



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (IH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS)

CLAUDIA DA SILVA SAMPAIO LOPES

**O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO PERÍODO DE 2016-2022**

Brasília

2023



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (IH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS)

**O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO PERÍODO DE 2016-2022**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Andreia Oliveira.

Brasília

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

da Silva Sampaio Lopes, Claudia
dD111c O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE A
(RE)MANICOMIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA
NO PERÍODO DE 2016-2022 / Claudia da Silva Sampaio Lopes;
orientador Andreia Oliveira. -- Brasília, 2023.
102 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Conselho
Nacional de Saúde. 4. SUS. 5. Contrarreforma. I. Oliveira,
Andreia, orient. II. Título.

CLAUDIA DA SILVA SAMPAIO LOPES

**O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO PERÍODO DE 2016-2022**

Brasília/DF, 30 de novembro de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Andreia Oliveira – Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Fernanda Scalzavara (Examinadora Externa à Instituição)

Profa. Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque (Examinadora Interna à Instituição)

Profa. Dra. Tânia Regina Kruger (Suplente/ Examinadora Externa à Instituição)

AGRADECIMENTOS

Foram momentos difíceis e desafiadores, até chegar a essa etapa final. Externo meus agradecimentos a Deus por trilhar ao meu lado na construção desta pesquisa e por me ajudar a transpor os obstáculos ao longo do curso e da caminhada da vida.

À minha família, especialmente ao meu esposo, pelo apoio financeiro para contemplar minhas necessidades enquanto estudante. Obrigada pelo incentivo para participar do processo de seleção do Mestrado. Ao meu querido filho, amor incondicional, pois, mesmo distante fisicamente, pelo fato de estar morando em outro Estado, sempre demonstrou seu amor e carinho, seja por mensagem ou por telefonema, com palavras de conforto e alento; me fazendo acreditar que eu chegaria até o final desta difícil etapa. Amo vocês.

Ao meu pai e à minha mãe, minha eterna gratidão, por me darem a melhor educação que eu poderia almejar. Vocês sempre me ensinaram e incentivaram a seguir, mesmo diante dos desafios da vida, e foram fundamentais no meu desenvolvimento pessoal. Ao meu irmão, Claudio, e à minha irmã, Cristiane, agradeço pelas eternas lembranças da nossa infância guardada em meu coração. Amo vocês.

Aos meus sobrinhos, sobrinhas, cunhados, cunhadas, sogro e sogra. Minha gratidão.

A Ana Carolina, pelo profissionalismo e amizade, Obrigada! Você é especial.

A todos/as os professores/os que fizeram parte da minha trajetória acadêmica, minha eterna gratidão. Ao Departamento de Serviço Social, em especial, a Domingas Carneiro, minha gratidão.

À professora-orientadora, Dra. Andreia de Oliveira, pela atenção, paciência e dedicação na construção da presente pesquisa. Pelo conhecimento compartilhado, pelas nossas conversas, disponibilidade e compreensão nos meus momentos difíceis. Obrigada pelo profissionalismo e pelo ser humano que és.

A todos os colegas do Programa de Pós-graduação em Política Social, obrigada pelos debates e discussões sobre cada temática abordada em sala de aula.

Às professoras, Dra. Tânia Kruger; Dra. Miriam Albuquerque; e Dra. Fernanda Scalzavara, pelas valiosas contribuições durante a banca de defesa desta dissertação.

A todos/as agradeço, de coração, e dedico o resultado do trabalho.

“A reforma veio então para propor um novo olhar sobre a loucura, porque as pessoas veem o que estão acostumadas a ver, [...], é preciso ver diferente para mudar”.

Jânio Muniz

RESUMO

Na presente dissertação, é proposta uma análise do posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) diante do fenômeno de (re)manicomialização da Política de Saúde Mental brasileira no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022. Este estudo está embasado nos princípios delineados pelo projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A trajetória da Política de Saúde Mental brasileira revela um processo de lutas, disputas e resistências. A (re)manicomialização da Política de Saúde Mental brasileira insere-se em um contexto de tensionamento entre projetos societários antagônicos, refletindo-se nas abordagens de cuidado e nas Políticas de Saúde Mental. Por um lado, observa-se uma inclinação para uma perspectiva neoliberal, privatista, individualista, centrada em medicação e com base manicomial. Por outro lado, há uma abordagem fundamentada nos princípios da RPB e do paradigma psicossocial, antimanicomial, que defende a autonomia do cuidado em liberdade e dos direitos humanos. Neste estudo, conduzido por meio de pesquisa nas modalidades exploratória e descritiva, fundamentada na teoria social crítica, utilizou-se a revisão bibliográfica e análise documental como metodologia. A análise documental concentrou-se nas recomendações, resoluções e nos registros em atas das reuniões ordinárias do CNS, relacionadas à temática da Política de Saúde Mental, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022. Os resultados apontam para uma atuação significativa do CNS em defesa da atenção psicossocial e dos princípios do SUS, além da resistência à (re)manicomialização, evidenciada por meio de posicionamentos expressos em resoluções e recomendações. Contudo, as investidas (re)manicomializadoras, especialmente as alterações normativas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) durante o período estudado, sugerem limitações nos espaços institucionalizados de participação e controle social sobre a Política de Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; SUS; Conselho Nacional de Saúde; Contrarreforma.

ABSTRACT

The following essay aims to analyze the positioning of the National Health Board when it comes to the (re)asylum of the Brazilian Mental Health Politics from August of 2016 to December of 2022. This study bases itself upon the presuppositions established on the Brazilian Psychiatric Remodeling - RPB project. The trajectory taken by the Brazilian Mental Health Politics reveals a process of fights, disputes and resistance. The tendency to (re)asylum the Brazilian PNSM finds itself in a context of permanent tension and dispute within antagonistic corporate projects, in which reverberate on the caring and the politics of mental health. On one hand there is a configuration leading to a neoliberal perspective, privatist, individualistic, medicinal and asylum based, while on the other hand one that is grounded over RPB principles and the psychosocial paradigm, anti-asylum, in defense of autonomy, freedom and human rights. This inquiry was constructed through exploratory-descriptive research and consists of bibliographic review and documental analysis. The documental analysis focused on the recommendations, resolutions and records of CNS ordinary meetings, related to the Mental Health Politics theme, from August of 2016 to December of 2022. Results of this study suggest actions of the CNS favoring a psychosocial attention, SUS principles and the anti-asylum cause, through positionings expressed in resolutions, recommendations and constant reports of the (re)asylum lunges, especially seen on normative (re)configurations of the PNSM during the study. Nevertheless, the resistance and deliberation of the CNS were not enough to stop the regression that took place in the PNSM during the delimited time of the study, prevailing the economical merchant interests and asylum ideals, revealing the limits of institutionalized spaces of social participation and social control over the mental health politics.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; SUS; National Health Council; Counter-reform.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

BM – Banco Mundial

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

CGMAD – **Coordenação**-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CISM – Comissão Intersetorial de Saúde Mental

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

Conad – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

Dinsam – Divisão Nacional de Saúde Mental

EAP – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.

