasileiro ao ultraconservadorismo e ao irracionalismo.

Apesar de manter diversas lideranças do movimento sanitário no controle do Ministério da Saúde, os primeiros dois mandatos de Luís Inácio Lula da Silva (2002–2010), foram marcados por perceptíveis contradições na gestão da saúde pública. Moreira e Souza (2018) apontam que o Presidente cedeu às influências econômicas conservadoras e neoliberais, aprovando a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que desobrigou a União, os estados e municípios de garantirem um percentual dos recursos arrecadados para financiar a saúde e a educação e a apresentando ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que reformulou os novos modelos de gestão nos serviços públicos do país, através das Fundações Estatais de Direito Privado, que conforme Kruger et. al. (2013), nada mais eram do que atualização das OS propostas pelo governo de FHC.

O governo petista teve segmento com a eleição de Dilma Rousseff (2011–2016). O governo da primeira presidenta da república acrescentou à política de saúde pública o programa “Mais Médicos” e a regulamentação das UPAs (Barros; Brito, 2019), contudo, apresentou uma linha de continuidade ao governo antecessor acerca da política de privatização. Coutinho e Santos (2019) dizem que uma de suas medidas foi dar continuidade à Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite retirar 20% do orçamento da seguridade social para pagar os juros da dívida e manter o superávit primário. Segundo Gentil (2017), outras ações envolveram

desde a renúncia fiscal em favor de empresas do setor até a compra de planos privados para funcionários públicos e gastos diretos dos governos federal, estadual e municipal na forma de transferências a instituições privadas sem fins lucrativos. Sheffer e Bahia (2005) apontam como indicativos desse processo de privatização a defesa dos interesses de médicos-empresários e de fornecedores de insumos dentro da estrutura do SUS, a incorporação irracional de tecnologia, o envolvimento dos gestores de saúde ou até mesmo a coincidência destes com líderes de cooperativas médicas e operadoras de planos de saúde (p. 16).

O governo Rousseff também trouxe marcantes consequências para a política de saúde mental. A partir de 2015, propostas conservadoras e neoliberais ocasionaram mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em resposta a acordos políticos estabelecidos por tal (Guimarães; Rosa, 2019). Na tentativa de barrar seu impeachment, a

presidenta tentou estratégias de aliança com representantes do movimento conservador (Amarante, 2021), assim nomeou para o Ministério da Saúde, o ex-deputado Marcelo Castro (PMDB), que por sua vez, nomeou Valencius Wurch, ex-diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina e contrário aos movimentos da RPB, à direção da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Pereira, 2020).

Destaca-se, previamente, a promulgação da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, onde foram integradas à RAPS, como componente suplementar ao tratamento de usuários com dependência de substâncias psicoativas, as CT. Segundo Guimarães e Rosa (2019), essas não atendem as exigências para serem consideradas um serviço de saúde coletiva, não reportando aos princípios e diretrizes previstos e defendidos pela RPB. São como serviços privados sem fins lucrativos, que funcionam, em sua maioria, com a institucionalização do usuário através de um viés manicomial e/ou, muitas vezes, religioso, oferecendo serviços clínicos com concepções de isolamento e controle da doença/loucura através da abstinência (Amarante, 1995). Para Pereira (2020) é importante destacar que o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado em 2017, exhibe uma série de denúncias aos direitos humanos nesses espaços, tais como “uso de castigos físicos, privação de liberdade, violação à liberdade religiosa, trabalhos forçados e sem remuneração, além de conduções à força para a internação por meio do uso de contenção física ou medicamentosa” (p. 81).

O ano de 2016 marcou o golpe de Estado sofrido pela então presidenta e trouxe consigo um redirecionamento conservador ao país, não apenas no âmbito das políticas de saúde e saúde mental, mas de todas as políticas públicas, em geral, sendo elas sociais ou econômicas (Amarante, 2021). A escalada de Michel Temer (2016-2018) ao poder acelerou os processos de contrarreforma, deu continuidade ao processo de privatização não clássica na saúde, intensificando a implementação de políticas contribuintes para o desmonte do Estado (Bravo; Pelaez, 2020) e possibilitou novos contornos ao capitalismo monopolista no Brasil.

De acordo com Bravo e Pelaez (2020), a gestão do então ministro da Saúde, Ricardo Barros, debutou anunciando uma necessidade de redução do SUS, afirmando que o país, em justificativa da crise instaurada pelo governo anterior, não conseguiria mais sustentar a saúde como um direito de acesso universal, propondo planos de saúde “populares” ou “acessíveis” como um dos pilares da sua gestão. Revisou também a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que rompeu com a centralidade da Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, financiando outras estruturas assistenciais que não favorecem as equipes multiprofissionais, como o emprego dos ACS. As autoras destacam que tal medida não perpassou as discussões do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) antes de ser aprovada, o debate foi restringido apenas a uma breve consulta pública por meio eletrônico.

O governo Temer consolidou ainda um congelamento dos gastos, através da Emenda Constitucional (EC) 95/2016. Esta previa um teto para financiamentos públicos, estabelecendo um limite para as despesas primárias no âmbito da seguridade social, durante um período de 20 anos. Impactando negativamente o SUS, que passa por um processo de privatização, aumentando a incidência do mercado na prestação dos serviços, para além da desresponsabilização do Estado na sua consolidação enquanto direito social (Barros; Brito, 2019). Segundo Coutinho e Santos (2019)

O PIB [do Brasil] crescerá [ao passar do tempo] e as despesas primárias permanecerão congeladas, isso provocará inviabilização de aumentar os recursos financeiros para despesas com saúde e educação. A previsão é de que ao longo dos 20 anos deixarão de serem empregados R\$ 434 bilhões com a saúde. O impacto será maior para o Piso da Atenção Básica, medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2016). Esse cenário desestrutura os eixos constitucionais do SUS deixando-o com recursos insuficientes, o que abre caminho para os serviços privados que deveriam ser complementares (p. 120).

Impulsionada por influências manicomiais dentro dos setores de gestão de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, a política de saúde mental foi marcada como numa ‘nova era’ através da resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite²¹ (CIT) e da Portaria n. 3.588. A primeira, de 12 de dezembro de 2017, estabeleceu novas diretrizes para o funcionamento da RAPS. Segundo Dias et. al. (2020), essa veio como uma reformulação do desenho, financiamento, metodologia e da própria orientação clínica. Incluindo à rede a participação e financiamento de hospitais psiquiátricos, CT e hospitais-dia, serviço que funciona de modo parecido com os CAPS, porém sem a lógica do território, fortalecendo a centralidade do modelo hospitalar.

A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatórios psiquiátricos. [...] Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio (Dias et. al., 2020, p. 6).

²¹ A CIT é um espaço intergovernamental, técnico e político em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. Ao nível federal é constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Promulgada apenas uma semana depois, no 21 de dezembro, a Portaria n. 3.588, estabeleceu e incluiu a modalidade IV dos CAPSad, aumentou o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospitais gerais e seus financiamentos, em um contexto onde não havia aumento do repasse para os CAPS desde 2011 (Pereira, 2020). Dias et. al. afirmam que o CAPSad IV desvirtua-se da lógica de cuidado dos demais CAPSs, podendo ser criado em municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais, apresenta-se como um serviço 24h de urgência e emergência, constituído por “enfermarias” de até 30 leitos, diferenciando-se do “acolhimento noturno” (oferecido pelos CAPSs III).

Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. A indicação de construção dessas unidades “junto a cenas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas (Dias et. al., 2020, p. 7).

Dias et. al. ainda ressaltam que essa orientação pode viabilizar o aumento das internações compulsórias em comunidades terapêuticas e observam que a portaria também aumenta em mais de 60% o valor diário das internações em hospitais psiquiátricos, modificando os critérios para a criação de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Apenas hospitais com um número mínimo de leitos (oito) podem ser credenciados. No entanto, essa quantidade deve ser proporcional ao tamanho do hospital e à população do município, o que significa que cidades menores não poderão oferecer esse recurso, obrigando-as a encaminhar seus pacientes para hospitais psiquiátricos localizados em municípios maiores. Além disso, haverá incentivos financeiros para os hospitais que mantiverem uma taxa de ocupação de pelo menos 80%, o que pode estimular o aumento das internações e prolongar a permanência dos pacientes. Guimarães e Rosa (2019) apontam que o ano de 2018 se seguiu com mais de R\$ 87 milhões assegurados às CT através do Edital nº 01/2018 SENAD, havendo um aumento 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital que eram R\$ 37 milhões.

Conforme Barroco

Em sua função ideológica, o conservadorismo reproduz um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes — no caso brasileiro —, um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo. [...] ao materializar-se na exploração, na dominação, na desigualdade, na violência

objetiva e subjetiva, a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos (2015, p. 624–626).

Dessa maneira, as contrarreformas iniciadas por Michel Temer tiveram segmento e foram aprofundadas pelo governo conservador de Jair Messias Bolsonaro (2019–2022). Bravo e Pelaez (2020) apontam o extremo liberalismo econômico, temor das mobilizações e desprezo pela participação e controle social (democracia) como características básicas dessa gestão.

Logo no segundo mês de mandato, no dia 04 de fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica de n. 11/2019 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Guimarães; Rosa, 2019), ressaltando a nova visão do Ministério da Saúde em relação aos CAPS, reduzindo sua importância na RAPS, fortalecendo as CT e sugerindo o uso e o financiamento da eletroconvulsoterapia (eletrochoque) como uma forma de tratamento. Tal documento foi retirado do ar após manifestações da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), da Abrasco e de diversas outras entidades pró-movimento antimanicomial (Bravo; Pelaez, 2020).

