

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Nínive Nogueira Simões Guimarães

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS: caminhos e desafios para o cuidado em liberdade

Belo Horizonte
2025

NÍNIVE NOGUEIRA SIMÕES GUIMARÃES

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS: caminhos e desafios para o cuidado em
liberdade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Políticas de Saúde
Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Me. Priscilla Victória Rodrigues
Fraga

Belo Horizonte

2025

G963r

Guimarães, Nínive Nogueira Simões.

Reforma psiquiátrica e SUAS: caminhos e desafios para o cuidado em liberdade. Nínive Nogueira Simões Guimarães. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

44 f.

Orientador(a): Priscilla Victória Rodrigues Fraga.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Assistência Social. 3. Saúde Mental.
4. Pessoas em Sofrimento Mental. I. Fraga, Priscilla Victória Rodrigues.
II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 30.5

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nínive Nogueira Simões Guimarães

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS: caminhos e desafios para o cuidado em liberdade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

APROVADA EM 23/05/2025

BANCA EXAMINADORA

Luzmarina Morelo
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Me. Olga Inah Inare Aquino Ribeiro
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG

Me. Priscilla Victória Rodrigues Fraga (Orientadora)
Instituto René Rachou – Fiocruz Minas e
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte
2025

*Dedico este trabalho a Sueli Aparecida
Rezende (in memoriam) e a todos que
resistiram na pele e com a pele às
violências e barbáries dos manicômios.*

*Dedico também a minha filha, Melissa,
que estou gerando nesse processo, que
me deu mais um motivo para lutar por
uma sociedade sem manicômios.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, dono dos meus dias, que me proporcionou a maravilhosa oportunidade de cursar a especialização e me sustentou em cada momento da jornada.

Agradeço ao meu marido, companheiro e parceiro de vida, Nathan, por me incentivar, apoiar incondicionalmente, assumir as tarefas integralmente para que eu pudesse me dedicar aos estudos e principalmente por sonhar comigo e me fazer voar.

Agradeço aos meus pais, Mariana e Edson, por todo suporte emocional, espiritual e financeiro. Minha imensa gratidão também ao meu irmão Jhow, cunhada Jo e sobrinho mais amado desse mundo, Joabe, mesmo distante você foi meu respiro e inspiração nos dias difíceis. Também quero honrar meus sogros, Nilce e Vandirlei, por serem amparo e cuidado.

Ao meu primo e amigo Sérgio, que me acolheu em seu lar com todo carinho e aconchego durante as aulas presenciais em todo o curso, obrigada por me aturar e me ajudar nesses 18 meses. A você minha gratidão e admiração.

Agradeço às minhas fieis escudeiras, colegas de turma e agora amigas da vida, Aruana e Thaiany, pelos almoços, trocas, alegrias e pelo cuidado comigo e também Melissa, ela saberá o quanto foi paparicada e protegida por vocês. Estendo a todos os colegas e docentes, cada um, à sua maneira, tornou esse processo mais transformador e potente para minha vida pessoal e profissional. Agradeço também a todos os militantes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, sem vocês, não estaríamos aqui.

Finalmente, agradeço à minha orientadora Priscilla, você foi sensacional em me conduzir, muito obrigada por sua generosidade e paciência comigo.

“Ô Sô Manel tenha compaixão, tira nós todas dessa prisão, estamos todas de azulão lavando o pátio de pé no chão. Lá vem a ‘boia’ do pessoal, arroz cru e feijão sem sal e mais atrás vem o macarrão, parece cola de colar balão e mais atrás vem a sobremesa, banana podre em cima da mesa, e mais atrás vem as ‘funcionária’, que são as puta mais ordinária”.

Música de Sueli Aparecida Rezende, cantada dentro das prisões do manicômio, enquanto interna do Hospital Colônia em Barbacena/MG.

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um ensaio sob a perspectiva de um estudo qualitativo, que buscou investigar as possíveis contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no acompanhamento das pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A motivação e inquietações para estudar a temática surgiram a partir dos questionamentos enquanto ex-trabalhadora do SUS, atual trabalhadora do SUAS e dos relatos percebidos das realidades locais da Turma 2023-2025 da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial – da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG, em relação às dificuldades e obstáculos percebidos referentes à política de assistência social quando trata-se de usuário em sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. No primeiro momento foi realizado um levantamento do percurso histórico da RPB, seguido da sistematização dos seus princípios e diretrizes construídos ao decorrer desse processo. Em seguida, aplicou-se o mesmo processo em referência a construção do SUAS, sistematizando seu o percurso histórico, princípios e diretrizes. Por fim foram analisadas as semelhanças e relações entre RPB e SUAS. Para essa análise final foi elaborada uma tabela comparativa, em seguida os princípios e diretrizes foram categorizados em três tipos: Direitos Humanos, Direitos de Cidadania, Organização e Sistematização da Assistência, com vistas a facilitar a visualização, análise e compreensão dos resultados deste estudo. Como resultado o estudo evidenciou que não há contradições ou dissonâncias entre os princípios e diretrizes da RPB (que direciona a política de saúde mental atual no SUS) e o SUAS, e para além disso, percebe-se grandes relações em seus princípios fundamentais, apontando a possibilidade de ganhos assistenciais para o SUAS com uma aproximação com a RPB.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Assistência Social, Saúde Mental, Pessoas em sofrimento mental.

ABSTRACT

This work is an essay from the perspective of a qualitative study, which sought to investigate the possible contributions of the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) to the Unified Social Assistance System (SUAS) in the monitoring of people in mental distress and/or who make harmful use of alcohol and other drugs. The motivation and concerns to study the subject arose from questions as a former SUS worker, current SUAS worker and the reports perceived from the local realities of Class 2023-2025 of the Specialization in Mental Health Policies and Psychosocial Care - of the School of Public Health of Minas Gerais - ESP/MG, in relation to the difficulties and obstacles perceived regarding the social assistance policy when it comes to users in mental distress or with needs arising from the harmful use of alcohol and other drugs. First, a survey of the history of the RPB was carried out, followed by a systematization of its principles and guidelines built up during this process. The same process was then applied to the construction of the SUAS, systematizing its history, principles and guidelines. Finally, the similarities and relationships between the RPB and the SUAS were analyzed. For this final analysis, a comparative table was drawn up, after which the principles and guidelines were categorized into three types: Human Rights, Citizenship Rights, Organization and Systematization of Assistance, with a view to facilitating the visualization, analysis and understanding of the results of this study. As a result, the study showed that there are no contradictions or dissonances between the principles and guidelines of the RPB (which directs current mental health policy in the SUS) and the SUAS, and furthermore, there are great relationships in its fundamental principles, pointing to the possibility of assistance gains for the SUAS with a rapprochement with the RPB.

Keywords: Psychiatric Reform, Social Assistance, Mental Health, People suffering from mental illness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	35
----------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNSMI - Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESP/MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pan, Não-binárias e mais.

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MTSM - Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial

NOB – Norma Operacional Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PSB – Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo Geral.....	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
4. DESENVOLVIMENTO.....	14
4.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve contexto histórico.....	14
4.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira: princípios e diretrizes antimanicomiais.....	23
4.3. Sistema Único da Assistência Social: breve contexto histórico.....	27
4.4. Sistema Único de Assistência Social: diretrizes e princípios.....	30
4.5. RPB e SUAS: relações e semelhanças.....	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB é um processo político e social complexo, operacionalizado por vários atores sociais, que propõe uma crítica radical à hegemonia do saber psiquiátrico e à violência dos manicômios, construído sob o pérfido argumento de tratamento aos que apresentavam algum sofrimento mental, considerados “doentes mentais”, quando na verdade era um instrumento de controle social, encarceramento, exclusão e morte daqueles que não se encaixavam na ordem social vigente. As mudanças propostas pela RPB não são direcionadas somente à dimensão da assistência em saúde às pessoas com transtornos mentais, mas principalmente aos valores culturais e sociais, saberes e práticas, legislações, relações sociais e institucionais (Amarante, 1995; Lobosque, 2020).

A Assistência Social, constituída como política pública, direito do cidadão e dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), compõe o tripé da Seguridade Social juntamente com Saúde e Previdência Social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. A Assistência Social tem por objetivo ofertar proteção social e seguranças socioassistenciais aos cidadãos, para garantia de direitos e condições dignas de vida sendo materializada através da Política Nacional de Assistência Social - PNAS em 2004, organizada e gerida por meio do Sistema Único de Assistência Social - SUAS instituído em 2005 (Brasil, 1993; PNAS, 2004; NOB/SUAS, 2005). De acordo com a Norma Operacional Básica - NOB/SUAS (2012) a Política de Assistência Social “ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social” (p.16), em seus princípios preconizado o respeito à dignidade do cidadão.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) aconteceu em Brasília em 2010, foi pela primeira vez, intersetorial, a partir de um reconhecimento expresso em seu Relatório Final (2010), que reconhece que as necessidades em saúde mental exigem “de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado” (Ministério da Saúde, 2010, p.7).