EC – Emenda Constitucional

ECT – Eletroconvulsoterapia

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

GM – Gabinete do Ministro

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Loas – Lei Orgânica da Saúde

Mare – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública

MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

MPF – Ministério Público Federal

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

Naps – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Opas – Organização Panamericana

PPA – Plano Plurianual

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIB – Produto Interno Bruto

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PT – Partido dos Trabalhadores

PVC – Programa de Volta para Casa

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library On-line

Sosintra – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Percurso Metodológico.....	20
2	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DESAFIOS PARA UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL	24
2.1	Origens manicomiais e asilares na assistência em saúde mental no Brasil.....	24
2.2	Intenção de ruptura: a reforma psiquiátrica brasileira e as lutas por uma sociedade sem manicômios.....	26
2.3	Política de saúde mental no contexto de implementação do SUS: entre a atenção psicossocial e a lógica manicomial privatista.....	31
2.4	Referências contemporâneas da Política de Saúde Mental no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no SUS	35
3	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2016-2022.....	41
3.1	Política de Saúde Mental entre 2016 a 2022: contextualizações sócio-históricas para compreender a investida de (re)manicomialização	41
3.2	Conselho Nacional de Saúde: anotações introdutórias de sua trajetória	52
4	POSICIONAMENTO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE FRENTE À (RE)MANICOMIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA	59
4.1	Recomendações do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política de Saúde Mental.....	59
4.2	Resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política de Saúde Mental	66
4.3	Atas das Reuniões Ordinárias: posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Mental.....	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 atribuiu, ao Estado, o dever de garantir a saúde da população, mediante a oferta de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; e, por meio do acesso universal e igualitário, às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Os pressupostos relativos à saúde, contemplados na CF de 1988, artigos 196-200, e regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (Loas) 8.080/1990 e 8.142/1990, estabeleceram os marcos legais para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) como parte integrante e indissociável da Seguridade Social brasileira, base de sustentação da reconstrução da vida em sociedade, pautada na conquista dos direitos.

Na esteira das conquistas jurídico-legais, nas políticas sociais, e, concomitantemente, no processo de implantação do SUS, na década de 1990, o papel do Estado brasileiro foi sendo redefinido, em um processo influenciado pelas políticas de ajuste neoliberal. O período configurou, para a política de saúde e para o SUS, o “tensionamento entre a implantação do SUS e a sua racionalidade político-emancipatória frente à racionalidade instrumental burguesa, retomando sua hegemonia num Estado historicamente desigual e autocrático” (Soares, 2020, p. 64).

Tem-se, no Governo Collor¹, indícios iniciais contrarreformistas, que trazem impacto ao SUS, recém instituído. O discurso de Collor configurava-se na racionalidade hegemônica, como menciona Soares (2020, p. 63): “O Estado era o grande elefante que precisava ser minimizado, o mercado e as grandes multinacionais eram o espaço da eficiência e da modernização tecnológica, e o governo tinha como prioridade a assistência aos ‘descamisados’ da nação” (grifo próprio).

A política de saúde operacionalizada pelo Estado tem, em sua própria essência, a racionalidade do capital, com a reprodução e reificação dos interesses do mercado e da maximização da lucratividade capitalista. A adoção de estratégias de serviços de saúde baseada na lucratividade precariza o atendimento universal como referencial de saúde descrito constitucionalmente.

¹ O primeiro Presidente da República civil eleito por voto direto, desde 1960, Fernando Affonso Collor de Mello foi escolhido de acordo com as regras da CF de 1988, com plena liberdade partidária e eleição em dois turnos. O seu mandato presidencial teve curta duração: de 15 de março de 1990 a 2 de outubro de 1992, quando foi afastado da Presidência da República para responder ao processo de *impeachment*.

Nesse caso, no lugar da integralidade e universalidade, a focalização da política de saúde vai engendrar os primeiros passos do SUS, em especial, pela falta de recursos suficientes e adequados a uma lógica de sistema universal. Tais condições inadequadas vão impactar diretamente a qualidade dos serviços, de modo que o processo de precarização, desencadeia a chamada “política pobre para pobres” (Soares, 2020, p. 60).

As ideias neoliberais são assumidas com o propósito principal de introduzir reformas que ampliem o escopo e a liberdade de ação das forças do mercado (Brasil, 1999). Aplicadas de forma mais expressiva, a partir do Governo Fernando Henrique Cardoso, as reformas neoliberais constituem-se como uma contrarreforma do Estado, sob justificativa da estabilização financeira; a retomada do crescimento econômico; e redução dos impactos da crise, com resultados deletérios e regressivos, nos direitos sociais e trabalhistas, bem como na apropriação do fundo público² para a reprodução do capital e privatizações do setor público (Behring, 2008, p. 281).

O ideário neoliberal de contrarreformas foi difundido pelas agências multilaterais, a exemplo do Banco Mundial, assumindo, no Brasil, características diversas, próprias da formação social do país, ou seja, de um Estado altamente autoritário, historicamente ausente e minimalista, do ponto de vista da proteção social dos trabalhadores, mas que responde de forma competente às exigências dos aparelhos privados de hegemonias nacional e internacional do capital (Soares, 2020).