Bravo e Pelaez (2020) destacam que a política de Álcool e outras Drogas passou a ser gerida no superministério da Cidadania, que incorporava Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular, Osmar Terra, expressa uma clara política de apoio às CT. Ademais, em abril de 2019, Bolsonaro anunciou o Decreto n. 9761/2019, objetivando estabelecer uma “nova” Política Nacional de Drogas, através da legitimação das CT como lócus de tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, priorizando a abstinência como tratamento à política de redução de danos promovidas pelos CAPS, pela perspectiva da reforma psiquiátrica e pela saúde pública e estatal consubstanciada no SUS. Ao mesmo passo que ocorriam essas mudanças, houve o esvaziamento das instâncias de participação e controle social, com o decreto presidencial publicado no dia 22 de julho de 2019, que visando acabar com o “viés ideológico presente” reduziu o número de membros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), eliminando a participação da sociedade civil no órgão (Pereira, 2020).

Ainda, em 2020, houve uma clara ameaça ao projeto da RPB com a tentativa de desmonte da RAPS e seus serviços, através da apresentação, ao CNS e ao Conass, de uma proposta que revogaria cem portarias em saúde mental aprovadas entre os anos de 1990 e 2011, conforme Silva (2022). Mesmo em contexto de isolamento social, gerada pela pandemia da Covid-19 (2020–2023), organizou-se uma mobilização social em nível nacional, que

conglomerou diversos campos de luta virtuais e conquistou o recuo do governo para e com a proposta.

O governo de Jair Bolsonaro seguiu até o dia 31 de dezembro de 2022 e foi marcado por diversos atentados, não só às políticas de seguridade social, mas também à democracia e à própria CF/88. Atrelado ao ser caráter conservador, foi influenciado por extremo viés evangélico que, segundo Oliveira (2020), aliou um discurso de ódio aos dogmas da igreja, levando a um fenômeno chamado de “distanciamento do outro”. Tal preceito ganhou diversos espaços públicos durante esta gestão, que passou a rechaçar a existência de qualquer tipo de diversidade, entre elas mulheres, pessoas pobres, pessoas pretas, estrangeiros, comunidade LGBTQIAPN+²², religiões de matriz africana e pessoas com transtornos mentais.

O conceito de aporofobia, de Adela Cortina, é ainda pouco estudado no Brasil devido à falta de tradução de sua obra para o português. Contudo, Lia Torraca (2020) o resenha e descreve o termo como aversão ao pobre. Uma forma de violência urbana que deseja apagar a existência da miséria. Conforme Adela é “um incômodo que difere da xenofobia e do racismo. Olhar para este outro significa ver onde erramos, onde continuamos a errar por não ver e para não agir” (p. 2). A autora o associa à desigualdade e à segregação, reação do fenômeno da globalização em um contexto ultraneoliberal.

Tal efeito transparece durante o governo Bolsonaro, analisando no âmbito da política de saúde mental, este retoma ideias higienistas de recolhimento de pessoas pobres, doentes e portadoras de transtornos mentais em asilos psiquiátricos como um ato de “limpeza social”. A preferência por CTs não é mera coincidência, segundo a BBC (2022), a contratação ocorria sem licitação ou outro tipo de concorrência pública e para conseguir o financiamento, bastava cumprir com os requisitos burocráticos, pois não havia qualquer tipo de análise do serviço oferecido, do público-alvo ou da demanda do local onde a comunidade está localizada, abrindo portas a um viés de segregação e manicomial.

Os dados do Ministério da Saúde (2022) mostram que entre os anos de 2010 e 2022 foram construídos 1.367 CAPSs em todas as suas modalidades no Brasil. Destes, 939 foram financiados até 2016 e apenas 428 de 2017 até 2022, três deles sendo CAPS IV. O segmento álcool e outras drogas apresentou movimento parecido, de 191 unidades habilitadas em 2010 passaram-se para 408 em 2016, apresentando um crescimento de 217 unidades, contudo, de 2017 até 2022 foram habilitadas apenas 58 novas unidades, totalizando 466 CAPSs, em geral.

²² Sigla para se referir a “Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros, Queer, Intersexo, Agênero e Assexuais, Pansexuais, Não Binários e outros”.

Nesse mesmo contexto, em 2021, foi apresentado, pela Conectas²³ e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), um levantamento sobre o financiamento público de CT no Brasil entre os anos de 2017 e 2020, esse apontou que o total investido em valores nominais foi de R\$ 293 milhões, que corrigido pelo valor da moeda para o último ano do levantamento, o montante atingiu R\$ 309,3 milhões, apontando um crescimento expressivo de 109% do investimento durante os quatro anos analisados. Segundo a BBC (2022) 593 entidades foram financiadas nesse período.

Percebe-se tímido crescimento da rede pública, ao passo em que há uma ascensão do financiamento das comunidades terapêuticas e leitos em hospitais psiquiátricos nesses últimos seis anos. O movimento de desfinanciamento e desmonte da RAPS aparece como estratégia de déficit de unidades para atender a população, dando margem aos governos ultraneoliberais e conservadores para o financiamento de serviços privados, que fortalecem tanto seus interesses econômicos, quanto políticos e ideológicos.

Em suma, todo o período analisado, mesmo que sob a administração de um governo de base popular, encontraram-se disputas persistentes no que diz respeito ao financiamento e as relações público-privadas no setor de saúde. O orçamento destinado à política de saúde pública manteve-se sujeita a negociações que beneficiassem o Estado neoliberal, prejudicando, na grande maioria das vezes, a sua estabilidade. O cenário observado, especialmente após 2016, caracteriza-se por retrocessos significativos e sugere uma tendência contínua de retrocesso às práticas asilares e desmantelamento da RAPS.

Assume, porém, o seu terceiro mandato, no dia 01 de janeiro de 2023, o Presidente Luís Inácio Lula da Silva, que em apenas 200 dias de governo revogou 97 portarias e normativas aprovadas nos governos anteriores (Carta Capital, 2023a). Entre elas, a n. 3.588, mantendo apenas o custeio dos serviços e equipes já habilitados durante a regência da portaria e o reajuste do valor das diárias hospitalares de internação em hospitais psiquiátricos especializados (Brasil, 2023a). Ademais, o Ministério da Saúde ampliou o orçamento para a RAPS, com o investimento de R\$414 milhões em 2023, o repasse será destinado aos 2.855 (dois mil oitocentos e cinquenta e cinco) CAPS e 870 (oitocentos e setenta) SRT do país (Brasil, 2023b).

Além do investimento, o Ministério da Saúde habilitou novos serviços para expansão da rede em todo país. Desde março, foram 27 novos CAPS, 55 SRT, 4 Unidades de Acolhimento e 159 leitos em hospitais gerais - a maioria nos estados do Nordeste. Os novos serviços foram habilitados em Alagoas, Bahia, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Acre, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul.

²³ Organização Não Governamental (ONG) e movimento social que luta pelos Direitos Humanos e igualdade social

Para o custeio desses novos serviços serão investidos R\$32.389.256,00 ao ano. (Brasil, 2023b).

Vale destacar que, apesar de não anulada, a EC n. 95 passou por uma reforma no Ministério da Fazenda. Visando substituir o teto de gastos, imposto por Michel Temer, o novo arcabouço fiscal brasileiro teve seu projeto apresentado em abril de 2023 (Carta Capital, 2023b) e publicada como a Lei Complementar n.º 200, no dia 30 de agosto do mesmo ano.

Em suma, são diversos e claros os reflexos da ideologia neoliberal e do conservadorismo no sistema público de saúde brasileiro, especialmente no âmbito da saúde mental. A priorização da lógica de mercado resulta em estratégias redutoras do Estado e de privatização, assim como a contratação de serviços terceirizados, precarização do trabalho e convênios baseados em novos modelos de gestão. Ademais, é previsto um movimento de desmonte nos serviços públicos ofertados, escassez de profissionais, insuficiência de unidades, sucateamento e precarização das estruturas já existentes, a fim de que se justifique tais vínculos entre o público e o privado. Tais movimentos refletem na ênfase da individualização do cuidado e responsabilização do usuário pela própria saúde mental, refutando abordagens coletivas e socializadoras previstas pela RPB, podendo cair em margens conservadoras e eventualmente, manicomiais.

3.2 O PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DA RAPS EM FLORIANÓPOLIS

O planejamento no SUS é dever conjunto das três esferas governamentais: União, Estado e Município. Cada ente é responsável por criar seu planejamento considerando as particularidades de seu território e as demandas de sua população. Nesse cenário, os municípios têm a incumbência de conceber e implementar políticas de saúde locais, devido à sua proximidade com a realidade da comunidade e ao seu conhecimento das prioridades e demandas específicas da região. Segundo o município de Florianópolis (2017), o ponto de partida para a construção de um instrumento de planejamento é a análise de reconhecimento da situação do seu território. Assim, para que se compreenda as atuais necessidades da RAPS de Florianópolis é necessário conhecer sua extensão pela região e quem faz sua gestão.

Consoante o Informativo n.º1 produzido pelo Núcleo Temático de Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Observatório SUS (2022) — organização privada sem fins lucrativos, formada por usuários que buscam por melhorias para o Sistema Único de Saúde —, dos sete níveis de atenção componentes da RAPS, até maio de 2022, data de sua emissão, o município contava com serviços próprios de apenas dois: da atenção básica em saúde e da atenção

psicossocial. Aponta que Atenção Primária em Saúde da capital catarinense possui 50 Centros de Saúde (CS), totalizando 159 equipes de Saúde da Família (eSF), formadas por profissionais da medicina, enfermagem e ACS²⁴, para além disso existem mais de 50 Equipes Multiprofissionais de Apoio às eSF, uma equipe responsável por toda abrangência municipal de Consultório na Rua e 1 Centro de Convivência e Cultura, na região central do município.

Referente ao nível de Atenção Psicossocial, o município conta com apenas 1 Ambulatório de Saúde Mental Infantil e 4 CAPS: 1 CAPSi, 1 CAPS adulto e 2 CAPSad, sendo todos eles modalidade II. As unidades infantil e adulto são únicas para toda abrangência municipal, que segundo o último Censo do IBGE (2022), fecha em 537.211 habitantes. Florianópolis é a única capital brasileira que não conta com os serviços de um CAPS III (Observatório SUS, 2022).