Apesar, dos esforços da IV CNSMI em invocar a centralidade da

intersectorialidade no cuidado e elencar propostas e estratégias práticas para sua consolidação, no cotidiano dos serviços percebo essa realidade ainda distante, conforme relatos apreendidos das realidades locais da Turma 2023-2025 da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial – da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG, bem como pelas vivências e reflexões enquanto trabalhadora do Sistema Único de Saúde - SUS, em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I e atualmente trabalhadora do SUAS.

Por vezes as discussões e tratativas dos casos que envolvem questões de saúde mental levantam questionamentos e apontam para as dificuldades e desafios não somente da prática da intersectorialidade como princípio do SUS e do SUAS e articulação em rede, mas também para o fato de que não é a mesma lógica que permeiam as reuniões e estratégias para o cuidado e as garantias dos direitos das pessoas que apresentam algum sofrimento mental ou fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, predominando a lógica conservadora e manicomial, principalmente por parte dos trabalhadores do SUAS, distantes dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Assim, é notória a necessidade das diretrizes e princípios da RPB estarem em diálogo e consolidados nas outras políticas públicas, além do SUS. Por isso, diante desta problematização, o seguinte questionamento se faz presente: Como o SUAS pode se apropriar de elementos da Reforma Psiquiátrica Brasileira para avançar no cuidado às pessoas em sofrimento mental, que dependem dos seus serviços?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Investigar as possíveis contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no acompanhamento das pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

2.2. Objetivos específicos

- Investigar e elencar as bases estruturais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Estabelecer as relações e semelhanças entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Analisar os desafios e potencialidades da Reforma Psiquiátrica

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Conforme Ruiz (1985), método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos fatos ou na procura da verdade” (p.131). O método a ser utilizado nesta pesquisa será o do grego *dialektos*, que significa debate, forma de discutir e debater. A dialética é um debate de astúcia, onde se procura derrubar o argumento dos adversários, muito empregado na *Grécia antiga*. Conforme Oliveira (1997, p. 67), o método dialético é: “um processo de comunicação que prende muito a atenção das pessoas em virtude da habilidade dos protagonistas.” É, pois, um método que penetra o mundo dos fenômenos, por intermédio de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade, cujas circunstâncias, supõem uma atitude sólida em relação ao fenômeno e estão restritas a um campo específico (Cruz e Ribeiro, 2000). A escolha do método dialético se deu por possibilitar o pesquisador a trabalhar sempre considerando a contradição e o conflito e de apreender, ao longo do percurso da pesquisa, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolve o objeto de estudo.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002) “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas” (p.22) e serve para que os dados obtidos sejam analisados indutivamente e para que seja atribuído significado aos fenômenos interpretados. É um tipo de abordagem que trabalha com aspirações, valores, crenças, motivos, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

A modalidade escolhida para desenvolvimento do trabalho é o ensaio, que segundo Meineghet (2011) é como “quadro de orientação acerca de um ponto de vista, contextualizado numa dada situação e historicamente situado” (p.335), apresenta opinião e reflexões do autor sobre um tema e conta com argumentos para fundamentá-lo a partir de elementos teóricos que se articulam com a prática. Tem uma “função interativa, a de provocar o diálogo com seus pares sobre um dado ponto de vista” (p.335).

Para fins de análise foi elaborada uma tabela, para categorizar os princípios e diretrizes estudados, dividida em três categorias: Direitos Humanos, Direitos de

Cidadania, Organização e Sistematização da Assistência, com vistas a facilitar a visualização e compreensão dos resultados deste estudo.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve contexto histórico

Início este tópico com o conceito central da Reforma Psiquiátrica a fim de elucidar a proposta:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

A RPB se desenrola através de vários acontecimentos iniciados a partir de 1978, momento em que no Brasil diversos movimentos lutam a favor da redemocratização do país. A RPB tem como propulsora a crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental “órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental” (p.58). A DINSAN vivia um caos, não somente pelas condições de trabalho precárias, mas pelas violências vivenciadas por trabalhadores e pacientes das instituições psiquiátricas, principalmente no Rio de Janeiro. Assim, nasce o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, que denuncia as barbáries que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, não somente das condições trabalhistas, mas também da precariedade da assistência prestada à população (Amarante, 1995). O autor considera esse Movimento “o ator e sujeito político fundamental no projeto de reforma psiquiátrica brasileira” (p.57), pois é a partir do MTSM que “emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (Amarante, 1995, p.57).

O MTSM se organiza como espaço de luta, de caráter não institucionalizado e realiza todas as articulações necessárias para dar luz ao que acontece nos manicômios e reivindicações, como a regularização das condições trabalhistas, a alta demanda de consultas por turno, as críticas à cronificação do manicômio, uso

do eletrochoque e humanização dos serviços. O ano de 1978 foi marcado então, pelas denúncias e reivindicações nos aspectos: salariais - que fossem de acordo com a Consolidação das Leis de Trabalho - CLT (Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943); a formação adequada de recursos humanos; as modificações nas relações de poder e autoritarismo entre instituição/clientela/profissionais; um modelo médico-assistencial condizente com a medicina moderna e as péssimas condições de atendimento (Amarante, 1995).

Outro acontecimento importante destacado foi a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978 em Camboriú- SC, onde houve grande participação dos movimentos de saúde mental e emergiram as discussões a favor das mudanças relacionadas à política nacional de saúde mental. Nesse evento, foram levantadas questões como o repúdio à privatização do sistema de saúde; mudanças hospitalares, principalmente quanto ao autoritarismo de algumas categorias profissionais, ao processo de exploração da clientela e atendimentos precários à população; oposição à conjuntura política do país (período ditatorial); denúncia à universidade por deixar de exercer seu papel crítico para servir aos interesses do mercado da saúde e finalmente “o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica enquanto prática de controle e reprodução das desigualdades sociais” (Amarante, 1995, p.61).

Destaca-se ainda outro evento ocorrido em 1978 no Rio de Janeiro/RJ, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que conta com a presença de Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria. Franco Basaglia passa a ser fundamental para influenciar o pensamento crítico do MTSM. Os três pilares da crítica da tradição basagliana eram “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça; a origem de classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência” (Barros, 1994 apud Amarante, 1995, p.51).

Era necessário lutar pela transformação daquele cenário de morte em que os pacientes dos manicômios eram submetidos, isolados do mundo, enfrentavam condições precárias de higiene e alimentação, chegando à fome, além da violência brutal, traduzida pelos espancamentos, contenções, medicações abusivas, lobotomia e eletrochoques, considerados instrumentos de "tratamento". Assim, Amarante traduz o que é necessário a partir das grandes transformações

introjetadas por Basaglia que influenciam fortemente a RPB:

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que ela estabelece com o louco - por meio de trabalho, amizade e vizinhança - matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzido e consumido pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar sobre si, da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Nesse momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural (Amarante, 1995, p.52).

Na esteira dos eventos destacados por Amarante (1995), em 1979 em São Paulo ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A principal marca deste é o “repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão” e ainda “a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos como reduto dos marginalizados” (p.62). Neste momento, o MTSM passa a dar maior importância às formas da psiquiatria operar do que às reivindicações trabalhistas iniciais.

Destaca-se o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que aconteceu em Belo Horizonte em 1979, mais uma vez com a presença de Franco Basaglia e outros nomes importantes que pensavam reformas psiquiátricas ao longo do mundo. Lobosque (2020) menciona sua participação neste Congresso, à época como acadêmica de psiquiatria e destaca os debates essenciais do evento: “a crítica ao poder psiquiátrico, e à sua instituição, o manicômio; enfatizavam-se os aspectos essencialmente políticos que marcavam a condição do chamado doente mental; buscavam-se alternativas e propostas para romper com o modelo manicomial” (Lobosque, 2020, p.26).

Em 1980, mais dois eventos são destacados como fundamentais, na construção da RPB: O I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro/RJ e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Salvador/BA. O I Encontro Regional dá continuidade às discussões sobre a política nacional de saúde mental, a realidade político-social da população brasileira (regime ditatorial) e as violências ocorridas nas instituições psiquiátricas. Já no II Encontro Nacional surge a questão da defesa dos direitos das pessoas em tratamento psiquiátrico, através de representantes ou organizações que lutam pelos direitos

humanos.

São abordadas ainda as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarianização da medicina, do poder médico e da assistência médico-psiquiátrica em processo de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Critica-se o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Os determinantes das políticas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade são também temas que despertam muita preocupação nesse congresso (Amarante, 1995, p.63 e 64).