Em outros termos, com o avanço das políticas neoliberais e a redução do papel do Estado, a partir da década de 1990, enquanto resposta de enfrentamento à crise estrutural

² “O orçamento público é um espaço de luta política, no qual as diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses. Na sua dimensão política, o orçamento pode ser visto com uma arena de disputa ou um espaço de luta (cooperação) ente os vários interesses que gravitam em torno do sistema político (Inesc, 2006). O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas” (Salvador, 2010, p.36). “[...] vemos uma acirrada disputa do fundo público, que, em função da desfavorável correlação de forças, têm sido capturados em grande medida para atenção dos interesses do capital. É composto por impostos e contribuições arrecadados pelo Estado. Dada a regressiva carga tributária no Brasil, a composição do fundo público tem sido majoritariamente formada de recursos oriundos de contribuições sociais e impostos que recaem sobre o consumo. No âmbito da Seguridade Social, a quase totalidade dos recursos vem da classe trabalhadora. Isto demonstra o caráter regressivo da tributação e do fundo público, colocando em questão a defesa de que as políticas sociais brasileiras têm efeito redistributivo. A composição do fundo público se dá por recursos advindos tanto do trabalho excedente, o que quer dizer da mais-valia extraída da exploração do trabalho alheio, quanto do trabalho necessário, via tributação, que, no contexto brasileiro, é regressiva e onera a classe trabalhadora. Os mecanismos de captura desses recursos pela forma mais fetichizada do capital, em tempos atuais, têm sido, dentre outros, o desmonte dos direitos sociais historicamente constituídos e a financeirização perversa da Seguridade Social, que tem no âmbito orçamentário um dos seus principais instrumentos contra-reformista” (Silva, 2011, p.11).

capitalista, que teve início na década de 1970, no Governo Collor, foram adotadas medidas que se agudizaram, na conjuntura econômica, com privatizações e redução de investimentos públicos, sobretudo na área da saúde; seguido pelo Governo Itamar Franco e, mais tarde, o Governo Fernando Henrique Cardoso, com o fortalecimento do projeto neoliberal nas políticas sociais, que vem repercutindo até os dias atuais (Soares, 2020).

Corroborar-se, com o entendimento de Vieira (1997), de que não houve momento que a política social tivesse tido tanto acolhimento constitucional como na CF de 1988; por outro lado, foi uma década em que os direitos sociais sofreram sérios ataques, com as políticas neoliberais:

Poucos desses direitos estão sendo praticados ou ao menos regulamentados quando exigem regulamentação. Porém o mais grave é em nenhum momento histórico da República brasileira (para só ficar nela, pois o restante consiste no Império escravista) os direitos sociais sofrem tão clara e sinceramente ataques da classe dirigente do Estado e dos donos da vida em geral como depois de 1995 (Vieira, 1997, p.14).

Sob a defesa da incapacidade do Estado em responder às demandas do setor público, a política de saúde, em contexto neoliberal, passa a se reportar à esfera do mercado e da lucratividade do capital. Em outros termos, para responder à crise, a partir dos anos 1970, emerge um processo de democratização pelo alto, em que o Estado brasileiro dá início ao seu planejamento segundo a tendência mundial de desvinculação de direitos políticos, econômicos e sociais.

Nessa direção, sem desconsiderar os avanços obtidos no SUS, desde sua regulamentação, em 1990, é imperioso reconhecer que nenhum governo assumiu de fato a implantação do SUS constitucional, com seus princípios e suas diretrizes fundantes.

Nos Governos Fernando Collor; Itamar Franco; e Fernando Henrique Cardoso, as disputas configuravam-se em dois projetos em tensão (Bravo, 2001): o que foi proposto pela reforma sanitária, como descrito na CF de 1988 e o privatista, articulado ao mercado. Nos Governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), e Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015-agosto/2016), registra-se a continuidade do subfinanciamento das políticas públicas e das privatizações, em resposta às exigências macroeconômicas, com adoção de contornos particulares inerentes à implantação do SUS, com traços de inserção de um terceiro projeto em disputa, ou seja, o da reforma sanitária flexibilizada (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Nos Governos Michel Temer (agosto/2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022), intensifica-se o desmonte do Estado brasileiro e a ofensiva contra os direitos e as conquistas sociais da classe trabalhadora. Aprofunda-se o processo de contrarreformas, sobretudo a partir

da aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, o chamado Novo Regime Fiscal, medida que congela os gastos com despesas primárias à taxa de inflação, durante um período de vinte anos, a exemplo da saúde e educação (Mariano, 2017).

A referida medida acelera o desfinanciamento do SUS e reforça a desestruturação das políticas sociais. Ocorrem modificações no movimento do capital, na saúde, sobretudo na forma de apropriação do fundo público, por diferentes modalidades de privatização e repasse do recurso público para os setores privados e filantrópicos.

Tal conjuntura regressiva e de ataque aos ideários da Reforma Sanitária e do SUS interpela diretamente a proposta de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), originada nos fins da década de 1970, e que, ao longo de seu percurso, se constitui em espaço de disputas e tensão entre projetos antagônicos, com avanços no setor privado, mas também com conquistas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nesse contexto de disputas e forças antagônicas, a contrarreforma psiquiátrica passa a ser engendrada, enquanto processo sociopolítico e cultural complexo, no qual a sobreposição da ideologia neoliberal vai incidir na ruptura com os propósitos da RPB, em prol dos interesses do mercado, que se ampara na lógica manicomial para ampliar a lucratividade (Nunes *et al.*, 2019).

Com o processo de RPB, foram criados arcabouços legal e normativo voltados para a construção de novos dispositivos de cuidado em saúde mental, por meio de políticas intersetoriais, dirigidas à superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, tendo como diretrizes fundantes o paradigma da atenção psicossocial, sob a defesa da autonomia, do cuidado em liberdade, e a reinserção social das pessoas em sofrimento mental.

A proposta do paradigma da atenção psicossocial foi fortalecida com a aprovação da Lei federal 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), também chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, na qual se evidencia a necessidade de reorientação do modelo assistencial, em contraposição à hegemonia dos saberes psiquiátrico e hospitalocêntrico, voltados à criação de uma rede de serviços de bases comunitária, territorial e de preservação da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Um conjunto de normativas legais, como resoluções e portarias ministeriais, foi publicado a partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, com indicativos de reorientação do cuidado na Política de Saúde Mental, dentre as quais se destacam: Portaria do Ministério da Saúde (MS) 336, de 19 de fevereiro de 2002, na qual foi definida a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em modalidades de serviços de acordo com o porte e a especificidade da população atendida; Serviços de Residências Terapêuticas (Portarias

106/2000 e 1.220/2000) (Brasil, 2000); Programa de Volta para Casa (Lei 10.708/2003) (Brasil, 2003); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (Portaria 154/2008) (Brasil, 2008); e cabe realçar a criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Portaria GM 3.088/2011) (Brasil, 2011). (Amarante; Nunes, 2018).