Apesar de possuir vastas unidades e serviços de Atenção em Urgência e Emergência, tais quais 4 ambulâncias de suporte básico de vida do SAMU, 3 UPAs: Continente, Sul e Norte, 3 portas emergências hospitalares, sendo 2 estaduais: Hospital Geral Celso Ramos e Hospital Florianópolis (HF) e 1 federal: Hospital Universitário (HU), o boletim (Observatório SUS, 2022) relata que os atendimentos não possuem protocolos oficiais para situações de saúde mental, ocorrendo de forma biomédica e mecânica, através de super medicalização do usuário. Ademais, o SAMU não atende demandas em saúde mental, exceto se acompanhados pela Polícia Militar ou Guarda Municipal. Não há Unidades de Acolhimento no município, referente ao nível de Atenção Residencial de Caráter Transitório.

Também não há unidades de saúde mental de referência em Atenção Hospitalar na região, o usuário em sofrimento psíquico que precisar de internação hospitalar deverá se deslocar até o Instituto de Psiquiátrica de Santa Catarina (IPq) em busca de ajuda, a instituição se localiza há 25 km do centro da Capital. Casos de urgência e emergência também são encaminhados à entidade. Por fim, não há iniciativas de Estratégias de Reabilitação Psicossocial e Estratégias de Desinstitucionalização no município. Apenas 9 pessoas recebem o auxílio Programa de Volta para Casa em Florianópolis. Apesar de ser um documento atualizado em 2022, o informativo nos orienta que esse cenário se encontra desde 2012, com uma única adição em 2021, o Ambulatório de Saúde Mental Infantil (Observatório SUS, 2022).

A gestão atual de Florianópolis, responsável por reger as políticas de saúde pública, e consequentemente, de saúde mental, teve seu início em 2017, com a eleição do ex-prefeito Gean

²⁴ O Observatório SUS (2022) destaca que nos últimos anos ocorreu uma mudança na função dos ACS. Estão fora do território, atuando majoritariamente como técnicos-administrativos e recepcionistas nos serviços de atendimento em vez de cumprir o papel de elo entre os serviços e a comunidade.

Loureiro, na época, filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB). O partido é reconhecido por ser de centro-direita, ou “guarda-chuva”, apoiando quem o convém, esteve ao lado do golpe de 2016 e apoiou a candidatura de Jair Messias Bolsonaro, em 2018. O ex-prefeito nomeou como seu Secretário Municipal de Saúde o Professor Doutor e Médico Carlos Alberto Justus da Silva. A gestão foi reeleita em 2020, para um novo mandato até o final do ano de 2024. Dessa vez, Gean concorreu pelo partido Democratas (DEM), também de centro-direita, com filosofia política voltada para o liberalismo conservador. Em 2022, deixa a prefeitura para candidatar-se ao cargo de Governador, deixando a prefeitura nas mãos de seu vice, Topázio Netto, empresário filiado ao Partido Social Democrata (PSD), que possui características similares ao MDB e DEM. O atual prefeito manteve o então secretário no cargo até sua aposentadoria em novembro de 2022, quando foi substituído pela Médica Cristina Pires Pauluci. Estas informações do contexto político fazem-se necessárias para a compreensão do caminho tomado pela política de saúde mental, a partir da análise documental que se apresentará a seguir.

Dessa maneira, para fins de implantação da metodologia prevista nesse TCC, serão primeiramente revisados os Planos Municipais de Saúde (PMS) 2018–2021 e 2022–2025, instrumento central da administração do sistema de saúde no município, onde estão expressas as responsabilidades sanitárias, as diretrizes e objetivos que nortearão a gestão no período de quatro anos. Os planos são elaborados no primeiro ano da gestão em curso e executado a partir de seu segundo até o primeiro ano da gestão subsequente (Ministério da Saúde, 2022). Serão correlacionados aos Relatórios Anuais de Gestão correspondentes, que apresentam os resultados alcançados com a execução do planejamento detalhado anualmente. Para isso, as informações levantadas serão sintetizadas em dois quadros, um referente aos anos de 2018 até 2021 e outro do ano de 2022, uma vez que os PMS apresentam estruturas diferentes. Em seguida será realizada uma adaptação livre de análise de conteúdo, baseado na revisão de literatura e nos documentos apresentados ao decorrer do estudo.

O Quadro 4 relaciona o Plano Municipal de Saúde 2018–2021 aos Relatórios Anuais de Gestão de 2018, 2019, 2020 e 2021. São observados os objetivos elencados para a política de saúde mental e sua realização durante esses quatro anos. Está dividido conforme apresentado no próprio documento, então para isso, serão necessárias, quatro colunas. As três primeiras referentes ao PMS 2018–2021, e a última, aos respectivos RAGs. A primeira coluna aponta o objetivo geral da meta; a segunda, o objetivo específico; a terceira, as etapas de realização da meta, conforme os anos indicados; e por fim, a quarta coluna, que aponta a situação da realização dos objetivos, também por anos.

O Quadro 5 segue a mesma lógica do anterior. Relaciona o Plano Municipal de Saúde 2022–2025 ao Relatório Anual de Gestão de 2022. Contudo, o documento fonte está estruturado de maneira diferente do PMS 2018–2021, assim o segundo quadro também está. Serão apresentadas as diretrizes que regem os objetivos e o objetivo geral, seguidos por quatro colunas, que apresentarão, em ordem de ocorrência, os objetivos específicos; a meta geral, a ser cumprida até o ano de 2025; a meta para 2022; e a situação da realização dos objetivos em 2022.

Quadro 4 - Relação PMS 2018–2021 e RAGs 2018, 2019, 2020 e 2021

OBJETIVO GERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ETAPAS DA META	REALIZAÇÃO			
			2018	2019	2020	2021
8. Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada	8.10 Implantar serviço de saúde mental 24 horas	2018. Inauguração do Caps Ad III	Não alcançada	Não alcançada	Não alcançada	Não alcançada
10. Aprimorar a coordenação e continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, reforçando o papel ordenador da atenção da APS	10.3 Estabelecer os fluxos entre os diferentes serviços da rede de atenção psicossocial	2018. Protocolos de acesso para atendimento ambulatorial de psiquiatria publicados; 2019. Oferta em atenção psicossocial com vistas à máxima resolubilidade no âmbito da APS organizados; 2020. Protocolo de cuidados em atenção psicossocial estruturado; 2021. Fluxos e protocolos entre os serviços municipais e os vinculados a outros entes federados pactuados.	Alcançada	Não Alcançada	Não Alcançada	Não Alcançada
12. Qualificar a assistência à saúde prestada à população com ordenação e segundo os atributos da APS	12.2 Qualificar a assistência de saúde mental na rede municipal de saúde	2018. 100% dos profissionais dos serviços municipais da RUE (UPA e SAMU) capacitados para atendimento às emergências em saúde mental; 2019. 100% dos profissionais dos serviços especializados (CAPS) capacitados para atuar com transtornos mentais graves; 2020. 50% das equipes de saúde da família capacitadas para atender as situações de saúde mental mais prevalentes neste nível de atenção; 2021. 100% das equipes de saúde da família capacitadas para atender as situações de saúde mental mais prevalentes neste nível de atenção.	Não alcançada	Não alcançada	Parcialmente alcançada (20%)	Parcialmente alcançada (75%)

Quadro 5 - Relação PMS 2022–2025 e RAG 2022

DIRETRIZ			
4. Fortalecer a Rede de Saúde Mental de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
OBJETIVO GERAL			
4.1 Reestruturar a RAPS			
OBJETIVO ESPECÍFICO	META GERAL	META 2022	REALIZAÇÃO 2022
4.1.1 Reduzir em 1/3 os casos de suicídio em 2025	34	41	48 ²⁵
4.1.2 Implementar a Política Nacional de Prevenção da automutilação e do suicídio até 2025	1	0	0
4.1.3 Implementar a Política Municipal de Saúde Mental de Florianópolis até 2025	1	1	0
4.1.4 Habilitar um ambulatório de saúde mental da infância e da adolescência regulado e integrado a RAPS em 2022	1	1	1
4.1.5 Implantar três ambulatórios de subespecialidades de psiquiatria (psicogeriatria, dependência química e psicoterapia) regulado e integrado a RAPS até 2025	3	0	0
4.1.6 Implantar CAPS Norte até 2025	1	0	0
4.1.7 Implantar 50 equipes multiprofissionais na APS com ações integradas a RAPS até 2025	50	30	66 ²⁶

²⁵ Segundo o PMS 2022-2025, o atingimento da meta foi de 85,42%

²⁶ Segundo o PMS 2022-2025, o atingimento da meta foi de 220%

A partir do exposto nos quadros 4 e 5, pode-se perceber que a PMS 2018–2021 (2017) reserva pouco espaço para as políticas de saúde mental. Dos 16 objetivos gerais que pontua, nenhum é exclusivo a categoria, e dos 81 objetivos específicos neles distribuídos, apenas 3 voltam-se à atenção psicossocial. Esses, focam prioritariamente na expansão da atenção psicossocial dentro da Atenção Básica de Saúde e em estabelecer novos métodos e protocolos de trabalho em serviços já existentes. Apenas o item 8.10 prevê a construção de um novo serviço integrado à RAPS. O cenário se diferencia na PMS 2022–2025 (2021), que traz uma diretriz específica para a temática, com um objetivo geral de reestruturação da RAPS do município e para isso, sete objetivos específicos. Diferenciando-se do plano anterior, esse não detalha as metas qualitativamente, traz em números o que busca ser alcançado em cada item, contudo, percebe-se um movimento de expansão da rede, ainda ao nível de atenção primária, previsto no item 4.1.7, mas de maneira majoritária ao nível de atenção psicossocial ao serem programadas a implantação de quatro serviços ambulatoriais para atendimento especializado em saúde mental e um centro de atenção psicossocial.