Destacam-se também os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, como fatos importantes no desenrolar da RPB. O I Encontro ocorreu em 1985 em Vitória/ES, com objetivo de discutir a assistência à saúde mental na região, visando à formulação da política nacional de saúde mental a partir do aperfeiçoamento das ações integradas de saúde mental num sistema único de saúde. O II Encontro ocorreu em 1987 em Barbacena/MG, com objetivo de avaliar os progressos alcançados desde o I Encontro e realinhar as propostas a fim de aprimorá-las, pensando, por exemplo, na ampliação da rede básica e de ambulatorios especializados, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, capacitação dos prontos socorros para atender às emergências psiquiátricas, para que assim a saúde mental fosse introduzida no sistema geral de saúde (Amarante, 1995).

Até o final da década de 80, foi possível traçar um retrato das mudanças na área da Saúde Mental com base nas ações do Ministério da Saúde. A política predominante que prevaleceu foi o modelo de assistência hospitalar privada, centrada no médico e na medicação, financiado pelo Estado, mesmo com discrepâncias discursivas (Disete e Costa-Rosa, 2007).

Em 1986 o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) por meio da Portaria Ministerial 3344, estabeleceu um grupo de trabalho para estabelecer e sugerir diretrizes operacionais na área de Saúde Mental através das Ações Integradas de Saúde (AIS) para a rede própria, contratada e credenciada. O objetivo principal era diminuir as internações psiquiátricas, fomentando o atendimento fora do ambiente hospitalar e de caráter intersetorial, o que os autores destacam como um

desdobramento da Reforma Sanitária¹ em movimento no Brasil (Disete e Costa-Rosa, 2007). O projeto AIS foi um embrião do SUS que posteriormente foi implementado, trazendo uma série de implicações político-administrativas para a estruturação das práticas em Saúde Mental (Cesarino, 1989 apud Disete e Costa-Rosa, 2007).

Outros marcos importantes na configuração da RPB foram as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). A I CNSM ocorreu em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, momento em que consolidaram as lutas da Reforma Sanitária sob o lema “Saúde direito de todos e dever do Estado”. Os temas principais da I CNSM foram: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. A I CNSM consolida a inserção dos princípios da reforma psiquiátrica nas diretrizes nacionais de saúde mental (Amarante, 1995).

A partir da I CNSM, os esforços em prol da Reforma Sanitária se tornaram mais fortes, tendo como principal objetivo a implantação e consolidação SUS com suas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização. O avanço do Movimento Sanitário foi acompanhado pelo MTSM e por outros grupos de Saúde Mental que promoveram vários eventos (Disete e Costa-Rosa, 2007).

Entre a I CNSM e II CNSM que ocorreu em 1992, há outros acontecimentos importantes que merecem atenção, como o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru/SP em dezembro de 1987. A denominação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial é introduzida quando os trabalhadores incorporam os usuários e seus familiares e se tornam protagonistas “dos novos rumos do movimento pela reforma psiquiátrica, os rumos da desinstitucionalização” (Amarante, 1995, p.89). O lema "Por uma sociedade sem manicômios" radicaliza a luta contra a violência nos manicômios. O que fica claro quando o MTSM declara:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos

¹ A Reforma Sanitária no Brasil é um movimento social liderado por profissionais e militantes da saúde que surgiu no contexto da ditadura militar no início da década de 70 que tem como proposta a democratização da saúde e culminou na consolidação do SUS (Santos, 2009).

claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta anti-manicomial impõe uma aliança com o movimento popular e classe trabalhadora organizada (Manifesto de Bauru, 1987, p.537).

Assim, ocorre realmente uma ruptura, na qual o MTSM retoma suas teses originais e reconhece a inviabilidade de uma simples mudança institucional, da mera atualização da psiquiatria e suas instituições, típica da trajetória institucionalista, de ocupação e aliança com o Estado. O movimento inicia uma nova fase, onde a questão da loucura e das instituições psiquiátricas é devolvida à sociedade, e a participação como técnicos é redefinida (Amarante, 1995).

Em 1987 foi criado o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, ainda atuando como um elo intermediário entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. Este CAPS conheceu novas práticas e absorveu saberes de diversas experiências históricas que se opunham à Psiquiatria Hospitalocêntrica, especialmente da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Este trabalho possibilitou a disseminação de diversas experiências semelhantes no Brasil. O CAPS é responsável pelos termos que, após a década de 80, designam o ideário e as práticas que substituem o modelo hospitalocêntrico: a Atenção Psicossocial (Disete e Costa-Rosa, 2007).

Ao ocorrer o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em 1989 em Santos/SP, “hospital psiquiátrico privado, onde se constata as piores barbaridades no “tratamento” dos internos” (Amarante, 1995, p.89) “a trajetória da desinstitucionalização assume caráter nacional” (p.89). Desta forma, possuem as condições ideais para implantação de um sistema substitutivo ao manicômio, surgindo os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), regionalizados, eram responsáveis pelo acolhimento e atendimento integral às demandas de sofrimento psíquico dos territórios em que se localizavam (Amarante, 1995; Disete e Costa-Rosa, 2007).

O encerramento das atividades da Casa de Saúde Anchieta e seus desdobramentos possibilitaram a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/MG), que previa principalmente os direitos de cidadania do doente mental, a extinção gradual dos manicômios e o direcionamento dos recursos públicos para atendimentos não-manicomial.

Outro evento que merece destaque foi a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina realizada em Caracas, em novembro de 1990. Segundo Disete e Costa-Rosa (2007), neste evento mais uma vez se criticou a função predominante e central dos hospitais psiquiátricos e reforçou que os tratamentos deveriam proteger a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos e civis; e a permanência do paciente em sua comunidade.

Não se pode deixar de citar os grandes avanços incorporados pela CF/88, que preconiza “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2016, p.118), estabelecido então o compromisso de um atendimento à saúde gratuito, integral e universal, diferente do modelo anterior, baseado no seguro social, em que somente quem possuía carteira de trabalho assinada teria a cobertura de serviços de saúde (Brasil, 2016). E também os avanços introduzidos pela Lei 8.080/1990 que instituiu o SUS e organizou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990).

Em 1992 ocorreu a II CNSM, as proposições centraram-se em três temas: rede de atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania. A partir desta Conferência os marcos conceituais de Atenção Integral e Cidadania são estabelecidos, o que referenciou os direitos, a legislação e o modelo de atenção municipalizada (Disete e Costa-Rosa, 2007). Com relação à cidadania é reafirmada a importância de reconhecer os usuários da saúde mental como sujeitos sociais, autores da sua história e a importância de mudar a relação entre eles e o poder público, através da legislação e através de espaços de participação em que os direitos dos usuários possam ser exercidos.

Finalmente, em abril de 2001 é aprovada a Lei 10.216/2001, derivada do Projeto original do Deputado Paulo Delgado (1989), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disete e Costa-Rosa (2007) enfatizam que “sua longa demora na tramitação e as emendas que recebeu, para ser viabilizada, que lhe subtraíram suas pretensões mais caras, são emblemáticas das dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica” (p.75). E essa lei é transformadora quando prevê o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito, buscando sua “recuperação pela inserção na família, no

trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária” (Disete e Costa-Rosa, 2007, p.75).

No final de 2001, ocorreu a III CNSM com o tema “Cuidar sim, excluir não”. Essa conferência representou o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, elaborando propostas e recomendações para efetivar e consolidar um modelo de cuidado em Saúde Mental totalmente substitutivo ao hospitalocêntrico (Disete e Costa-Rosa 2007).

Os autores supracitados também enfatizam o papel fundamental das Conferências de Saúde Mental como dispositivo para os avanços da RPB e transformações práticas no cuidado em saúde mental.

A análise das CNSM deixa confirmada uma certeza: quando acionadas, são capazes de atualizar a diversidade das pulsações transformadoras, a partir do nível local, dando, como nenhum outro dispositivo da Reforma Psiquiátrica, voz aos principais interessados na transformação: os sujeitos do sofrimento psíquico, seus familiares e a própria população (Disete e Costa-Rosa, 2007, p.72).

No fim de 2017 em Bauru/SP, foi realizado o Encontro de Bauru: 30 anos de Luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”, com a participação dos usuários, familiares, trabalhadores dos vários serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de representantes de organizações não governamentais, conselhos de classe, sindicatos. Esse encontro materializou a Carta de Bauru, documento que constatou os avanços do SUS e da política de saúde mental no Brasil, mas também trouxe à tona a realidade contemporânea, o agravamento de retrocessos provocados pelo capitalismo, pelo neoliberalismo² e por processos antidemocráticos. A carta manifesta que apesar desses graves retrocessos, “acesa e viva, mantém-se a nossa disposição de lutar contra tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a exploração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção” (Carta de Bauru, 2017, p.2).