Todavia, os avanços normativos legais não diluíram as tensões e disputas em torno da política pública de saúde mental; ao contrário, sempre estiveram presentes e, nos últimos anos, forças conservadoras e privatistas ampliaram seus espaços e têm representado profunda ameaça às conquistas no campo dos direitos sociais e no modelo de atenção dos usuários da Política de Saúde Mental no SUS. Concomitantemente ao austericídio³ nas políticas sociais, principalmente a partir da aprovação da EC 95/2016, no Governo Michel Temer, as tendências de regressividade na PNSM assumem novos contornos, mediante o aprofundamento dos projetos neoliberal e neoconservador, que operam sob ataque e expropriação dos direitos da classe trabalhadora (Mariano, 2017).

As medidas de austeridade fiscal⁴ aplicadas às políticas sociais, engendradas em um contexto de crises política, econômica, social e ascensão do conservadorismo, no Brasil, ampliaram o privilegiamento dos setores privado e mercantil, nas políticas sociais, colocando em risco a sustentabilidade da universalidade do SUS, o que vem a incidir diretamente na PNSM e nas bases que sustentam a perspectiva antimanicomial da Raps (Vieira *et al.*, 2018).

Na contramão da proposta da RPB, a Política de Saúde Mental, no Governo Temer, sofreu um enorme desmonte com mudanças na Raps, por meio da Portaria 3.588/2017⁵, como medida de fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais, incentivando, dessa forma, a hospitalização, por meio da ampliação de recursos destinados a esses fins (Brasil, 2017).

Lembrando que essa política foi alvo de críticas⁶, pelo fato de os representantes do controle social não serem consultados em nenhum momento de sua propositura e por

³ Implementação de medidas de austeridade (restrição de gastos públicos). Termo usado para referenciar a “morte por austeridade”.

⁴ É uma medida que, de certa forma, acompanha aquilo que pode ser denominado como o ataque neoliberal às políticas sociais, intensificado, especialmente, a partir dos anos 1970 e 1980, e aprimorado conforme a financeirização, foi sendo disseminada com os movimentos da globalização. Ocorre que, quando economias sufocadas por dívidas entram em recessão, gastos do governo em educação, saúde e infraestrutura básica são reduzidos e a austeridade, a política fiscal de conter gastos públicos, torna-se interessante para que os Estados destinem seus recursos ao pagamento dos bancos e instituições donos das dívidas (Linhares, Gervasoni, 2022, p. 474- 480).

⁵ Altera as Portarias de Consolidação 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências (Brasil, 2017).

⁶ “O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com

entenderem que a proposta se coloca na contramão do modelo de atenção que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, de acordo com a Lei 10.216/2001 (Bravo; Pelaez e Pinheiro, 2018).

Na mesma linha regressiva, encontra-se a Portaria 2.434/2018, que concede um expressivo reajuste, de até 62%, na tabela de internações em hospitais psiquiátricos, com o propósito de equalizar as finanças dos hospitais psiquiátricos, paralelamente ao congelamento do repasse mensal ao Caps (Brasil, 2018). Nessa mesma portaria, estão previstos o incentivo e financiamento públicos de internações em comunidades terapêuticas, estabelecimentos que, em sua forma de atuação, altera a lógica antimanicomial (Nunes *et al.*, 2019).

Tal afirmativa baseia-se no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, no qual está indicado que muitas comunidades terapêuticas vêm utilizando a chamada “laborterapia” como forma de encobrir práticas de trabalho forçado, privação de liberdade e o caráter asilar (CFP, 2018).

Além disso, foi publicada a Nota Técnica 11/2019⁷ da Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, a chamada Nova Política Nacional de Saúde Mental, que incentiva a internação em hospitais psiquiátricos e dá ênfase ao financiamento de comunidades terapêuticas, em uma abordagem proibicionista e punitivista das questões relacionadas ao álcool e outras drogas (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Logo, segundo Bravo e Pelaez (2020, p. 201):

O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. Reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco tem de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; liberar a compra de aparelhos de choque elétrico fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (grifos próprios).

De acordo com Nunes *et al.* (2019), desde 2016, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, apresenta-se de maneira contrária na condução de parte das bases do que foi proposto pelo processo da RPB. Alguns aspectos podem ser evidenciados, do que se entende por uma contrarreforma psiquiátrica, dentre eles:

participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017. A Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária [...]” (Bravo; Pelaez e Pinheiro, 2018, p.16).

⁷ Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019).

1) As atuais mudanças impostas nas linhas de base da política nacional de saúde mental não respeitaram o fluxo histórico construído a partir do controle social, seja pelas conferências nacionais de saúde mental, seja pelos conselhos de saúde. Pelo contrário, o relatório da III CNSM chegou a datar a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, meta nunca cumprida [...] 2) a partir de 2017, a supostamente nova política de saúde mental, introduz o hospital psiquiátrico, não mencionado como parte da Raps na portaria 3.080/2011 [...] o MS em articulação intersetorial com outros Ministérios (Justiça, Desenvolvimento Social), cria linhas de financiamento para custear serviços privados como as chamadas “comunidades terapêuticas” (Nunes *et al.*, 2019, p. 4.493-4.494).

O contexto de desmonte de direitos, de privatização na área da saúde, e enxugamento dos gastos públicos, para com as políticas sociais; os avanços e desafios do processo de implementação de uma atenção em saúde mental fundamentado no paradigma psicossocial, antimanicomial e na lógica da desinstitucionalização, caminha sobre areia movediça. Para além da falta de investimento, congelamento e privatizações, há também o desafio da implementação de uma rede de serviços de base comunitária, territorial, desinstitucionalizada, e pautada, sobretudo, na garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psicossocial (Cruz; Gonçalves e Delgado, 2020).