Tanto o PMS 2018–2021 e o 2022–2025 relatam terem sido construídos com base na participação social e no que demandam os Relatórios Finais das 9ª e 10ª Conferências Municipais de Saúde de Florianópolis (CMSF), respectivamente. O primeiro relatório também é tímido em propostas no âmbito da saúde mental, das 106 aprovadas, apenas 4 voltam-se a política, contudo são assertivas e pedem a ampliação do acesso aos programas de saúde mental nos serviços de saúde do município, a garantia de profissionais farmacêuticos nas equipes multidisciplinares dos CAPS, a implementação de todos os dispositivos da RAPS em seus sete níveis de atenção e a implementação de um CAPS III com serviços 24h (CMS, 2015). Destas, 50% foram contempladas no planejamento referente, prevendo a implementação de um serviço de saúde mental 24h, o item 8.10, e a ampliação de acesso nos itens 10.3 e 12.2.

No Relatório da 10ª CMSF (2019a), das 54 propostas aprovadas, 5 voltam-se ao âmbito da saúde mental e demandam pelo fortalecimento de políticas de redução de danos à saúde mental, implementação de Cecos, expansão e qualificação da RAPS, com gestão 100% estatal, incluindo a implementação de um CAPS III 24h, fortalecimento das equipes multiprofissionais nos diversos níveis de atenção da RAPS e novamente, a implementação de todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. O PMS 2022–2025, por sua vez, baseia toda sua Diretriz 4 na expansão e qualificação da RAPS em Florianópolis, incluindo a implementação de um CAPS 24h, políticas de redução de danos e fortalecimento das equipes multi.

Contudo, ao comparar as metas levantadas aos RAGs referentes, percebe-se uma pequena realização do que foi planejado. Dos 9 objetivos esperados pelo PMS 2018–2021

(2017), apenas um foi alcançado completamente e dois parcialmente. Deixando para trás as principais demandas apontadas pela população, como o estabelecimento de fluxos e protocolos de cuidado à atenção psicossocial nos serviços articulados à rede e a implementação do CAPS III, que volta a aparecer no próximo PMS (2021). Este, por sua vez, apresenta resultados um pouco mais favoráveis, visto que entrega 71,25% do que promete para o ano de 2022, com a habilitação do Ambulatório de Saúde Mental Infantil e a implantação das 30 equipes multiprofissionais na APS com ações integradas à RAPS, contudo, não sucedeu em reduzir para 41 os casos de suicídio por ano, nem implementou uma Política Municipal e Saúde Mental.

Os resultados obtidos nos anos de 2018 a 2021 são pouco satisfatórios. Leva-se em consideração a pandemia de covid-19 que perpassou os últimos 2 anos previstos no documento, juntamente a todas as suas implicações na política de saúde pública, como priorização de estratégias de vigilância epistemológica e sanitária, medidas farmacológicas, compra de equipamentos de proteção individuais para os profissionais de saúde, de vacinas, oxigênio, estruturação de leitos emergenciais, entre outras diversas. O PMS 2022–2025 (2021) justifica que a aplicação desse conjunto de medidas impactou significativamente na implementação dos objetivos do PMS anterior. Contudo, nota-se que mesmo as metas alavancadas para os anos de 2018 e 2019, anteriores ao momento emergencial, não foram alcançadas, com exceção de apenas uma.

Durante a 176ª Sessão Ordinária do CMS (2020a), uma servidora do Departamento de Atenção Psicossocial da SMS informou que a pandemia aumentou a demanda dos CAPS e os pedidos de internação compulsória por uso de substância psicoativa, ademais, deu a entender que tal movimento já era esperado, e que deveria crescer ainda mais nos próximos anos e no pós-pandemia. Assim, a justificativa dada pela gestão não cabe na não execução das políticas de saúde mental, uma vez que a demanda também vem como uma consequência do momento. A servidora ainda informou que como o serviço do município não era suficiente, as demandas mais graves e excedentes estavam sendo encaminhadas ao IPq e às CT da região.

O repasse de usuários por falta de estrutura na rede municipal, concomitantemente ao não interesse de criação de leitos psiquiátricos públicos, uma vez que não são mencionados nos documentos oficiais de planejamento, demonstram intenções de terceirização de serviços e desresponsabilização do Estado para/ com as necessidades de sua população, pregados pela ideologia neoliberal. Tal movimento também conversa com tendências manicômias, uma vez que o Informativo do Observatório SUS (2022), considera o IPq como manicômio, pois ainda utiliza de estratégias violentas de institucionalização, contenção e isolamento de usuários. Uma das propostas de abrangência estadual e federal aprovadas pela 3ª Conferência Municipal de

Saúde Mental de Florianópolis, no eixo “Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania”, vai ao encontro dessa afirmação, ao mostrar a insatisfação dos usuários com a instituição. E, ela demanda

garantir o fechamento do IPQ, conforme a Lei no 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), transformando o IPQ no Museu da Loucura de Santa Catarina, concomitante com implantação da RAPS, por meio da implementação dos serviços substitutivos promovidos pelo SUS, a exemplo da criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, criação de serviços de residencial terapêutico, implementação de programas e projetos que promovam a convivência familiar e comunitária com promoção de espaços de educação e formação permanente para os profissionais envolvidos no cuidado, conforme os componentes propostos na Portaria no 3088/2011. Nesse processo, pactuar responsabilidades entre os entes federados e definindo a contrapartida de cada ente (Conselho Municipal de Saúde, 2021a, p. 4).

Ademais, segundo a Deliberação n.º 143/CIB, em 2021 havia 73 CT vinculadas ao SUS no estado de Santa Catarina, 8 delas na região de Grande Florianópolis e 1 na capital. Apesar de serem financiadas exclusivamente pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), o operador solicitante e administrador dos internos é o município. O cenário comprova-se durante a 178ª Sessão Ordinária Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (2020b), onde uma médica de família e comunidade do município faz uma fala a favor da implantação de um novo CAPS Ad, com serviços 24h, como estratégia de substituição, uma vez que, sem o serviço, os usuários dos CAPS que desejavam tratamento estavam sendo encaminhados para CT.

A escolha da gestão de não incluir nos PMS a proposta aprovada nos dois Relatórios Finais da 9ª e 10ª CMSF (2015; 2019a), que pede pela implementação de todos os dispositivos propostos na RAPS, garantindo o financiamento adequado para tais, é, então, escolher seguir se apoiando em serviços financiados por terceiros, sendo eles estatais ou privados. Vale destacar que alguns serviços citados pelo Observatório SUS (2022) como componentes da RAPS de Florianópolis são conveniadas a partir dos novos modelos de gestão, como o Centro de Convivência e Cultura, associado à OS Instituto Arco-Íris, duas das três portas de urgência e emergência, o Hospital Florianópolis, gerenciado pela OS Instituto Maria Schmit, e o HU que, desde 2015, é vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O dispositivo municipal UPA Continente também tem sua administração assujeitada a uma organização social, a OS Hospital Psiquiátrico Espirita Mahatma Gandhi, cujo, segundo o portal da transparência (Florianópolis, 2023) já fecharam dois projetos com a prefeitura no valor de R\$14.336.099,16.

Não há alguma indicação, nos documentos disponibilizados pela prefeitura, do viés ideológico que direcionam o trabalho dessas organizações, o que, além de indicar um não

interesse desse entendimento por parte da gestão, aponta que podem estar direcionando seus usuários a instituições não capacitadas para atender situações de saúde mental de maneira adequada e ainda, adeptas a estratégias manicomiais, como o IPq. Mostra-se também conivente aos novos modelos de gestão, consolidando o projeto privatista em curso na área da saúde, que como visto por Kruger et. al. (2013) no capítulo anterior, funcionam no sentido do capital, priorizando metas e resultados quantitativos. Hora et. al. (2018) ainda apontam que a mesma lógica se faz presente na EBSEH²⁷, que por ser uma empresa de direito privado, ainda representa um afronte a autonomia universitária.

Referente ao PMS 2022–2025, apesar da razoável porcentagem de realização das metas levantadas para 2022 e considerando o objetivo de implantação de equipes multiprofissionais na APS com ações integradas a RAPS, é importante destacar que o quadro de servidores da SMS está longe de ser o ideal. O informativo do Observatório SUS (2022) indica que, na verdade, há apenas 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental por distrito sanitário (Centro, Continente, Sul e Norte), totalizando 4, sendo cada uma composta por 1 assistente social, 1 psiquiatra e 2 psicólogos. Ademais, aponta um déficit de novas contratações por concurso público ou mesmo a reposição de vagas já existentes, cita como exemplo o caso de profissionais da psicologia, que até então se encontrava com oito vagas em aberto. Destaca também que a atuação da psiquiatria já não circula mais pelo território e nas eSFs, atuam exclusivamente nas policlínicas.

A Sessão Plenária 204^a do CMS (2022a) se deu a fim de debater sobre a Situação do Quadro de RH da Secretaria Municipal de Saúde, que findava mais de 500 contratos de profissionais da saúde durante os anos de 2022 até 2024, que foram firmados durante a pandemia, e deixariam um grande buraco na APS do município, sem previsão para reposição através da abertura de edital para concurso público. As atas ainda relatam a preocupação de duas usuárias da RAPS em relação ao quadro de funcionários dos serviços:

3.5 Usuária A: [...] se mostrou assustada com a situação dos termos de contratos, uma vez que a perda poderá chegar até 48% dos profissionais. Apontou a diferença entre os profissionais de saúde básica para os da saúde mental, falou que o atendimento de um paciente em um CAPS pode durar horas e que já faltam profissionais para dar conta de tudo, mostrou preocupação com o que poderá acontecer caso esse déficit aumente.