Seguindo a partir da importância das Conferências, foram realizadas a IV

² O neoliberalismo propõe a mínima intervenção do Estado na economia, assim os agentes econômicos privados passam a ter o poder decisório com relação à sua forma de atuação, o que acarreta no processo de privatizações das empresas estatais, na flexibilização das leis trabalhistas, limitação dos gastos públicos com as políticas sociais e aprofundamento das desigualdades sociais (Menchise; Ferreira e Álvarez, 2023).

Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, em 2010, essa de suma importância para este trabalho, devido seu caráter intersectorial, debatendo a importância da articulação de todos os setores das políticas públicas para garantia de direitos, efetivação da cidadania e cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental. Amarante comenta que “apesar de ter sido convocada com a adjetivação de *intersectorial*, na verdade, foi mais interministerial que intersectorial, já que os participantes dos setores que não os da Saúde eram particularmente gestores públicos”. “Os participantes de movimentos sociais de outros setores não tiveram o espaço que lhes seria devido” (ENSP/ Fiocruz, 2024). Fica explícito aqui, um dos motivos dos princípios antimanicomiais não serem incorporados pelos outros setores, pois quando houve a oportunidade para esse alinhamento, o evento não atingiu a repercussão pretendida.

A V CNSM ocorreu depois de treze anos de intervalo, sendo realizada somente em 2023, através de muitas lutas, quando ocorre a volta do Partido dos Trabalhadores ao governo federal, após cenário político brasileiro de retrocessos e desmontes das políticas públicas, com fortes prejuízos desde o governo Temer (2016-2018) agravando-se com os descasos do governo Bolsonaro (2019-2022), com ênfase ao período de pandemia permeado por um negacionismo estimulado pelo governo federal. Neste período prevaleceu a discriminação de todos aqueles considerados “desprezíveis e excluídos”, os pobres, pretos, das periferias, pessoas em situação de rua, usuários de drogas, quilombolas, indígenas, mulheres, pessoas em sofrimento mental, população LGBTQIAPN+ (Lobosque, 2020).

Amarante (ENSP/Fiocruz, 2024) explica que apesar da demora para ser realizada, foi de suma importância a iniciativa das conferências livres temáticas, tornando possível “o ingresso de segmentos da diversidade cultural, social e política (população negra, população das periferias, população em situação de rua, idosos, LGBTQIAPN+, povos da floresta, povos indígenas, população do campo, pessoas com deficiência, as várias lutas identitárias”. No entanto, ele critica a falta de articulações desta Conferência com setores da Educação, Cultura, Trabalho e questões relacionadas à diversidade racial e de gênero. O tema foi “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. Algumas das propostas aprovadas foram: a garantia de acesso à saúde mental desde a Atenção Básica

(AB); a implementação da política de educação permanente e continuada para trabalhadores (as) da saúde mental; a ampliação e o fortalecimento das políticas públicas para o cuidado em liberdade; e a inclusão dos saberes populares construídos nos territórios enquanto estratégia de cuidado (Ministério da Saúde, 2023).

Diante desse panorama geral, ficam evidentes os papéis fundamentais de alguns atores no processo da Reforma Psiquiátrica que continua em andamento, pois teve um início, mas ainda encontra-se em movimento, haja vista a existência da cultura manicomial presente na sociedade brasileira, manifesta com hospitais psiquiátricos em pleno funcionamento, além das comunidades terapêuticas, que têm crescido no país e no imaginário social, como local adequado para tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Por isso a luta por uma sociedade sem manicômios se faz necessária e contínua, ainda que marcada por desafios, tensionamentos, retrocessos, apostas e possibilidades.

Não podemos perder de vista o legado dos movimentos sociais, principalmente o MTSM e a inserção dos usuários e familiares, constituindo o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, manifestando as resistências e lutas por mudanças no cenário nacional em espaços como Congressos, Encontros Regionais e Nacionais de Trabalhadores, Encontros de Coordenadores de Saúde Mental e principalmente nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, fundamentais nas conquistas e avanços na RPB que desfrutamos atualmente e que precisam ser continuamente sustentadas como espaços políticos de decisões e enfrentamentos aos retrocessos impostos pelo capitalismo, neoliberalismo e processos antidemocráticos.

4.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira: princípios e diretrizes antimanicomiais

Tomando por base três documentos: a Declaração de Caracas³, a Carta de Brasília 2005⁴ e o Consenso de Brasília de 2013⁵, que seguem em direção a um modelo de cuidado cidadão, em liberdade, com respeito à autonomia e garantias de

³ Resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina ocorrida em novembro de 1990, na cidade de Caracas, capital da Venezuela, temos acesso aos princípios e diretrizes que são comungados pelo contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁴ Elaborada na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, convocada pelo Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Panamericana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde com o objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990.

⁵ Resultado do I Encontro Regional de Usuários/as da América Latina, ocorrido no ano de 2013, em Brasília, realizado sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (OPS) em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, com a presença de vários países.

direitos das pessoas em sofrimento mental, segue abaixo alguns princípios que dialogam com a RPB expressos nestes documentos:

- O reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como sujeitos de direitos;
- A centralidade da dignidade da pessoa humana, respeito e proteção dos direitos humanos, civis, sociais e de cidadania;
- A construção de serviços substitutivos aos manicômios, serviços baseados no modelo comunitário de atenção, que garantem a defesa dos direitos humanos e inclusão social;
- A integralidade do atendimento com caráter multidisciplinar, onde não há fragmentação dos usuários, suas necessidades como um todo são consideradas e o saber médico não ser predominante;
- A participação dos usuários e familiares no planejamento, gestão e execução dos serviços que lhe são ofertados;
- Mobilização social de todos os atores envolvidos para melhora da saúde mental da população (Brasília, 2023).

Ao analisar os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental brasileiras, outros princípios e diretrizes se tornam evidentes. A I CNSM traz em seu bojo a análise sobre a saúde mental refletir as contradições do modo de produção capitalista e não a ter deslocada da conjuntura histórica, social, política, econômica e cultural da sociedade brasileira. Assim, reforça veemente o papel do trabalhador de saúde mental, que pode estar alinhado aos interesses da classe dominante ou entender que sua intervenção é simplesmente técnica e para isso então é necessário que seu papel seja redefinido e sua prática tome nova rota no sentido de moldar sua identidade ao lado das classes exploradas (Ministério da Saúde, 1988).

Desta forma, um princípio importante a ser evidenciado é a importância dos trabalhadores apropriarem-se das diretrizes antimanicomiais. Esta Conferência também apontou para a importância de uma ampla divulgação e discussão sobre a Reforma Sanitária, em todos os segmentos da população, valorizando assim os movimentos sociais.

Desde a I Conferência a prioridade é do estabelecimento de uma rede de serviços extra-hospitalar, composta por equipes multiprofissionais e caso houver necessidade de internação, que seja realizada em leitos psiquiátricos nos hospitais

gerais, ou seja, a premissa do cuidado em liberdade, mesmo que neste momento histórico ainda não houvesse o uso deste termo (Ministério da Saúde, 1988).

Neste ponto, é preciso destacar os princípios e diretrizes do SUS, que também são norteadores das políticas de saúde mental: a universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; equidade; participação da comunidade; direito à informação dos usuários sobre sua saúde; divulgação de informações quanto aos serviços e formas de acessá-los; descentralização político-administrativa; regionalização; hierarquização; cuidado centrado na pessoa; territorialização; resolatividade; ordenação da rede; longitudinalidade do cuidado; proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários (Brasil, 1990).

A II CNSM evocou mais uma vez a ética da autonomia e singularização das pessoas com transtorno mental em sua existência-sofrimento, vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades. Ampliou também o conceito de desinstitucionalização ao incorporar o enfrentamento da segregação, através da convivência dos diferentes e a desconstrução dos manicômios mentais. Desta forma, a desinstitucionalização constituiu a base da RPB. Vale ressaltar que os serviços devem operar na lógica do território, realizando ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental, com articulação dos recursos existentes nas comunidades, incluindo a valorização dos saberes (escuta e respeito aos saberes das culturas locais) e atenção informal em saúde realizada por religiosos, grupos de ajuda mútua, organizações de familiares, fomentando os princípios democráticos (Ministério da Saúde, 1994).

Outro princípio muito caro à Reforma Psiquiátrica é o envolvimento da família no cuidado ao usuário da saúde mental, seja para também ser cuidada, seja para fortalecer as potencialidades de quem é cuidado, através do vínculo e afeto (Ministério da Saúde, 1994). Indubitavelmente, nesta oportunidade foi levantado o direito (da pessoa em sofrimento mental) a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos” (Ministério da Saúde, 1994, p.10) o que atualmente se articula com o conceito de Recovery.⁶

⁶ Segundo Costa (2017, p.1) “O movimento recovery tem dois princípios fundamentais: que pessoas com um transtorno mental (independente da severidade) podem viver uma vida produtiva, mesmo enquanto manifestando sintomas, e que muitos vão recuperar do seu transtorno mental.”