É crucial enfatizar que a defesa do modelo de atenção à saúde mental, respaldado pela abordagem psicossocial e orientado para o cuidado em liberdade, com protagonismo dos movimentos sociais engajados nessa causa, encontrou respaldo nos espaços institucionalizados de participação social no SUS. A CF de 1988 e as normativas legais subsequentes delinearam os princípios e diretrizes do SUS, como universalidade; equidade; integralidade; descentralização; regionalização; e participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (Guimarães *et al.*, 2010).

Assim, os espaços institucionalizados de participação social, em especial os conselhos e conferências de saúde, desempenham um papel estratégico no acompanhamento, na implementação e no controle da execução de políticas de saúde. Contudo, tais espaços enfrentam tensões e disputas de projetos, que podem ou não se alinhar com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, a fragilidade em seu poder decisório, especialmente nas decisões deliberativas, como identificado no estudo de Silva e Abreu (2002), apresenta desafios. ao longo dos mais de 30 anos de existência do SUS, constituindo um dos aspectos que motivou o aprofundamento no presente estudo.

Os desafios e as inflexões na implementação dos preceitos da RPB, como explicitado, constituíram, nos campos de reflexão e inquietação, durante a graduação em Serviço Social, especialmente no contexto de vivência de estágio em um Caps-AD, ao longo do ano de 2017.

Essas reflexões versaram sobre a existência de espaços com competências constitucionais capazes de, no exercício de suas atribuições, atuar como efetivos mecanismos de participação e controle social das políticas públicas de saúde. Ao longo de minha jornada acadêmica, notadamente na disciplina de Seguridade Social e Saúde, durante a graduação, instigou-me a análise e compreensão dos desafios e das vias para a concretização de uma política de saúde em conformidade com o que foi estabelecido na CF de 1988.

O despertar do interesse pela temática surge, portanto, desse processo de vivências e estudos, bases constitutivas e motivadoras do problema central da presente proposta investigativa, a saber: Qual o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, enquanto mecanismo institucionalizado de participação e controle social, frente a (re)manicomialização da Política de Saúde Mental no período de agosto de 2016 a 2022?

Adotou-se como ponto de partida, os seguintes questionamentos: Como se deu a atuação política do CNS sobre a PNSM, no período de 2016-2022, submetida às pressões neoconservadoras, de aprofundamento da contrarreforma e regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira? Qual a direção política predominante no CNS, em relação à (re)manicomialização da PNSM, resistência e defesa da atenção psicossocial e dos princípios do SUS e da luta antimanicomial ou reforço da (re)manicomialização e reversão conservadora e contrarreformista? Que estratégias foram adotadas pelo conselho para disputar o direcionamento da Política de Saúde Mental adotada no país no período de estudo?

O período delimitado para o estudo (agosto de 2016 a dezembro de 2022) justifica-se tendo em vista o aprofundamento e os retrocessos que aproximaram a Política de Saúde Mental em um campo político conservador de cunho neoliberal, pautado na contramão do que foi proposto no processo do movimento da RPB, com significativos desmontes do Estado brasileiro.

Portanto, definimos como objetivo geral do estudo: Analisar o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde perante a (re)manicomialização da Política de Saúde Mental Brasileira no Período de 2016-2022, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de RPB. E, como objetivos específicos: Caracterizar o processo da RPB e as determinações da contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política de Saúde Mental no SUS; analisar os instrumentos legais, políticos e assistenciais na PNSM, no período de 2016 a 2022, procurando identificar os desafios na sustentabilidade dos princípios da luta antimanicomial e a direção política predominante expressa na posição do CNS.

1.1 Percurso Metodológico

O problema de pesquisa ora investigado requer uma reflexão teórica acerca das tensões e disputas, que reúne representação de segmentos sociais organizados com interesses de classes distintos para definir os rumos da PNSM, que se dão na totalidade da estrutura social, em diferentes espaços decisórios e de conjugação de sujeitos políticos.

Nessa direção, a presente pesquisa fundamenta-se na teoria social crítica, por entender que nos permite constatar as diferentes dimensões que conforma a realidade “para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica” [...] (Netto, 2011, p. 20). Dessa forma,

[...] é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações. [...] diz Marx, é mister, sem dúvida, distinguir, formalmente o método de pesquisa A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre elas. É o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou para “enquadrar” o seu objeto de investigação (Netto, 2011, p. 21-22).

Um levantamento qualificado de bibliografias sobre eixos fundantes de discussão da temática foi realizado na tentativa de apreensão analítico-crítica da totalidade do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões, a partir de alguns temas centrais para guiar este processo investigativo, a saber: contrarreforma; política de saúde; política de Saúde Mental; reforma psiquiátrica; contrarreforma psiquiátrica; paradigmas psicossocial e antimanicomial; a participação social no SUS; e CNS.

Compõe, o levantamento bibliográfico, a revisão não exaustiva da literatura científica produzida sobre a Política de Saúde Mental no contexto dos Governos Michel Temer e Jair Bolsonaro, no período entre 2016-2022, por meio de busca em bases de dados da Scientific Electronic Library On-line (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além de artigos em revistas científicas não indexados nas referidas plataformas.

No âmbito das especificidades da Política de Saúde Mental, foram incorporadas referências fundamentais que delineiam o panorama da luta antimanicomial e da atenção psicossocial, adotando uma abordagem crítica. Destacam-se autores como Amarante (1996; 1998; 2012); Arbex (2013) e Rotelli (2001). No que diz respeito aos estudos sobre

contrarreforma, foram consultados os escritos de Behring; Boschetti (2011); Behrin (2008); assim como as contribuições de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), incluindo livros, coletâneas, teses, dissertações que abordam a temática do objeto de estudo e suas categorias centrais.

Durante a condução da pesquisa, adotou-se a estratégia documental com o propósito de identificar e examinar documentos oficiais relacionados à PNSM, no contexto do SUS, no período entre agosto de 2016 e dezembro de 2022, bem como analisar a atuação do CNS diante das demandas associadas ao tema de estudo em tal período.