3.6 Usuária B: [...] Disse que na unidade Ponta do Coral vai se perder, só em junho, seis profissionais, e que no total, serão onze, entre eles assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem. Comentou a defasagem desses profissionais [...], reforçou a fala da Usuária A sobre não comparar a atenção

²⁷ Vale destacar que a EBSEH possui natureza jurídica diferente das, anteriormente citadas, organizações sociais. A empresa é de caráter público com personalidade jurídica de direito privado, patrimônio próprio e vinculada ao Ministério da Educação.

básica com a atenção requerida em um CAPS. Finalizou dizendo que espera que o Secretário pondere os contratos e os estenda até a abertura de um novo concurso público para efetivar novos profissionais (Conselho Municipal de Saúde, 2022a, p. 17–18).

O cenário revela atos de precarização das condições de trabalho dos vinculados à SMS, uma vez que a gestão disponibiliza um número mínimo de profissionais para atenderem as demandas de uma população demasiada extensa, sobrecarregando-os e também ao priorizar contratos temporários e não estáveis.

Destaca-se, ainda, o objetivo específico 8.10 do PMS 2018-2021 (2017) que se replica em seu sucessor, no item 4.1.6 (PMS 2022–2025). A implementação de mais um CAPS em Florianópolis é uma demanda antiga, seu primeiro registro nos documentos revisados datam desde o Relatório Final da 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis, em 2010, que propõe

1. Criar emergências e leitos em saúde mental em hospital geral, residências terapêuticas e CAPS III de acordo com critérios epidemiológicos, considerando as necessidades de estruturação da rede antes da implantação de novos serviços, respeitando a lógica da reforma psiquiátrica (Florianópolis, 2010, p. 5).

Repete-se no Relatório Final da 9ª Conferência Municipal de Florianópolis, em 2015, nas duas propostas aprovadas

47. Ampliar o acesso à Saúde Mental, reimplantando o Programa de Redução de Danos à Saúde para os usuários de álcool e outras drogas, implantando o Centro de Atenção Psicossocial — CAPS III, para atendimento 24 horas na ilha e no continente; as residências terapêuticas; e os centros de apoio terapêutico em saúde mental, por distrito.

[...]

55. Implementar urgente a rede de saúde mental criada na reforma psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial — CAPS III, CAPS III AD, residência terapêutica, centros de convivência, emergência e leitos em hospitais gerais, como forma de qualificar e aumentar o acesso ao atendimento de saúde mental (Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2015, p. 25–26).

Volta a aparecer na 10ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis (CMS, 2019), na 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental (CMS, 2021a) e mais recentemente, no Relatório Final da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, que se deu em 2023:

85. Implantar imediatamente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na região norte da ilha de Florianópolis, conforme o previsto no plano plurianual 2022–2025 na tipificação de CAPS III Adulto e cumprir pactuação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para demanda do município (Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023a, p. 24).

O serviço, que é solicitado pela população ano após ano e foi apontado como necessário às demandas populacionais, territoriais e estruturais do município (Observatório SUS, 2022), é

adiado pela prefeitura há pelo menos 13 anos. Tal cenário é atrelado ao sucateamento dos serviços já existentes. Além da situação de déficit crônico de recursos humanos, encontraram-se, ainda, que as residências do programa de saúde mental da Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESP), vinculadas à SMS, dão-se no IPq, por falta de estrutura municipal. Há também obras paradas por pelo menos dois anos no “Casarão da Agrônômica” que abrigava o CAPS II Ponta do Coral, que, mesmo sendo o único serviço de atenção aos usuários adultos em sofrimento psíquico, não atrelado a álcool e outras drogas, foi redirecionado a um bairro continental, dificultando, ou mesmo impedindo, o acesso de vários moradores da ilha.

Algumas falas no decorrer das 183^a, 205^a e 207^a Atas das Sessões Plenárias do CMS ajudam a elucidar esses cenários:

3.21 Secretária Executiva CMS: [...] a rede de Saúde Mental enfrenta sérios problemas em vários pontos da Rede. A gente tem CAPS que estão atendendo das 8h às 14h, por falta de profissionais de diversas áreas. Para as crianças e adolescentes em situação de internação a situação se agrava, pois só há leitos em Hospital de Joinville. Ou seja, nós não temos como ter atendimento para essa faixa etária em Florianópolis (Conselho Municipal de Saúde, 2020c, p. 23).

3.15 Conselheira A: Fez a citação do texto que elaborou junto com a associação da Alegrementemente: “Nós, usuários da saúde mental, organizados na Associação Alegre Mente, consideramos que o município de Florianópolis não tem uma política de saúde mental que atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, com base nas deliberações das conferências de saúde em todos os níveis. Consideramos que não temos informações claras de registro e dos projetos e planejamentos da SMS no sentido da desinstitucionalização dos cidadãos sob cuidados dos serviços de saúde mental; Questionamos quais estratégias a SMS tem para a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico no ambiente do trabalho e geração de renda. Consideramos que há defasagem de RH da SMS e nos preocupa o fato de que entraremos em período eleitoral e não será possível fazer contratação por concurso público, a forma adequada de acesso de servidores no serviço. Consideramos que as obras do Caps III não estão contemplados no orçamento, e que não há esclarecimento a respeito da abertura de três ambulatórios em saúde mental, nem onde ou como serão construídos. [...] Consideramos que as residências e estagiários em saúde mental devem ser realizadas nos CAPS e não no IPq [...] (Conselho Municipal de Saúde, 2022b, p. 21).

3.4 Conselheiro B: Falou que a solução para suprir a Saúde Mental seria pessoal para trabalhar. Comentou que numa cidade inteira você tem um CAPS com poucos funcionários, por exemplo, o Norte da ilha é quase uma população de muitas cidades por aí do interior do Estado. Comentou que em uma reunião ordinária do CLS Rio Vermelho foram procurados por um grupo de psicólogos e psicanalistas querendo prestar um serviço de atendimento para esse pessoal de saúde mental; onde foram alertados que a prefeitura tem o CAPS que está com saúde mental, mas não fornecido atendimento para família deste paciente. (Conselho Municipal de Saúde, 2022d, p. 9).

Destaca-se, ainda, que o centro de atenção psicossocial foi qualificado como modalidade Ad e III no PMS 2018–2021. Já no 2022–2025, não aparecem detalhes sobre sua estrutura, além de que deverá ser implementado na região Norte. Isso se dá uma vez que as intenções da prefeitura mudaram no meio do cumprimento do seu primeiro mandato. O Relatório Anual de Gestão de 2019 apresenta pela primeira vez a proposta de implementação de um CAPS Ad IV no lugar de um III, e aponta que em dezembro de 2019, foi encaminhado ao Ministério da Saúde a solicitação para incentivo financeiro. A gestão explicou que a decisão se deu por não conseguirem avançar sobre o CAPS III anteriormente, pelo maior valor do incentivo, que viria da União, caso optassem pela modalidade IV (CMS, 2019b), por oferecer leitos noturnos e um serviço de urgência 24h, que o III não disponibilizaria (CMS, 2021b). O projeto congelou por conta da pandemia, mas retornou em 2021, a RAG do mesmo ano traz em suas considerações que o projeto de implantação do CAPS AD IV foi finalizado e aprovado pelo gabinete, e estaria aguardando a contratualização para a execução de obra de adequação e a contratação de recursos humanos.

O controle social, que não foi consultado sobre a proposta de mudança, por não ter sido oficialmente documentada nos instrumentos de planejamento (CMS, 2022c) não se agradou com a situação e, desde 2021, vem questionando as ações da gestão. A discussão cresceu em 2022 e ocupou um espaço significativo nas reuniões Plenárias do CMS. Em diversas, conselheiros e usuários fazem falas imponentes, refutando a implementação do CAPS IV, reivindicando pelo III.

3.15 Conselheira A: Fez a citação do texto que elaborou junto com a associação da Alegremte: [...] Consideramos que discurso da SMS é ábdito quando trata do Caps III, capaz de atender crises e emergências em saúde mental, enquanto, na contramão das instâncias de participação e controle cidadão (conselhos e conferências), quer implantar um CAPS IV, abjeto à nossa luta antimanicomial (CMS, 2022b, p. 21).

4.5 Conselheiro C: Retomou a luta histórica da reforma sanitária e da luta antimanicomial que está concisa na portaria 3.088/2011 que estabeleceu a RAPS, e também a 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental que ocorreu no ano anterior. Apontou a problemática de implementação do CAPS IV, quando no município tem sido demandado e reivindicado a construção do CAPS III. Solicitou que o assunto fosse retomado como pauta na próxima plenária, e que a secretaria executiva do CMS repasse os documentos de manifestação do CNS, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, a portaria 3.588 que estabeleceu o CAPS IV, que no entendimento da CISM vem a contramão de toda a luta travada no interior do SUS quanto a política de saúde mental (CMS, 2022b, p. 27).

3.20 Conselheiro C: Apontou problemas na lógica de procurar garantir atendimento apenas na urgência e emergência, que segue a lógica manicomial, além de que o CAPS IV é um CAPS para usuários de álcool e outras drogas,

ou seja, apenas uma parcela da população vai poder acessar o serviço, enquanto a população geral fica desassistida. Questionou o secretário se ele pretende desviar a função do CAPS AD IV para atendimento da população geral. Enfatizou a responsabilidade do Estado pensar a RAPS a partir da necessidade dos usuários (CMS, 2022c, p. 11–12).

A instauração de um CAPS IV retoma uma lógica manicomial, uma vez que se desvirtua da lógica de cuidados dos demais centros, ao apresentar um serviço que prioriza atendimento a urgências e emergências em detrimento da atenção pautada no vínculo terapêutico e comunitário. Não condiz com o referencial de cuidados a partir dos vínculos, da humanização, da base territorial, podendo futuramente, sem os cuidados necessários de fiscalização, abrir brechas para internações compulsórias de usuários de álcool e outras drogas em CTs (CMS, 2022c). Alinha-se também com a lógica neoliberal, já que é proveniente da Portaria n.º 3.588/2017, que aumenta o financiamento de leitos privados em hospitais psiquiátricos e CT, e tenta excluir a participação social do processo de planejamento e execução do serviço. Todas às vezes, a gestão ocupou-se em responder alegando que a RAPS em Florianópolis segue a premissa antimanicomial, mas defendendo a implementação de um CAPS IV, por oferecer serviços de urgência e emergência, carentes em Florianópolis (CMS, 2022c).