Cabe ressaltar que a II CNSM dispensou atenção à temática de drogas, questionou a legislação e propôs alterar a perspectiva punitiva e coercitiva sobre as pessoas que usam drogas, já que a legislação penalizava os usuários, negligenciando o combate aos produtores e aos grandes traficantes e assim ofertar aos usuários assistência, tratamento e programas de prevenção, e cuidados em centros especializados (Ministério da Saúde, 1994). Outro aspecto significativo também tratado nessa Conferência é sobre a ampliação da informação aos usuários, como ferramenta para o exercício da cidadania, acesso aos direitos e aos bens e serviços públicos de saúde, divulgações e campanhas em larga escala, visando desconstruir a cultura manicomial e construir uma cultura antimanicomial, desmistificando a loucura e a periculosidade (Ministério da Saúde, 1994).

É preciso destacar que a base da RPB é a mudança do modelo hospitalocêntrico ao modo psicossocial, compreendido como um processo que envolve a criação de espaços de negociação para o paciente, sua família, a comunidade ao redor e os serviços que o atendem. A dinâmica dessa negociação está em constante movimento de acordo com os interesses e necessidades de todos envolvidos neste processo (Saraceno, 2001).

Assim, o modelo psicossocial orienta a Política Nacional de Saúde Mental, tendo a perspectiva do cuidado. Este modelo solidifica a autonomia de decisões dos usuários, oportuniza o direito da escolha, inclusive sobre o próprio tratamento e propicia aos usuários a luta por seus direitos, seja através de associações, cooperativas, entidades, formas de organização que possibilitam as diversas formas de existência.

Primordial salientar o caráter intersetorial da saúde mental, pois sem articulações com a política de habitação, de assistência social, educação, trabalho e renda, cultura, direitos humanos e outros; não é possível promover cuidado, efetivar direitos, assegurar liberdade e dignidade às pessoas em sofrimento mental, conforme preconiza a IV CNSM (Ministério da Saúde, 2010).

Finalizo esse tópico trazendo as principais diretrizes e princípios norteadores da Atenção Psicossocial, que é a protoforma da RPB, construídos ao longo desse processo da RPB e materializados na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de

2011⁷, que conduzem a Política Nacional de Saúde Mental: respeito aos direitos humanos, a promoção da cidadania, autonomia, inserções sociais, acolhimento das singularidades, atenção às pessoas e não às doenças, protagonismo dos usuários, a ética do cuidado em liberdade, em rede, intersetorial, territorializado e comunitário, ampliação das possibilidades de vida através do vínculo, desenvolvimento de estratégias de redução de danos, combate à estigmas e preconceitos, promoção de estratégias de educação permanente, participação e controle social dos usuários e seus familiares.

4.3. Sistema Único da Assistência Social: breve contexto histórico

As políticas sociais no Brasil são caracterizadas por subordinação a interesses econômicos e pouca efetividade social, portanto possuem baixa capacidade de impacto na desigualdade social e pobreza inerentes ao país, o que é ainda mais acentuado quando se trata da Assistência Social, concebida como não política, não sendo prioridade no conjunto de políticas públicas, devido ao seu histórico do favor, clientelismo, apadrinhamento e mando, enraizando-se com esse padrão na cultura brasileira. (Couto; et. al., 2014).

A assistência social sempre foi vista como prática de ajuda, de caridade, fraternidade, uma ação voluntária, sem lhe exigir a qualidade de um trabalho técnico profissional com suporte científico-metodológico (Sposati, 2007). A CF/88 ofereceu a oportunidade de reflexão e mudança, inaugurando um padrão de proteção social afirmativo de direitos que superasse as práticas assistenciais e clientelistas (Sposati, 2007).

A CF/88 ao introduzir a Assistência Social no campo da Seguridade Social definida como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social” (Brasil, 2016, p.117), passa a ser então política de Estado, não mais de cunho assistencialista e clientelista. A LOAS/1993 também contribuiu para essa mudança de paradigma ao transformar a Assistência Social em política de Proteção Social, de defesa dos direitos de quem dela necessitar, entendendo proteção social como provisão de meios, através de serviços e

⁷ 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).

benefícios sociais, que assegurem à vida, prevenção e minimização de riscos sociais e atendimento às necessidades básicas (Couto; Raichelis, Silva, Yazbek, 2014). Assim, as inovações introduzidas pela LOAS são: promoção de cidadania e democracia; direito não contributivo; papel central do Estado na universalização, acesso e garantia de direitos contando com a participação da comunidade e também o controle social para elaboração, execução e implementação das políticas sociais (Couto; et. al., 2014).

A introdução da assistência social no campo da seguridade social não resultou de um processo político pela ampliação do pacto social brasileiro. Não ficou claro, que essa decisão geraria novas responsabilidades públicas e sociais; que a assistência social não contributiva se estenderia para além da relação formal de trabalho ou ainda que se tratava de uma decisão política de alargamento da proteção social dos brasileiros, configurada como proteção à vida e à cidadania, para além do seguro social, ou seja, prevaleceu o pensamento de seguridade social através da Previdência Social, isto é, pelo seguro (com contribuição direta) e não pela cidadania ou justiça social. Assim, a assistência social foi instituída pelas “heranças institucionais” e não com base em um novo pacto social democrático e redistributivo (Sposati, 2007).

A política de assistência social foi incluída na CF/88 nos artigos 203 e 204, mas sua interpretação e explicação ainda não estão incorporadas pelo campo do Direito e da Justiça, de modo a exigir responsabilidades e obrigações do Estado e da Sociedade, tanto que não ocorrem penalidades para aqueles que não cumprirem sua efetivação. A CF/88 e a LOAS determinaram para o território nacional um novo entendimento da assistência social, mostrando que a assistência social tem o papel de fazer um trabalho sobre as necessidades da população brasileira, que deverá ser tratada por essa política como uma particularidade dentre as demais (Sposati, 2007).

A política de assistência social deve prover as necessidades humanas que são consequências das desigualdades sociais e econômicas.

Entende-se assistência social como política de garantias de direitos de prevenção e proteção social através de serviços, benefícios, programas, projetos, monitoramento e trabalhos sociais que: previnem/reduzem situações de risco social e pessoal; protegem pessoas e famílias vulneráveis e vitimizadas, independente de idade, sexo, raça, etnia, renda; criam medidas e possibilidades de ressocialização, reinserção e inclusão social; monitoram exclusões, vitimizações, vulnerabilidades e riscos sociais da população (Sposati, 2007, p.449 e 450).

A assistência social não é uma política pública contributiva, portanto, o cidadão não precisa contribuir diretamente para ter acesso, desta forma ela deve fornecer a proteção social básica, independente da contribuição financeira. Ela é uma proteção extensiva, que atende desde os que estão em situação de rua, sem ter endereço ou domicílio fixo, atendendo também a população domiciliada. Os indivíduos que por algum momento estão passando por um período de fragilidade dos vínculos sociais se amparam das garantias e dos benefícios, programas e projetos oferecidos pela assistência social (Sposati, 2007).

A demora de cinco anos entre a Assistência Social inserida na CF/88 e a regulamentada pela LOAS/93 se dá pela “incompatibilidade entre ajustes estruturais da economia e investimentos sociais do Estado”, pois são legitimados “pelo discurso e pela sociabilidade engendrados no âmbito do ideário neoliberal, que reconhecendo o dever moral de socorro aos pobres não reconhece seus direitos.” (Couto; et. al., 2014, p.57).

Pois, se por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da desigualdade social, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais coloca em andamento processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo social. (Couto; et. al., 2014, p.57).

A década de 90 é marcada pela “emergência de ‘modernas’ e focalizadas práticas filantrópicas que descaracterizam direitos, despolitizam os conflitos sociais e desmontam a universalidade das políticas sociais públicas.” (Couto; et. al., 2014, p.59), o que significa que a Assistência Social enquanto política de seguridade social enfrenta grandes desafios impostos pelo neoliberalismo para sua real efetivação, esse enfrentamento acontece através das resistências e articulações entre seus atores que apostam no controle social (Couto; et. al., 2014).

Esse contexto de luta e resistência é manifesto então, vinte e um anos após a aprovação da LOAS, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 15 de outubro de 2004 pela Resolução 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), publicada no Diário Oficial da União em 28 de outubro de 2004, que enfim, tem por objetivo materializar as diretrizes e princípios da Política de Assistência Social enunciados na CF/88 e LOAS/93. Seguiu-se à PNAS a

construção e regulamentação nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) aprovado pelo CNAS através da NOB nº 130 em 15 de julho de 2005. Assim, a PNAS e o SUAS, são frutos da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília em dezembro de 2003 (Couto; et. al., 2014).