Para alcançar esse propósito, foi necessário consultar as fontes documentais produzidas pelo referido Conselho, acessando o *site* oficial (<http://conselho.saude.gov.br>). A análise concentrou-se em atos normativos, destacando-se Atas, Recomendações e Resoluções, no período compreendido entre agosto de 2016 e 2022. A pesquisa documental:

É o tipo de pesquisa que tem o levantamento de documentos como base. É uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos [...] assemelha-se à pesquisa bibliográfica, porém é elaborada a partir de materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica, ou seja, que podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa [...] nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. (Santos; Nascimento, 2021, p. 22).

Ao abordar as mudanças legais, políticas e assistenciais na PNSM, especialmente nos Governos Michel Temer e Jair Bolsonaro, foram mapeados documentos oficiais relevantes, como a Nota Técnica CGMAD/Dapes/SAS/MS 11/2019, que esclarece alterações na PNSM e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, e a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que modifica as Portarias de Consolidação 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Raps (Brasil, 2017, 2019).

No tocante aos objetivos da pesquisa, a Lei 10.216/2001 foi utilizada como principal diretriz para a reorientação do cuidado à pessoa com sofrimento e adoecimento mental (Brasil, 2001). A contextualização incluiu o exame do processo de lutas e mobilizações em torno da RPB, considerando documentações e legislações como fundamentais para respaldar a implementação de serviços substitutivos em oposição ao modelo asilar/manicomial.

O procedimento metodológico adotado consistiu, primeiramente, no levantamento e na leitura flutuante dos documentos emitidos pelo CNS, por meio do seu *site* oficial (<http://conselho.saude.gov.br>). Esses documentos incluíram atas, recomendações e resoluções, relacionadas à temática da “saúde mental” no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022.

Em um segundo momento, foram identificadas e selecionadas 12 recomendações dentre as 352 deliberadas pelo CNS, incluindo a Recomendação Conjunta CNS/Conand/CNDH

001/2020 e a Recomendação Conjunta CNS/CNDH 001/2021. Adicionalmente, optou-se por selecionar 14 resoluções dentre as 171 deliberadas no mesmo período, com o intuito de compor o material de pesquisa para a análise.

Em paralelo, foram identificadas as reuniões ordinárias do CNS que abordaram a temática da saúde mental, no período em questão. Para isso, foram levantadas as atas das reuniões que incluíram o tema da saúde mental entre os assuntos discutidos. Das 54 reuniões ordinárias do CNS, de agosto de 2016 a dezembro de 2022, com registro em atas disponibilizadas no *site* do Conselho, 11 abordaram o tema da Política de Saúde Mental, integrando o material documental analisado neste estudo.

Importante ressaltar que, nos anos de 2020 e 2021, encontram-se apenas dois registros de reuniões ordinárias, por ano, no *site*, enquanto, em 2022, há o registro de nove, com suas respectivas atas. Nos demais anos, seguiu-se o padrão de 12 reuniões ordinárias, ou seja, uma por mês.

Após a seleção dos documentos (recomendações, resoluções e atas), procedeu-se à leitura e análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2016). Esse método envolveu três etapas: a pré-análise; exploração do material; e interpretação dos dados selecionados. Essa abordagem sistemática permitiu uma análise detalhada, culminando na organização dos dados em quadros, contendo informações, como o ano de publicação; número das recomendações e resoluções; e as deliberações dos atos no período.

A organização da dissertação inicia-se com a introdução, em que são apresentados a problemática central; a relevância do estudo; os objetivos; e o problema de pesquisa, que orienta a investigação e os procedimentos metodológicos.

O segundo capítulo concentra-se na análise do percurso histórico da Política de Saúde Mental no Brasil, a partir de quatro momentos, com ênfase para a contextualização da assistência em saúde mental, com realce nas primeiras intervenções e suas bases asilares e manicomiais; intenção de ruptura com a lógica manicomial e asilar no decurso do processo de mobilização em torno da proposta de RPB; Política de Saúde Mental no contexto de implantação do SUS e referências contemporâneas da PNSM no contexto da Raps no SUS.

No terceiro capítulo, por sua vez, empreende-se a análise sócio-histórica concisa da PNSM, considerando os distintos cenários governamentais pós-CF de 1988, que influenciaram a construção do SUS. Essa revisão configura-se como um elemento essencial para compreender a emergência da (re)manicomialização, evidenciada por meio de instrumentos legais e

assistenciais, ao longo do período de agosto de 2016 a 2022. Em seguida, direciona-se a atenção para uma breve apresentação do CNS, servindo como aporte introdutório do capítulo seguinte, em que se explora o posicionamento do conselho em relação às demandas da saúde mental durante esse mesmo intervalo temporal.

O quarto capítulo é dedicado ao exame do posicionamento do CNS diante das demandas no âmbito da Política de Saúde Mental no período de agosto de 2016 a 2022. E, por fim, apresentam-se as considerações a respeito do estudo, seguidas das referências, dos anexos e do apêndice.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DESAFIOS PARA UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL

Neste capítulo, analisa-se o percurso histórico da Política de Saúde Mental no Brasil, a partir de quatro momentos que, antes de serem lineares e desprovidos de contradições, caracterizam um processo social complexo, num campo de tensões e disputas entre projetos antagônicos. Inicialmente, no primeiro subitem, apresenta-se breve contextualização da assistência em saúde mental, no Brasil, com o enfoque nas primeiras intervenções e suas bases asilares e manicomiais.

No segundo subitem, enfatiza-se a intenção de ruptura com a lógica manicomial e asilar no decurso do processo de mobilização em torno da proposta de RPB. No terceiro subitem, discorre-se sobre a Política de Saúde Mental no contexto de implantação do SUS. E, por último, no quarto subitem, sobre as referências contemporâneas da Política de Saúde Mental no contexto da Raps no SUS.

2.1 Origens manicomiais e asilares na assistência em saúde mental no Brasil

A história da assistência às pessoas com sofrimento psicossocial, no Brasil, é marcada por práticas asilares, hospitalocêntricas, e como abordagem predominante a psiquiatria tradicional, que enfatiza a internação prolongada, a segregação e o desrespeito aos direitos humanos, já realçado por vários autores, dentre os quais Amarante (1998; 2012).