O CAPS IV, contudo, segundo a Portaria n.º 3.588, atende demandas somente de usuários de álcool e outras drogas. O usuário em sofrimento psíquico não seria o foco deste serviço e continuaria tendo que recorrer ao único CAPS II adulto que o município oferta desde 1996 (Observatório SUS, 2022). Dessa forma, a SMS visava a implementação de um serviço que, além de ser incompatível com o modelo de atenção psicossocial territorializado, ia de encontro com as demandas e necessidades da população.

A decisão de não nomear, conforme a Portaria n.º 3.088/2011, que dispõe sobre a RAPS, o “CAPS 24h” no PMS 2022–2025, nada mais foi que uma tentativa frustrada de esconder as reais intenções da prefeitura e evitar mais discussões no âmbito do controle social. Tal iniciativa seguiu-se até o ano de 2023, quando foi anunciado a acoplação do serviço ao novo Complexo de Saúde de Florianópolis. Segundo a nova Secretária Municipal de Saúde, a gestão esperava novas orientações da União em relação ao financiamento dos serviços para oficializar a questão. Sua fala deu a entender que caso, não fosse reformulada, optariam, enfim, por um CAPS IV, já que o financiamento seria de R\$320.000,00 a mais (CMS, 2023c). Contudo, com a revogação da referida portaria, consolidou-se, assim, a implementação de um CAPS de modalidade III.

A junção do serviço ao Novo Complexo de Saúde também é questionável, primeiramente por se dar no antigo aeroporto de Florianópolis, na região Sul da ilha. O PMS 2022–2025 é claro ao objetivar a implementação na região Norte. Não foi ainda explicado pela

gestão se será um serviço a mais para a rede, implementando ainda assim, até 2025, mais um no território indicado, como prevê o documento, ou se será substitutivo, não cumprindo completamente com o planejado. Ademais, a população levantou preocupações em relação ao acesso ao serviço, já que ficará em um local afastado de outros serviços municipais e longe de terminais de ônibus. Por fim, foi confirmado pela Secretária de Saúde vigente que a administração do novo Complexo de Saúde, incluindo o novo “CAPS 24h”, se dará com o convênio de uma OS (CMS, 2023b).

Assim, ao analisar somente os dois documentos de planejamento, percebemos que, apesar de breves, os objetivos apontados no âmbito da saúde mental baseiam-se, de fato, com parte das exigências do controle e da participação social, indo ao encontro com o que preza a Lei n.º 8.142/90. Visando a ampliação e qualificação dos serviços que podem oferecer a rede de atenção psicossocial, a escolha de separar uma diretriz exclusiva aos serviços de saúde mental demonstra a relevância dada à demanda pela gestão. Assim, alinha-se com a Portaria da RAPS, quando visam ofertar assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, diversificar as estratégias de cuidado, ofertando a atenção psicossocial em diferentes serviços, desenvolver estratégias de redução de danos, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde e regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede.

Ao sugerirem a implementação de serviços públicos articulados e territorializados que se propõe a trabalhar em comunidade com os usuários e suas famílias, a qualificação de profissionais para atendimento humanizado e respeitoso, para além de outras ações que promovam a reintegração social e acesso aos direitos civis desses indivíduos, e ao não propor o financiamento de serviços terceirizados e a implementação de outros que sugerem internações hospitalares e a institucionalização de usuários, alinham-se aos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

É importante que se considere o viés que direciona a gestão da própria prefeitura, que durante o período analisado foi guiada por partidos de centro-direita, com alinhamentos ao neoliberalismo econômico e ao conservadorismo, priorizando, na administração do município, a lógica de mercado. Desta forma, pode-se observar diversos traços que norteiam a ideologia na execução da política de saúde mental em Florianópolis, tais como a preferência por serviços terceirizados, convênios com os novos modelos de gestão, preferências por contratos trabalhistas não estáveis, precarização e desmonte da rede.

Além de transferir a outrem a responsabilidade que tinha, como Estado, a opção de executar os serviços da política de saúde mental através de um viés neoliberal conservador,

reduz-se o controle e supervisão da prestação desses serviços, o que pode levar a problemas de qualidade e falta de transparência, características vitais para a execução da política, uma vez que sua ausência pode facilitar critérios manicomialistas. Além de transferir, efetivamente, um espaço público para o interesse privado. A busca por lucros pode vir a se tornar o principal objetivo da empresa responsabilizada, o que não deveria caber nos serviços, já que sua principal função deve ser atender e compreender as necessidades individuais de cada usuário.

A opção por contratos temporários e a não abertura de edital para concurso público revela uma intenção de precarização rede, uma vez que sem profissionais que coordenem e atendam nos serviços, gerando, além de uma alta rotatividade, quebra de vínculos, sobrecarga de trabalho e impactando na qualidade, um gritante desmonte do serviço público no município. Esse processo enfraquece, reduz e desmantela as estruturas separadas para atender a população de maneira integral e universal, o que, mais tarde, viria justificar a privatização e/ou o convênio com novos modelos de gestão nessas unidades.

Ainda existem muitos serviços que carecem na RAPS ofertada no SUS de Florianópolis. A rede prevê a disponibilidade de leitos nos CAPS e hospitais gerais, contudo, quando se esgotam as possibilidades de oferta de atendimentos que priorizem os vínculos comunitários e territoriais, na frequência apropriada, como a da atenção primária e a da psicossocial. Contudo, vê-se a predominância da não oferta desses serviços, ou o acesso dificultado a eles, fazendo com que os usuários sejam encaminhados a instituições de média e alta complexidade, não vinculados diretamente à gestão municipal, logo como porta de entrada. Carecem ainda de estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, como os residenciais terapêuticos, incentivo ao Programa de Volta para Casa, iniciativas de geração de trabalho e renda e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

Assim, mesmo que os documentos oficiais de planejamento tragam diretrizes, objetivos e metas alinhadas à expansão da RAPS, torna-se plausível dizer que a execução da política de saúde mental de Florianópolis distancia-se de oferecer, de fato, uma rede de atenção psicossocial integrada e alinhada aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, ao optar por ações norteadas pela ideologia neoliberal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a Reforma Sanitária, quanto a Reforma Psiquiátrica no Brasil foram movimentos impulsionados principalmente pela luta popular. A fim de combater uma série de questões que perpassavam a saúde pública na época, promoveram uma grande reavaliação do sistema. A saúde, que antes era hierárquica, centralizada e mercantil, passou a ser universal, integral, horizontal e descentralizada, a fim de promover qualidade e equidade a todos os seus usuários. E a loucura, anteriormente estigmatizada e isolada de forma hostil em asilos e manicômios, recebeu um novo lugar na sociedade, com dignidade, autonomia e protagonismo dentro da coletividade e de maneira articulada. As Leis Orgânicas de Saúde e a Lei Paulo Delgado são conquistas desses processos e regulamentam essa nova esfera da saúde.

Contudo, a reforma de estado dos anos 1990 instaurou a ideologia neoliberal no país e em seu fazer político, que através de estratégias de livre mercado e redução de Estado, enfatizou métodos de gestão empresarial no setor público, comprometendo a universalidade e integralidade do recém-nascido Sistema Único de Saúde. O neoliberalismo preza a lógica do individualismo, que para além de ordens econômicas, perpassa pelas políticas sociais, incitando as expressões da questão social e responsabilizando o indivíduo pelo seu próprio estado. No âmbito da saúde, tirando seu caráter de construção coletiva.

As consequências de ações norteadas pelo viés neoliberal na política de saúde mental preconizam um esfacelamento da rede de atenção psicossocial. A preferência por entidades privadas para o tratamento do sofrimento psíquico barra o controle e a fiscalização social, possibilitando a retomada de táticas hospitalocêntricas, institucionalizadoras e violentas. Exibe caráter conservador e manicomial, aproximando-se de práticas asilares e higienistas, servindo como um terreno fértil para a proliferação de práticas historicamente associadas a modelos desumanizantes e distanciando-se das dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais que prezam a luta antimanicomial.

Considerando tal retrocesso de influência neoliberal, o presente estudo é direcionado a Florianópolis, capital catarinense que abriga mais de 500 mil habitantes, separados pela gestão em quatro territórios, cada um caracterizado por suas próprias demandas e necessidades. Ao defrontar-se com ações antagonistas à saúde universal, com perspectivas de obtenção de lucros, é comum deparar-se com um sistema inacabado, com investimentos insuficientes, focalizado e excludente, que retoma as raízes da atenção asilar. Para que se tenha um panorama de qual viés é norteador da política de saúde mental do município, é de extrema relevância o aprofundamento nas estratégias da gestão no município.

Para isso, baseou-se na pergunta “Entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e o da ideologia neoliberal, a qual viés estão alinhados os documentos de planejamento e a execução da gestão de saúde mental de Florianópolis?”. Para atingir o objetivo principal de compreender qual a ideologia que influencia a programação e a consecução da política de saúde mental no município de Florianópolis, realizou-se uma revisão de literatura sobre o progresso das políticas de saúde pública e de saúde mental no Brasil, perpassando pelos seus diversos momentos no país, um ensaio sobre as expressões e consequências do viés neoliberal nesse mesmo âmbito e por fim, uma adaptação livre da análise do conteúdo obtido através de uma pesquisa documental, para descobrir a tendência ideológicas da gestão dessas políticas no município.