Desta forma, a PNAS não deixa dúvidas que a Assistência Social é o pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social e que para sua efetivação é necessário concebê-la como responsabilidade do Estado e direito de cidadania, fundamentada no modelo de gestão compartilhada no pacto federativo, onde são descritas as atribuições e competências em cada um dos três níveis de governo na oferta de serviços socioassistenciais (Couto; et. al., 2014).

Assim, há três funções que alicerçam o SUAS: a Proteção Social, a Vigilância Socioassistencial e a Defesa de Direitos.

A Proteção Social, operacionalizada pela assistência social envolve a garantia de um conjunto de seguranças dinamicamente articuladas afiançadas pelo SUAS: segurança de acolhida; segurança social de renda; segurança de convívio (familiar e comunitária); segurança de desenvolvimento da autonomia e a segurança de benefícios materiais ou em pecúnia (Brasil, 2012).

A Vigilância Socioassistencial, dentre várias ações, deve monitorar, acompanhar e analisar os riscos e as vulnerabilidades sociais no território, além de avaliar a cobertura dos serviços, com objetivo de identificar as necessidades sociais emergentes e como os serviços são distribuídos e acessados pela população. Esse monitoramento permite que as ações sejam planejadas, avaliadas e que realmente atendam às realidades dos territórios (Brasil, 2012).

E por fim, a Defesa de Direitos remete aos direitos socioassistenciais a serem assegurados na operação do SUAS a seus usuários, dentre eles: direito ao atendimento digno, ausente de procedimentos vexatórios; direito à informação, direito ao protagonismo e manifestação de seus interesses, direito à oferta qualificada de serviço (Brasil, 2012).

Diante desse breve contexto, é importante ressaltar que o SUAS encontra-se em movimento para sua consolidação e efetivação em todo o território nacional e nesse processo carrega a missão de romper com a cultura de benemerência, caridade e filantropia atreladas à Assistência Social e realmente elevá-la à política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e

Previdência Social, pois apesar das legislações assegurarem tal realidade, ainda é uma construção em andamento no país, ainda mais diante do cenário atual de fortalecimento do capitalismo e neoliberalismo.

4.4.Sistema Único de Assistência Social: diretrizes e princípios

O SUAS está voltado para organização de todos os serviços, benefícios e ações de assistência social em todo Brasil, seja de caráter permanente ou eventual, “executados e providos por pessoas jurídicas de direitos público sob critério de universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil” (Couto; et. al., 2014, p.61).

Assim, os princípios organizativos do SUAS, expressos no art. 3º da NOB/SUAS 2012 (Brasil, 2012), são:

- Universalidade: todos que necessitarem têm direito à proteção socioassistencial, sem discriminação ou comprovação vexatória;
- Respeito à dignidade e autonomia do cidadão;
- Gratuidade: não há contribuição direta do cidadão;
- integralidade da proteção social: oferta das ações em sua completude, por meio da articulação;
- Intersetorialidade: integração e articulação entre as políticas públicas e outros setores;
- Equidade: respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão, priorizando quem mais precisa, ou seja, aqueles que estiverem em situações de vulnerabilização, risco pessoal e social.

Analisando o preconizado no artigo 5º expresso na NOB/SUAS é possível identificar as seguintes diretrizes estruturantes do SUAS:

- I- primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social;
- II - descentralização político-administrativa e comando único das ações em cada esfera de governo;
- III - financiamento partilhado entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- IV - matricialidade sociofamiliar;
- V - territorialização;
- VI - fortalecimento da relação democrática entre Estado e sociedade civil;
- VII - controle social e participação popular. (Brasil, 2012, p.17).

É importante destacar o princípio da intersetorialidade, considerando que as situações enfrentadas nos cotidianos dos serviços são geradas por condições

multicausais, portanto, para o enfrentamento das desigualdades sociais, é fundamental a articulação entre as políticas públicas de modo a superar a fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população, ou seja, a intersectorialidade deve transcender o caráter específico de cada política e potencializar as ações por elas desenvolvidas, visando um atendimento menos compartimentado dos usuários, que dependem dos acessos a serviços sociais públicos para enfrentarem problemas complexos impossíveis de serem analisados de modo isolado. Apesar de ser um princípio de caráter orientador da construção das redes municipais, a intersectorialidade permanece como um desafio e por vezes fica a mercê da vontade e decisão políticas dos agentes públicos, quando deveria ser um processo de pactuação entre as políticas setoriais para ampliação do acesso aos direitos (Couto; et. al., 2014).

As diretrizes “primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social” e “fortalecimento da relação democrática entre Estado e sociedade civil” estão diretamente relacionadas uma vez que a sociedade civil é parceira, de forma complementar na oferta de benefícios, projetos, programas e serviços de Assistência Social e também tem o papel de exercer o controle social, porém sendo o Estado o responsável e principal condutor da política de assistência social. Não há substituição do Estado, mas uma sinergia entre o poder público e a sociedade nas decisões políticas tomadas para a efetivação da assistência social em cada esfera de governo (Brasil, 2005).

A diretriz do controle social e participação popular vem se articulando com as diretrizes citadas anteriormente, uma vez que para efetivar a garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais, é necessário o controle do Estado exercido pela sociedade, de acordo com a compreensão de controle social expressa na CF/88, enquanto “instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político administrativa-financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado” (Brasil, 2005, p.51).

No SUAS os espaços principais onde ocorrem o controle social e participação da sociedade são nos conselhos e conferências. Os conselhos são colegiados permanentes, composição paritária (representação da sociedade civil, os usuários ou organizações de usuários, entidades e organizações de assistência social,

trabalhadores do setor), são deliberativos, consultivos, fiscalizadores, responsáveis por formular e controlar a política de assistência social em cada nível de gestão. As conferências ocorrem periodicamente com intuito de discutir, avaliar e definir diretrizes para a política, verificar os avanços ocorridos num espaço de tempo determinado e lançar propostas a serem implantadas/implementadas (Brasil, 2005).

A territorialização é uma diretriz preciosa ao SUAS, pois o entendimento do território como espaço onde ocorrem as interações e relações sociais, onde também se evidenciam as necessidades sociais e ao mesmo tempo as formas de resistências, enfrentamentos e lutas coletivas, “implica no tratamento da cidade e de seus territórios como base de organização do sistema de proteção social básica ou especial, próximo ao cidadão” (Couto; et. al., p.64).

Outra diretriz que merece destaque é a matricialidade sociofamiliar, considerando o conceito de família como “conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consangüíneos, afetivos e, ou, de solidariedade” (Brasil, 2005, p.41), a PNAS também analisa a família como um espaço de proteção e socialização que cuida de seus integrantes, mas que também precisa ser cuidada e protegida ao mesmo tempo em que também é marcada por conflitos e desigualdades. Não se pode perder de vista que as transformações na sociedade contemporânea, impostas pela ordem econômica, precarização do trabalho, a lógica individualista pregada pelo neoliberalismo acarretam mudanças significativas na organização das famílias brasileiras, como por exemplo, o “enxugamento dos grupos familiares (famílias menores), uma variedade de arranjos familiares (monoparentais, reconstituídas), além dos processos de empobrecimento acelerado e da desterritorialização das famílias gerada pelos movimentos migratórios” (Brasil, 2005, p.42), esses fenômenos aliados às particularidades das desigualdades da estrutura socioeconômica brasileira vão impactar diretamente nos processos de vulnerabilizações dessas famílias, exigindo que desenvolvam estratégias de relações entre seus membros cada vez mais complexas para sobreviverem, provando que as condições de vida de cada indivíduo dependem mais da situação que caracteriza sua família do que a própria condição específica. Por isso, para que a família exerça sua função protetiva é necessário que o Estado garanta as condições para tal, “nesse sentido a formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos” (Brasil,

2005, p.41), pois a aposta é no conjunto protetivo da Seguridade Social.

Dentre os quinze princípios éticos para oferta da proteção socioassistencial no SUAS, preconizados no artigo 6º da NOB/SUAS 2012, destacam-se cinco, primordiais para este trabalho:

- I - defesa incondicional da liberdade, da dignidade da pessoa humana, da privacidade, da cidadania, da integridade física, moral e psicológica e dos direitos socioassistenciais;
- II- defesa do protagonismo e da autonomia dos usuários e a recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse ou ajuda;
- V - respeito à pluralidade e diversidade cultural, socioeconômica, política e religiosa;
- VI - combate às discriminações etárias, étnicas, de classe social, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras;
- XI - garantia incondicional do exercício do direito à participação democrática dos usuários, com incentivo e apoio à organização de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares, potencializando práticas participativas (Brasil, 2012, p. 17 e 18).