A fundação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o denominado Hospício de Pedro II, ocorreu por meio do Decreto 82, de julho de 1841, e sua inauguração se deu 11 anos após, em dezembro de 1852. Alvo de críticas, em especial dos médicos, por não se constituir em uma instituição efetivamente médica adequada às necessidades da terapêutica moderna da alienação mental, uma vez que estava vinculado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, o hospício tinha como função essencial retirar das ruas e do convívio social os “desajustados”, ameaçadores da “ordem pública,” e a eles eram atribuídos os estigmas de periculosidade e irracionalidade (Amarante, 1998; 2008).

Com o Hospício de Pedro II, inaugurou-se uma tendência de institucionalização que serviu de base para a implantação de inúmeras instituições manicomiais, alicerçadas no isolamento, na reeducação moral dos alienados, e na contramão dos direitos humanos. Com a

desvinculação do Hospício de Pedro II da Santa Casa e a transferência de sua direção para as mãos dos médicos, em 1890, logo após a Proclamação da República, além da criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados, foram instituídas as duas primeiras colônias de alienados, ambas no Rio de Janeiro (Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita), passando a existirem, a partir de então, colônias agrícolas em quase todos os estados da federação (Amarante, 2008).

O conceito de “alienação mental” foi utilizado pelo médico francês Philippe Pinel, considerado pai da psiquiatria moderna, para se referir “à ideia de um distúrbio das paixões, que ocasiona um distúrbio moral” (Amarante, 2008 p. 736), associado, segundo o autor, à periculosidade, na qual o alienado é um perigo para si e para os outros. Nesse entendimento, o isolamento do mundo exterior é, para Pinel, o caminho adequado para o tratamento, compreensão que direciona o atendimento nas “colônias de alienados” que são constituídas como “Instituições psiquiátricas que se baseavam no princípio de que o trabalho seria uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental” (Amarante, 2008, p. 736).

A noção de colônia expressa a perspectiva de um Estado manicomial, que, por meio de uma prática de segregação das pessoas identificadas como loucas, se utiliza da violência para sucumbir os corpos, em especial de negros/as e daqueles/as “inadequados/as” à “normalidade” dominante, ou seja, muito além do preconceito com a condição da doença mental em si ou a atenção com os “distúrbios das paixões”, como no pensamento de Pinel, atravessam heranças coloniais envolvendo preconceitos de gênero, classe e raça, dentre outros, cristalizados na sociedade capitalista.

A partir do advento das colônias, o modelo asilar torna-se hegemônico, na assistência psiquiátrica no país, até as décadas de 1940 e 1950, passando por alterações no período seguinte, em especial com a ditadura militar instaurada em 1964, e as mudanças implantadas na assistência à saúde, com a implementação do modelo assistencial privatista, no contexto de privatização da assistência médica da Previdência Social, resultando na ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em instituições privadas no país (Giovanella, 2012).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, sedimenta o modelo médico-assistencial privatista, que, na análise de Mendes (1996, p. 59), apresentou as seguintes características:

- a) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase a totalidade da população urbana e da rural;
- b) o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do setor privado desses serviços.

O modelo assistencial privatista no período estabeleceu estratégias para incumbir à saúde atributos mercantis, a exemplo da assistência em saúde mental, com ampliação de leitos nos hospitais psiquiátricos privados, o que representou um aumento de 3.034 leitos privados, em 1941, para 55.670, em 1978, além dos 97% dos recursos financeiros destinados à psiquiatria serem direcionados exclusivamente para pagamento de internações hospitalares (Cerqueira, 1984 *apud* Amarante, 2008).

2.2 Intenção de ruptura: a reforma psiquiátrica brasileira e as lutas por uma sociedade sem manicômios

No contexto de lutas pela redemocratização do país, no final da década de 1970, originam-se as propostas e a organização sociopolítica em torno do processo de reforma psiquiátrica, concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária (MRS) brasileiro.

O episódio, intitulado Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão vinculado ao MS, ocorreu em 1978, no Rio de Janeiro, quando três médicos recém-formados denunciaram uma série de irregularidades, dentre as quais maus-tratos, violências e violações da dignidade humana, nos próprios hospitais da Dinsam, o que culminou na organização do primeiro movimento social na área de saúde mental do país, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (Giovanella, 2012).

Após denúncias, foram demitidos 260 profissionais atuantes nos hospitais psiquiátricos do MS, no Rio de Janeiro, nesse período, o que veio a desencadear mais manifestações e protestos.

Tais protestos tratavam de:

denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados [...]; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então Inamps; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos [...]; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental [...] (Vasconcelos, 2010, p. 23).

Por meio do MTSM, ganha expressividade o questionamento do modelo vigente de segregação e asilamento ao qual eram submetidas as pessoas atendidas nos hospitais psiquiátricos e “teve início um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto

epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos” (Giovannella *et al.*, 2012, p. 638).

No mesmo ano de 1978, dois eventos, que contaram com a participação do MTSM, constituíram-se como marcos para o processo de RPB: a) V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú/SC, de 27 de outubro a 1º de novembro, conhecido como Congresso da Abertura, possibilitou ao MTSM excelente oportunidade para organizar o movimento em âmbito nacional e oportunizou propício debate político sobre o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro; b) I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro, de 19 a 22 de outubro de 1978, do qual participaram alguns dos mais importantes autores e atores da reforma psiquiátrica em âmbito internacional⁸, contando também com a participação de grandes nomes do cenário nacional, protagonistas do processo da RPB (Amarante, 2006; Balieiro; Flecha, 2018)

Dentre os inúmeros autores e atores renomados e protagonistas na Luta Antimanicomial e RPB, cabe ressaltar a influência e contribuição de Franco Basaglia, que, por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)⁹ e do MTSM, passou a proferir conferências e debates em universidades, sindicatos e associações. Sua influência tornou-se fundamental na conformação do pensamento crítico do MTSM (Amarante, 2020).

De acordo com Nicácio, Amarante e Barros (2000), no ano de 1979, Franco Basaglia, ao compartilhar suas experiências sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrico, proferiu inúmeras palestras nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, para profissionais da saúde; sindicalistas; políticos; professores; estudantes; e pessoas comuns. Além das palestras e conferências, realizou visitas a hospitais psiquiátricos e deu entrevistas denunciando a violência nos manicômios (Serapione, 2019; Freitas; Ribeiro, 2006).