Como resultado da pesquisa, encontraram-se documentos que objetivam ações de expansão e capacitação da RAPS e das equipes multiprofissionais que a guiam. Ademais, alinham-se as estratégias de cuidado comunitário, articulado e integralizado, focalizado em redução de danos e em modelos substitutivos ao manicomial, que segundo Amarante (2021), são estratégias que se ordenam ao que dispõe o projeto da Reforma Psiquiátrica. Contudo, os Planos Municipais de Saúde estudados reservam metas que atendem somente as demandas de saúde mental do município em níveis de atenção básica em saúde e atenção psicossocial, deixando de lado as necessidades de atenção hospitalar, residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Percebeu-se que, apesar de documentos alinhados a um viés antimanicomial, a gestão falha na execução das metas e objetivos por eles previstos, principalmente nos anos entre 2018 e 2021. Notou-se uma tendência de encaminhar usuários da rede para serviços de esferas estaduais e/ou federais, quando o mesmo não é disponibilizado pelo município, no lugar de organizarem-se no sentido de oferta, como é o caso das portas hospitalares de urgência e emergência. Ademais, constatou-se o desmonte das unidades e serviços já existentes com o congelamento de obras, atraso na construção de novos serviços, má distribuição de unidade no território, não priorização de contratos estáveis e déficit no quadro de funcionários, gerando sobrecarga de demanda e poucos espaços para atendê-la.

Inferiu-se que tais disposições vêm de maneira estratégica para que se justifiquem as ações de cunho neoliberal, como a terceirização e privatização de serviços, que priorizam o setor privado, justamente para que possam assumir esses espaços públicos. Todavia, esses falham em garantir a participação e o controle social, podendo acarretar baixa qualidade no atendimento, falta de transparência e até em um direcionamento manicomial. Como afirmam Queiroz et al. (2019), as tendências reformistas restauram a ordem conservadora, sob um perfil

ideológico de privatização, gerando a configuração de um sistema público incompleto e esvaziado.

Atualmente, apenas a UPA Continente é gerenciada por OS, contudo, tais organismos vêm ganhando cada vez mais espaço no município e estima-se que ocupem por completo o, ainda em construção, Complexo de Saúde de Florianópolis, que abrangerá o novo Centro de Atenção Psicossocial do município. Fazendo com que a gestão de saúde mental de Florianópolis se apoie cada vez mais nos novos modelos de gestão e se desresponsabilize de seu papel como provedor dessa política e se distancie da sociedade civil que a acessa, segundo Barros e Brito (2019).

Por conseguinte, tem-se como resposta da pergunta de pesquisa que, apesar de documentos de planejamento alinhados aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a execução da política de saúde mental em Florianópolis distancia-se desse viés, sendo regida por ações e estratégias norteadas pela ideologia neoliberal e conservadora.

O presente TCC buscou, então, produzir conhecimento na área da política de saúde mental, na tentativa de ampliar a compreensão sobre as disputas ideológicas que perpassam a gestão, em seu planejamento e execução, da Rede de Atenção Psicossocial, vinculada ao SUS, de Florianópolis. Sugere-se que o estudo possa continuar futuramente, a fim de analisar a gestão municipal de 2017–2024 em sua totalidade — visto que este abrange apenas até a metade 2023, período em que é realizado — e de maneira mais aprofundada, envolvendo pesquisas de campo com usuários da RAPS. Ademais, o presente trabalho pode acarretar outros estudos, como as estratégias de combate às consequências do viés neoliberal na política de saúde mental e o papel do assistente social no combate às consequências do viés neoliberal na política de saúde mental.

Dessa maneira, esse trabalho tem o intuito de acrescentar conhecimento ao Serviço Social, considerando que apenas a compreensão total da realidade é capaz de orientar os melhores e mais adequados caminhos para seu enfrentamento. Considerando o projeto ético-político da profissão, a defesa deve ser sempre um sistema de saúde único, integral, universal, de qualidade, estatal e desmercantilizado. A luta em defesa ao projeto antimanicomial é inerente ao fortalecimento da classe trabalhadora, que inserida em um contexto de confronto entre capital e o bem-estar social, tem suas necessidades de saúde mental postas abaixo da acumulação capitalista. Assim, o Serviço Social deve se colocar no enfrentamento das consequências do viés neoliberal que perpassam o SUS e a RAPS, e no fortalecimento de ações que promovam o controle e a participação social, em prol da execução de uma política de saúde mental alinhada à Reforma Psiquiátrica no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. N.; SEIDI, E. M. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. et al. Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. p. 46-59.
- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, Paulo. Loucura e Transformação Social. Autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Zagodoni Editora Eireli. São Paulo. 1ª Edição, 2021, 159 p.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- ANDRADE, Danilei Pereira. O que é o neoliberalismo?: a renovação do debate nas ciências sociais. Revista Sociedade e Estado, v. 34, n. 1, 2019. p. 211-239. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/15016/0> Acesso em: 22 set. 2023
- BARBOZA, Victor R. Psicocirurgia – A Neuromodulação Auxiliando no Tratamento de Distúrbios Psiquiátricos, 2019. Disponível em: <https://victorbarboza.com.br/tratamento-disturbios-psiquiatricos/#:~:text=Conceito%20de%20Psicocirurgia,tinham%20uma%20base%20cient%20C3%ADfca%20completa>. Acesso em 3 set 2023.
- BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. Serviço Social & Sociedade, n. 124, p. 623-636, 2015.
- BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda ; Brito, Ângela Ernestina Cardoso. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista O Social em Questão, vol. 21, núm. 44, 2019, p. 67-86.
- BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. Rev. de Ciências Sociais, João Pessoa, n.40, p.391-404, 2014.
- BBC BRASIL. MACHADO, Leandro. Sob Bolsonaro, comunidades religiosas viram principal terapia de dependentes químicos mesmo sem controle e resultados atestados. São Paulo, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61184132> Acesso em: 4 out. 2023
- BERNARDO; Marcia Hespagnol; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 36 (123): 103-117, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Ym7kpRZmty9fFxPkLVg4hPC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 ago 2023.
- BERTOLIN, Julio C. G. Avaliação da Qualidade do Sistema de Educação Superior Brasileiro em Tempos de Mercantilização - Período 1992-2003. 2007. Tese de Doutorado - programa de

Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Aegre, 2007. 282 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10339> Acesso em 22 set 2023

BITTENCOURT, Ligia Maria. Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no 1986 Brasil. Dissertação (Mestrado), 1986, Departamento de Psicologia, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 28 ago 2023.

BRASIL. Decreto n.º 83, de 18 de julho de 1841. 29.197, de 11 de maio de 2021. Funda um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Rio de Janeiro, 1841. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Decreto 24.559 de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm. Acesso em: 26 jun 2023.

BRASIL. Decreto 49.974, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Brasília, 1961. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Regulamenta%2C%20sob%20a%20denomina%C3%A7%C3%A3o%20de,defesa%20e%20prote%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 21 jun 2023.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 05 jun 2023.

BRASIL. Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019. 7.508, de 28 de junho de 2011. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 05 jun 2023.

BRASIL. Lei 8.550 de 3 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Autoriza%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o,assit%C3%Aancia%20psiqui%C3%A1trica%20no%20territ%C3%B3rio%20nacional>. Acesso em: 09 abr 2023.

BRASIL. Lei 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: [BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS. Brasília, 1990. Disponível em: \[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm\). Acesso em 24 mai 2023.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm#:~:text=LEI%20No%205.726%2C%20DE%2029%20DE%20OUTUBRO%20DE%201971.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20medidas%20preventivas%20e,p s%C3%ADquica%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 09 abr 2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 24 mai 2023.

BRASIL. Lei 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, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003. Disponível em: [BRASIL. Lei Complementar 200, de 30 de agosto de 2023. 10.216, de 6 de abril de 2001. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, \[... e altera a Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000 \(Lei de Responsabilidade Fiscal\). Brasília, 2023. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/37553820/publicacao/37556723>. Acesso em: 13 ago. 2023.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 26 jun. 2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. BRASIL. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 30 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987. BRASIL. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf Acesso em: 30 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, 1991. Disponível em: <https://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>. Acesso em: 27 mai 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, 1992. Disponível em: <https://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf> Acesso em: 27 mai 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/4437.html> Acesso em: 27 mai 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 01 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html Acesso em: 01 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 23 mai 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 25 mai. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/maio/apresentacao-2013-revogacao-da-portaria-no-3-588-de-21-de-dezembro-de-2017-que-dispoe-sobre-a-rede-de-atencao-psicossocial-e-da-outras-providencias/view> Acesso em: 3 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Unico de Saúde. Brasília. set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 3 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html> Acesso em: 14 set 202

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 03 jul. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/com-foco-em-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral-ministerio-da-saude-fortalece-assistencia-para-saude-mental-no-sus> Acesso em: 4 out. 2023

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 2012. n. 109, p. 126-150. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 set. 2023

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*. Brasília, v. 22, n. 46. janeiro de 2020

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. P. *Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos*. (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira. Texto para discussão. ENAP. Brasília, 2001. 24 p. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/384/1/1texto.pdf> Acesso em: 24 set 2023

BOSCHETTI, I. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília (DF): UnB; CEFSS, 2009.

CARTACAPITAL. Governo Lula divulga o texto da nova regra fiscal. In: Governo Lula divulga o texto da nova regra fiscal. Brasília, 18 abr. 2023a. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/governo-lula-divulga-o-texto-da-nova-regra-fiscal-leia-a-integra/>. Acesso em: 3 out. 2023.

CARTACAPITAL. Lula já revogou 97 normas do governo Bolsonaro, aponta levantamento In: Lula já revogou 97 normas do governo Bolsonaro, aponta levantamento Brasília, 18 ago. 2023b. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/lula-ja-revogou-97-normas-do-governo-bolsonaro-aponta-levantamento/>. Acesso em: 3 out. 2023.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 1984.

CONECTAS; CEBRAP. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Apostila da Haia - Portal CNJ. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/poder-judiciario/relacoes-internacionais/apostila-da-haia/>. Acesso em: 3 set. 2023.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DO SUS. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.17, Palmas, 2019. p. 113-126. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1644> Acesso em: 1 set 2023

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DIAS, Míriam T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 12, n.3, Rio de Janeiro, 2012. p. 1024 - 1045. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a19.pdf> Acesso em: 11 mai 2023

SCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., e EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In. LIMA, N. T. et. al. (orgs). Saúde e democracia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL; CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA CEAD/NED-UnB. Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 3: Política Social. Brasília (DF), 2000. p. 41-56.