Esses princípios éticos, juntamente com os princípios organizativos e diretrizes norteiam todo o trabalho desenvolvido no SUAS. Os princípios organizativos de universalidade correspondem à ampliação do acesso, assegurando dignidade e autonomia dos usuários; a integralidade se refere à prática de estar atento ao usuário em todas as dimensões da vida, evitando sua fragmentação alinhado à intersetorialidade que possui um papel estruturante da política, a fim de atender não somente as demandas dos usuários, mas suas necessidades e garantia de direitos, bem como a equidade, que prioriza quem mais necessita, respeitando as diversidades e especificidades de cada um.

As diretrizes realçadas como a matricialidade sociofamiliar; territorialização; controle social e participação popular são os pilares para o trabalho no SUAS, no enfrentamento das desigualdades sociais, pobreza, exclusão social e proporciona à Assistência Social ferramentas que dialogam com a promoção de cidadania, democracia, acesso à direitos, emancipação e protagonismo dos usuários e suas famílias. Por fim, os princípios éticos como defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana; defesa do protagonismo e autonomia; respeito às pluralidades e diversidades; combate a todo tipo de discriminação e garantia do direito de participação democrática dos usuários, precisam realmente estar presente nos serviços do SUAS, para que sejam promotores de vida e não violadores de direitos, uma vez que são fundamentais na construção de uma sociedade mais justa e

equânime, além de todos conversarem entre si e também com RPB.

4.5. RPB e SUAS: relações e semelhanças

Para fins de análise das similaridades entre os princípios e diretrizes da RPB e do SUAS, segue uma tabela comparativa onde foram organizados em três categorias as diretrizes e princípios identificados para facilitar a visualização e compreensão. A primeira categoria - Direitos Humanos - engloba os direitos universais inerentes ao ser humano em todos os lugares, que devem ser assegurados pelo Estado tanto individualmente, como coletivamente. A segunda - Direitos de Cidadania - se refere ao conjunto de direitos de pertencer a um país e reflete a democracia e participação enquanto cidadão na sociedade, já a última categoria - Organização e Sistematização da assistência - abrange os princípios e diretrizes que servem como fundamento para o funcionamento dos serviços e sob qual lógica devem operar.

Tabela comparativa entre os princípios e diretrizes da RPB e do SUAS

Categoria	Princípios e Diretrizes	Área correspondente
Direitos Humanos	Pessoas com transtornos mentais são sujeitos de direitos	RPB
	Centralidade da dignidade da pessoa humana	RPB e SUAS
	Liberdade	RPB e SUAS
	Acesso aos direitos e aos bens e serviços públicos de saúde e socioassistenciais	RPB e SUAS
	Singularização das pessoas com transtorno mental em sua existência-sofrimento	RPB
	Respeito à autonomia de decisões, protagonismo e direito de escolha	RPB e SUAS
	Defesa da privacidade, da cidadania, da integridade física, moral e psicológica e dos direitos	RPB e SUAS
	Recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse ou ajuda	SUAS
	Combate às discriminações etárias, étnicas, de classe social, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras. Combate à estigmas e preconceitos	RPB e SUAS
	Respeito à pluralidade e diversidade cultural, socioeconômica, política e religiosa	RPB e SUAS
Direitos de Cidadania	Participação dos usuários e familiares no planejamento, gestão e execução dos serviços que lhe são ofertados; a mobilização social de todos os atores envolvidos	RPB e SUAS
	Garantia incondicional do exercício do direito à participação democrática dos usuários, com incentivo e apoio à organização de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares, potencializando práticas	RPB e SUAS

	participativas	
	Divulgações e campanhas em larga escala, visando desconstruir preconceitos e a cultura manicomial	RPB
	Construir uma cultura antimanicomial desmistificando a loucura e a periculosidade	RPB
	Direito à informação dos usuários sobre seu acompanhamento na política pública, incluindo condições de saúde, tratamento, acesso a benefícios e serviços socioassistenciais	RPB e SUAS
	Divulgação de informações quanto aos serviços e formas de acessá-los	RPB e SUAS
Organização e Sistematização da Assistência	Universalidade	RPB e SUAS
	Gratuidade	RPB e SUAS
	Integralidade de assistência	RPB e SUAS
	Equidade	RPB e SUAS
	Descentralização político-administrativa	RPB e SUAS
	Lógica do território	RPB e SUAS
	Envolvimento da família no cuidado/matricialidade sociofamiliar	RPB e SUAS
	Intersetorialidade	RPB e SUAS
	Controle social e participação popular	RPB e SUAS
	Diversificação das estratégias de cuidado	RPB
	Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos	RPB
	Trabalhadores apropriarem-se das diretrizes antimanicomiais	RPB
	Caráter multidisciplinar	RPB e SUAS
	Saber médico não é predominante	RPB
	Serviços baseados em modelos comunitários de atenção	RPB e SUAS

Fonte: elaborada pela autora

De uma forma geral, percebe-se grande similaridade nos valores que circundam os princípios da RPB e do SUAS, voltados para ampliação da cidadania, do reconhecimento da liberdade como valor central, da promoção da participação social nas políticas públicas e da busca pela efetivação dos direitos dos cidadãos. Na categoria Direitos Humanos podemos perceber que dos dez princípios e diretrizes destacados, sete são localizados tanto na RPB quanto no SUAS. Dos dois princípios localizados apenas na RPB, percebe-se que são específicos sobre pessoas em sofrimento mental, entretanto podem e devem ser apropriados pelo SUAS, considerando que esses também são públicos da política de Assistência Social.

Neste sentido, na prática de atuação no SUAS, por vezes percebo que esse público não recebe atendimento adequado sob o pretexto de já serem acompanhados por serviços no campo da saúde mental, desconsiderando as

multifacetadas de suas demandas e necessidades, a integralidade do cuidado e até mesmo sua singularidade. Por vezes o olhar é reduzido para a doença, não contemplando o sujeito biopsicossocial como um todo, o que reforça estigmas, preconceitos e reduz o acesso a direitos e benefícios, contrapondo-se a um dos atributos vitais das políticas públicas: ampliar o leque de opções e oportunidades para que os sujeitos possam escolher caminhos que melhor se adequem às suas necessidades e aspirações.

Por fim, o princípio que foi localizado apenas no SUAS, trata-se da recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse, podendo servir também à política de saúde mental, por mais que não seja comum o caráter caritativo na política de saúde, esse não deve permear as políticas públicas.

Na categoria Direitos de Cidadania, dos seis princípios e diretrizes listados, quatro são comuns à RPB e ao SUAS, possuindo relação ao funcionamento e acesso aos serviços, bem como à participação social dentro dos serviços considerando sua autonomia e protagonismo em seu acompanhamento nas políticas públicas. Os dois princípios relacionados apenas à RPB dizem respeito à desconstrução dos preconceitos relacionados à loucura e à cultura manicomial. Assim como na categoria anterior, esses princípios estão diretamente relacionados à realidade das pessoas que vivem em sofrimento mental, entretanto, também se revelam como deveres do SUAS enquanto sistema que deve promover e garantir direitos dos cidadãos, respeitando suas especificidades e particularidades conforme expresso na PNAS.

Entretanto, questiono como esse sistema pode se envolver na desconstrução dos preconceitos relacionados à loucura e à cultura manicomial se parece ser uma pauta tão distante? Um exemplo que percebo, no dia 18 de Maio temos o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, onde trabalhadores e usuários do SUS se organizam nos debates, ações e movimentos relacionados à Luta Antimanicomial. Já no SUAS, a mesma data é lembrada como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infantil no Brasil, sendo que os municípios se dedicam ao combate ao abuso e exploração sexual infantil, ou seja, não há integração, portanto não há engajamento e envolvimento dos trabalhadores na temática, reduzindo mais uma vez a Luta Antimanicomial ao âmbito da saúde mental. Assim, as oportunidades para desmistificação da loucura e periculosidade se tornam mais escassas para os

trabalhadores que não convivem diretamente com essa importante pauta que requer aproximação.