FIGUEIREDO, M. L. de R., DELEVATI, D. M., & TAVARES, M. G. (2014). ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS, 2(2), 121–136. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797> Acesso em: 1 set 2023

FONTE, Eliane Maria Monteiro. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, XXVIII., Anais..., Recife, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258> Acesso em: 10 de nov. 2022

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 10. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1992.

GENTIL, Denise Lobato. Ajuste fiscal, privatização e desmantelamento da proteção social no Brasil: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*. n. 46. 2017. p. 10-31. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/277> Acesso em: 25 set. 2023

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 270 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/zthrj/pdf/gerschman-9788575415375.pdf> Acesso em: 08 maio 2023.

GOMES, Maria de Fátima Leite; SANTOS, Celyane Souza; NASCIMENTO, Eryenne Lorryne Sayanne Silva; OLIVEIRA, Alda Venusia Alves. O Estado Neoliberal e as Implicações para a Política de Saúde Mental: uma análise a partir do golpe de 2016. X Jornada Internacional Políticas Públicas. Brasil, 2021. 14 p. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1212_1212612e8c48d963a.pdf Acesso em: 20 set. 2023

GOVERNO DE SANTA CATARINA (Snata Catarina). Comissão Intergestores Bipartite. DELIBERAÇÃO N.143/CIB/2021. DELIBERAÇÃO N.143/CIB/2021, Florianópolis, 17 fev. 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2021/19526-143-20-07-regulacao-das-comunidades-terapeuticas-no-estado-1/file>. Acesso em: 1 nov. 2023.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et.al. Tratamento em Saúde mental no Modelo Manicomial 1960 A 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 22(2): p. 361-369. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhjw99tRHMv6fR8HLCc/?lang=pt#> Acesso em: 3 set 2023

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, vol. 21, núm. 44, 2019, pp. 111-138. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340005/552264340005.pdf> Acesso em: 22 set. 2023

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1). Rio de Janeiro, 2009. p. 297-305. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxFK9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 1 set 2023

HOBBSAWM, Eric J. – A era dos extremos: O breve século XX (1914 -1991) – São Paulo, Companhia das letras, 1995, 2ª edição, 49ª reimpressão. Tradução Marcos santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli.

HOFFBAUER, Daniela Salzano Hungria Hoffbauer. Hospício de Pedro Segundo. MAPA, Brasil, 11 de nov. de 2016. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/323-hospicio-de-pedro-segundo>>. Acesso em: 13 jun. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Brasileiro de 2022. Florianópolis: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html> Acesso em: 26 ou. 2023

KRUGER, Tania Regina; COSTA, Crisitina Bleichvel; PASSOS, Aricia Furlanetto; SANT'HELENA, Moara Monteiro. Da Reforma Sanitária às Privatizações: discutindo a saúde pública brasileira. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf> Acesso em: 26 set 2023

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fmMpJSxrL6wNT8B3KkcB3Bj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22/08/2023

MACHADO, Cristiane Ferrari Canez; KRUGER, Tania Regina. Uma Análise das Pesquisas sobre Participação e Controle Social nos ENPESS 2010/2012. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis, 2013. 10 p. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Uma-an%C3%A1lise-das-pesquisa-sobre-participa%C3%A7%C3%A3o-e-controle-social.pdf> Acesso em: 11 set 2023

MANDEL, E. O Capitalismo Tardio. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MÉDICI, A. C. A regulação do Trabalho no Âmbito da Saúde. Ensaios FEE, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde. São Pulo: Rio de Janeiro, HUCITEC - ABRASCO, 1995.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Boletim Informativo. SITUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, Brasília, n. 27 jul. 2022. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/g8EBGg3CzAvAlVZyDgl4zZtnSZ5SocPnbajDoU5q.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

MOREIRA, Thereza Cristna Andrade; et. el. A Precarização do Trabalho do Assistente Social nos Hopsitais Universitários: uma análise sore o novo modelo privatista de gestão na saúde pública. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória, v. 1 n. 1. 2018. 16 p. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938> Acesso em: 24 set. 2023

OLIVEIRA, Andréa; KRÜGER, Tania Regina. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. Argum, v. 10, n. 1. Vitória, 2018 p. 57-71. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804008/475566804008.pdf> Acesso em: 31 ago 2023

OLIVEIRA, Fábio Falcão. Governo Bolsonaro e o apoioreligioso como bandeira política. Revista Brasileira de História das Religiões. ANPUH, Ano XIII, n. 37, Maio/Agosto de 2020. P. 137-160. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RbhrAnpuh/article/view/52231/751375149936>
Acesso em: 4 out. 2023

PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde 9AIS): por que não dois passos atrás. Cadernos da Saúde Pública, Rio de Janeiro., 2(2): 167-183, abril/jun 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tmjwcWNnm484Lpr39wNsWQG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 30 ago. 2023

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica. Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 ago 2023.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. Sociedade Em Debate, 26(1), 2019. p. 72-87. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2249> Acesso em: 21 set. 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (Florianópolis). Organização parceira Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi. Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://investidor.bussolasocial.com.br/saudefloripa/parcerias/2592>. Acesso em: 24 out. 2023.

QUEIROZ, Lúcia Abadia de Carvalho; et.al. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília. 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/656/640> Acesso em: 21 set 2023

RIGONATTI, Sérgio P. História dos tratamentos biológicos. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo 31 (5); 2004. p. 210-212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/W5SkG4fvkxP5rsw6M9YDcBB/?format=pdf> Acesso em 31 ago 2023.

ROCHA, Helenice. A Ditadura Militar (1964-1985) nas narrativas didáticas brasileira. Espacio, Tiempo y Educación, ISSN-e 2340-7263, Vol. 2, Nº. 1, 2015 (Ejemplar dedicado a: Libros de texto y sociedades: entre didáctica, política, cultura y mercado), págs. 97-120. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4992796> Acesso em: 01 set. 2023

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/> Acesso em: 3 set 2023.

SANTOS, Glaucya Núbia Barros. Neoliberalismo e seus Reflexos na política de saúde no Brasil. Anais 7º Seminário Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Maceió. 2017

SCHAFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 22 ago 2023

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169- 1187. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em 27/08/2023

SILVA, Ana Beatriz de Souza; SILVA, Zulai Ayo Rosa; LIMA, Luany Soaeres. Liga Brasileira de Higiene Mental. WikiHP. Brasil, 2021. Disponível em: <http://wiki.historiadapsicologia.com.br/index.php?title=Liga_Brasileira_de_Higiene_Mental>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, Elizangela Samara; MOURA, Viviane Guedes Gonçalves. Crise Capitalista e Política de Saúde Pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 19, n. 1, 2015. p. 103-115. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3211/321143201007.pdf> Acesso em 24 set 2023

TORRACA, Lia Beatriz Teixeira. Resenha do Livro Aporofobia, El rechazo al pobre, de Adela Cortina. Revista da Associação dos Antigos Alunos de Direito da UFRJ. v. 1, n. 1, 2020, jan/jun, p. 92. Disponível em: <http://revistaalumni.com.br/index.php/revistaalumni/article/view/1/7> Acesso em: 4 out. 2023

VILAR, Pierre. (1999). Prólogo. In Iniciación al Vocabulario del Análisis Histórico (p.12). Barcelona, Espanha: Editorial Crítica. Disponível em: <https://introduccionalahistoriaunlp.files.wordpress.com/2016/03/vilar-iniciaci3b3n-cap1.pdf>
Acesso em: 17 set 2023

REFERÊNCIAS DA PESQUISA DOCUMENTAL

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Relatório Final 9ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, 2015. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1Nzfm8TrDdm9cMdoT177vYVYPo6Q_FwVy/view?usp=sharing
Acesso em: 10 mai 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Relatório Final 10ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019 (2019a). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1efXGR1jifhyOYUOldacmL6WRoYEgiLVz/view?usp=sharing>
Acesso em: 10 mai 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Relatório Final 11ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1KauUAi9eZz6B8kSLAgUUpaMJhiVG-k5/view> Acesso em: 10 mai 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Relatório Final Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/19LuoObFFzNs2YDvsvy3pRreufQdPcB53L/view?usp=sharing>
Acesso em: 12 mai 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Relatório Final 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis, 2021 (2021a). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1urljk-j06hv07eBjYlrT8UHHE2TG22Z7/view?usp=sharing> Acesso em: 12 mai 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 170ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019 (2019b). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1579783512.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 176ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2020 (2020a). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1606775710.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 178ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019 (2019b). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1624992707.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 183ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2020 (2020c). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1643228277.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 198ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2021 (2021b). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1650490961.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 204ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2022 (2022a). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1656696872.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 205ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2022 (2022a). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1659552750.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 206ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2022 (2022c). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1662400833.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 207ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2022 (2022d). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1666267813.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 216ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023 (2023a). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1692906906.pdf> Acesso em: 24 out 2023

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Ata da 217ª Sessão Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023 (2023b). Disponível em: <https://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1692906994.pdf> Acesso em: 24 out 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2017. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/04_10_2017_19.19.02.2111c40ac1b1a1a45a4df7fcbb1aaad9.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/13_01_2023_14.58.25.d4b1cb36a18d33e57cbf258bb14a13ee.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2018. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.55.33.af976831840830dd669b30647fe4de92.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.56.02.ae04d55e7cbcf3a04153954e806a3115.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2020. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.56.33.d1d1a664c9ddff1f25d750ef1016e932.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: http://pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/12_01_2023_17.57.04.412be38d31f7dc74a81b55e68552197b.pdf Acesso em: 05 mai 2023

FLORIANÓPOLIS. Secretária Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2022. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Relatorio%20final.pdf> Acesso em: 05 mai 2023

OBSERVATÓRIO SUS. Informativo nº.1: Núcleo Temático Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Observatório SUS. Florianópolis, maio de 2022