Na categoria Organização e Sistematização da Assistência, do total de vinte princípios e diretrizes destacados, treze são comuns à RPB e ao SUAS. Somente o princípio de Proteção Social cabe ao SUAS, mas entendemos que ela é sustentada através da Seguridade Social, portanto deve ser assegurada pela Assistência Social, Saúde e Previdência Social. Os seis localizados somente na RPB, que são: diversificação das estratégias de cuidado; saber médico não predominante, desenvolvimento de estratégias de redução de danos; trabalhadores apropriarem-se das diretrizes antimanicomiais; cuidado em liberdade, centrado na pessoa e atenção às pessoas e não à doença, são fundamentos e parâmetros que também devem direcionar a conduta dos trabalhadores do SUAS no atendimento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Importante destacar que não foram localizadas divergências, oposições ou incompatibilidades nos princípios e diretrizes entre RPB e o SUAS. Neste sentido, fica evidente os ganhos para a população em sofrimento mental usuária do SUAS a partir da possibilidade de incorporação de tais princípios na prática desses trabalhadores. Ao se alinharem aos princípios construídos coletivamente no movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro e da Luta Antimanicomial, os profissionais do SUAS poderiam estar mais preparados e atuar de forma mais adequada na efetivação de direitos desse público historicamente invisibilizado, contribuindo para a desconstrução da cultura manicomial, ainda tão presente na sociedade brasileira. É importante apontar que não basta a incorporação de tais princípios e diretrizes pelos trabalhadores do SUAS, mas é preciso pensar em caminhos que possibilitem aprofundar essas discussões no âmbito de gestão do SUAS, bem como construir estratégias de incorporação no cotidiano dos serviços, para concretização das mudanças de paradigmas e práticas almejadas, discutidas neste trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi provocado a partir das vivências enquanto ex-trabalhadora do SUS em um CAPS, atualmente atuando no SUAS e pelas constantes narrativas

vivenciada na turma 2023-2025 da Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial – da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG em relação às dificuldades de articulações entre SUS e SUAS quando se trata do atendimento à pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Por vezes sob a justificativa de que os serviços de saúde mental são os locais ideais para o acolhimento das demandas desses usuários. Passa-se despercebido que este cidadão também é usuário do SUAS e deve ser acolhido e atendido em suas necessidades no que diz respeito a essa política pública, não restringindo sua vida e relação com a cidade apenas com o estigma de “paciente do CAPS”. Tais práticas contribuem com a fragmentação do sujeito, dificultando a produção de cuidado e acesso à direitos, principalmente os direitos humanos e de cidadania.

No cotidiano, atuando como assistente social no SUS e SUAS, bem como a partir das trocas possibilitadas na turma da especialização, percebe-se medo e insegurança dos trabalhadores do SUAS que reproduzem de forma equivocada estigmas relacionados às pessoas com transtornos mentais, o que contribui com barreiras de acesso a esse público, por mais que não sejam barreiras explícitas. Tais situações podem-se revelar como violência institucional, que dificulta a ampliação de possibilidades de vida, pois além de viverem processos de preconceitos e discriminações pela sociedade, sofrem também dentro das instituições públicas. Ressalta-se que essas situações não deveriam acontecer, uma vez que os princípios e diretrizes que norteiam e fundamentam as práticas do SUAS são diferentes destas, como foi apresentado ao longo do trabalho.

Nesse estudo identifiquei alguns fatores que contribuem para as dificuldades e desafios da prática concreta da intersetorialidade, da articulação e compartilhamento em rede do cuidado do usuário com transtorno mental e/ou que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre eles, destaca-se a lógica do capital e neoliberalismo que tem regido a sociedade e é reproduzida na gestão pública e nos espaços institucionais, acarretando processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo das políticas públicas.

Outro fator identificado foi que apesar da ínfima participação dos movimentos sociais e trabalhadores de outros setores na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010, havendo a presença maior de gestores públicos,

não houve continuidade de diálogo e consolidação de práticas que aproximasse as demais políticas públicas da discussão em torno da luta antimanicomial.

Há ainda mais um elemento que contribui na fragmentação do cuidado, acesso e garantia de direitos das pessoas com transtorno mental no SUAS, que por vezes as relações intersetoriais não são institucionalizadas, mas são construídas por contatos particulares e arranjos entre trabalhadores, o que deixa o usuário à mercê de decisões políticas dos agentes públicos atuar de forma empenhada ou não nos casos que envolvem questões de saúde mental. É importante salientar que no início do processo da RPB ficou firmemente estabelecido para os envolvidos que a reinvenção das práticas propostas necessitavam contar com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural dos técnicos referente à suas relações estabelecidas com a loucura, ou seja, há ainda essa necessidade nos dias atuais – dos trabalhadores apropriarem-se das diretrizes antimanicomiais -, não somente para trabalhadores do SUS, mas das demais políticas públicas que não estão diretamente próximos à pauta da saúde mental.

No decorrer do estudo constatei que essas dificuldades e desafios apontados não se tratam de princípios e diretrizes dissonantes entre a política de saúde mental e SUAS, antes, pelo contrário, os preceitos dialogam entre si e podem se complementar na direção de concretizar os processos de garantias de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por fim, gostaria de apontar um caminho possível diante dos obstáculos apresentados, que é o fortalecimento da educação permanente para a desconstrução de estigmas e preconceitos, construção de novos saberes, rompimentos históricos e culturais, com a possibilidade de espaços de ensino e aprendizagem, que conduzem à essas reflexões e mudanças de paradigmas, como o da ESP/MG, por exemplo, primordial para a educação permanente no SUS. Assim, é necessário que as gestões em todas as esferas de governo e trabalhadores se atentem para a necessidade de que os espaços existentes no SUAS sejam espaços de aprofundamento da temática saúde mental, RPB e luta antimanicomial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995, 143p.

AMARANTE, P. **Quinta Conferência de Saúde Mental, um grande passo à frente com um passo atrás!?**. ENSP/FIOCRUZ, 2024. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54898>. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional da Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS** - Brasília, DF: MDS, 2005. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso

em 02 de março de 2025.

CARTA DE BAURU. **Encontro de Bauru “30 anos de Luta por uma sociedade sem manicômios”**. Bauru, 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acessado em 22 de janeiro de 2025.

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8.** Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2025.

Conferência Nacional de Saúde Mental (2. : Brasília : 1992) **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 2001 Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo** / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

COSTA, M. N. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 21, p. 01–16, 2017. DOI: 10.5007/cbsm.v9i21.69532. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69532>. Acesso em: 21 janeiro de 2025.

COUTO, Berenice Rojas et al. (org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil (SUAS): uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2014.

CRUZ, C. & RIBEIRO, U. **Metodologia Científica: teoria e prática**. Rio de Janeiro, [s.n.], 2000.

DESINSTITUTE. **Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado**. Brasília:[s.n.], 2023. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x25863>. Acesso em 02 de março de 2025.

DEVERA, D., & COSTA-ROSA, A. (2007). **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2007, 6(1), 60-79. Disponível em <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/issue/view/6>. Acesso em 05 de fevereiro de 2025.

LOBOSQUE, A.M. **Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira.** 1 ed. São Paulo, Huntec, 2020, 291p.

MENCHISE, R. M.; FERREIRA, D. M. & ÁLVAREZ, A.L. F. **Neoliberalismo, políticas públicas e desigualdade: Uma análise principalmente do Brasil.** Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, vol. 16, núm. 1, 2023, Janeiro-Abril, pp. 1-2.

MENEGHETTI, F. K. **Réplica 1 - O que é um Ensaio?** RAC, Curitiba, v. 15, n. 2, pp. 333-337, Mar./Abr. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rac/a/wgx3zvyKdtBg5DZQsxwrKjS/?format=pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2024.

MINAYO, M. C. de S. *et al* (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088/GM, de 30 de dezembro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 15 de março de 2025.

BERLINER, R. dir). **NISE: o coração da loucura.** Rio de Janeiro: Imagem Filmes, 2015. 1 DVD (108 min.).

OLIVEIRA, S. L. de O. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses.** 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1997. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1235436>. Acesso em 15 de dezembro de 2024.

RAICHELIS, R.. **SUAS: configurando os eixos de mudança.** In: Brasil. CapacitaSuas Volume 1 (2008) SUAS: Configurando os Eixos de Mudança / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – 1 ed. – Brasília: MDS, 2008, 136 p. Disponível em <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/capacitasuas-v-1-suas-configurando-os-eixos-de-mudanca/>. Acesso em 03 de março de 2025.

RATTON, H. **Em nome da razão** [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 2009.

RUIZ, J. Á. **Metodologia Científica.** Guia para eficiência nos estudos. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

SANTOS, N. R. dos. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** Saúde em Debate, vol. 33, núm. 81, enero-abril, 2009, pp. 13-26 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/RJgTsdLf3BcS7zNj9K3K9Vj/>. Acesso em 05 de março de 2025.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da Reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: TeCorá, Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n.2, p. 537–541, 2018. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>. Acesso em 25 de janeiro de 2025.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 201p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão da V Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde Mental**, 11 de dezembro a 14 de dezembro de 2023. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2023, 205p. Disponível em <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/publicacoes/relatorio-nacional-consolidado-5a-cnsm/view>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

SPOSATI, A. **Assistência Social: de ação individual a direito social**. Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC n. 10 – jul./dez. 2007. Disponível em https://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-10/RBDC-10-435-Aldaiza_Sposati.pdf. Acesso em 05 de março de 2025.

VILLAÇA, L(dir.). **O contador de histórias**. Brasil: 2009 (filme).