Nas Conferências, Basaglia descrevia sua experiência no processo de desinstitucionalização italiano, bem como o fechamento do manicômio na cidade de

⁸ Franco Basaglia; Felix Guattari; Robert Castel; Thomas Szasz e Erving Goffman, dentre outros (Amarante, 2008).

⁹ O Cebes tem por objetivo organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas e difusão dos conhecimentos, com articulação e mobilização da sociedade. Desde sua criação, em 1976, o Cebes constitui-se em uma instituição sustentada no pensamento crítico, que participou da propositura do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), com protagonismo na defesa do direito universal à saúde e na criação e defesa do SUS. (Disponível em: <https://cebes.org.br/>).

Trieste/Itália, encorajando e mobilizando, os ouvintes que ali estavam, na busca por mudanças na assistência psiquiátrica (Oliveira, 2016).

As ideias e o modelo da Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia, foram fontes inspiradoras da proposta de reforma psiquiátrica no Brasil. Crítico da psiquiatria tradicional, Basaglia trouxe uma nova abordagem no tratamento psiquiátrico, com um novo olhar, desenvolvendo um método de reinserções territorial e cultural da pessoa usuária na vida social e na comunidade (França, 2021).

Após sua inserção no Hospital Psiquiátrico de Gorizia/Itália, em 1961, Basaglia começa a divulgar novas práticas e novos modos de tratamento, diante do impacto, ao deparar-se com a realidade do manicômio: “[...] os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo o seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas” (Amarante, 1996, p. 65).

Nesse contexto, foi desenvolvido o princípio prático-teórico chamado “duplo” da doença mental, algo que não era próprio do estar doente, mas estar institucionalizado. “Para Basaglia, enfrentar esse duplo, desmontar as incrustações, revelar o sujeito que sob ela se mascara e se coisifica, deve ser o primeiro e o mais fundamental ato terapêutico” (Amarante, 1996, p. 80).

Na análise de Amarante (1996), o que Basaglia trouxe foi uma nova maneira de ver a loucura; era a inversão ao que era proposto pelo saber psiquiátrico da época, Isso significava:

Ao invés de colocar parênteses no doente como o saber da psiquiatria realizava, a proposta é colocar a doença entre parênteses. Isso, não significa a negação da doença mental, e sim, “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” [...] E, se essa operação de negação-superação-invenção é um processo dialético, é, por extensão, um processo que traz mais questões que respostas. [...] é necessário sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução. [...] A doença não é a condição única, nem a condição objetiva do ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto em que se encontra o doente é produzido pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere (Amarante, 1996, p. 73;75).

O processo de desinstitucionalização consiste, segundo Amarante (1996), em desconstruir o paradigma problema-solução, mobilizando, nesse processo, os sujeitos envolvidos. A desinstitucionalização, nesse sentido, não é simplesmente entender um problema técnico-científico, mas saber que também é algo normativo, social e ético.

Sob inspiração de tais pressupostos, na contraposição à Psiquiatria tradicional, ainda no ano de 1979, outros eventos se constituíram marcos no processo da reforma psiquiátrica, dentre os quais citamos aqueles identificados por Amarante (2020):

- I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo em janeiro de 1979, reflexionou sobre a relação intrínseca sobre a transformação do sistema de saúde entrelaçado a outras lutas sociais de viés democrático, ultrapassando reivindicações com enfoque somente para a área, e ampliando sua agenda pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária.
- I Simpósio de Políticas Públicas da Câmara, momento em que o Cebes apresenta a proposta do SUS, por meio do documento intitulado A Questão Democrática na Área da Saúde:

[...] pela primeira vez na história, propõe um Sistema Único de Saúde (SUS), lançando as bases do que seria, mais tarde, a política nacional de saúde centrada nos princípios da universalidade, equidade, participação social e gestão unificada do sistema [...] (Amarante, 2020, p. 40).

Neste mesmo simpósio, o MTSM apresentou um importante diagnóstico sobre o modelo assistencial psiquiátrico, bases reflexivas que subsidiariam e marcariam a atuação do movimento em sua história.

- III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte/MG, contou novamente com a participação de figuras de referência internacional, com destaque para Franco Basaglia, que ainda visitou alguns hospícios-colônia, incluindo o Hospital Colônia de Barbacena/MG), fundado em 1903 e conhecido como Colônia ou Cidade dos Loucos. Na ocasião, Franco Basaglia, em entrevista a uma coletiva de imprensa, o comparou a um campo de concentração nazista, devido às condições em que se encontravam as pessoas usuárias hospitalizadas.

Nas palavras de Arbex (2013, p. 26): “Sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia”. As cinco décadas mais dramáticas do país fazem parte do período em que a loucura dos chamados normais dizimou, pelo menos, duas gerações de inocentes em 18.250 dias de horror. Restam, hoje, menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa.

No contexto de instauração da Nova República, em 1985, no então Governo José Sarney, e no bojo de mobilizações em torno da CF, no ano de 1986, é realizada a 8ª Conferência

Nacional de Saúde, marco importante do processo da reforma sanitária brasileira e das lutas na conquista legal da saúde como um direito de todos e dever do Estado, da perspectiva ampliada do conceito de saúde e da implantação de um SUS (Paim, 2007).

Além de tais desdobramentos propositivos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs a realização de conferências temáticas para a discussão em profundidade de políticas específicas e/ou por segmentos prioritários.

Decorre, dessas proposituras, a realização, em junho de 1987, no Rio de Janeiro, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, apresentando como temas centrais: I. Economia, sociedade e estado: Impactos sobre saúde e doença mental; II. Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III. Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental. A partir dessa conferência, a necessidade de uma nova legislação passa a compor a pauta de lutas do movimento de reforma psiquiátrica, aprofunda-se a crítica ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, reafirma-se a necessidade de implementar serviços territorializados, mas também propicia a articulação para a realização de um segundo congresso do MTSM (Amarante, 2007)

Em seguimento ao repertório de eventos que marcaram a articulação sociopolítica em torno da luta antimanicomial e do projeto de reforma psiquiátrica antes da implantação do SUS, é realizado, em 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental na cidade de Bauru/SP, após oito anos de ocorrido o primeiro congresso. Nesse II Congresso, cria-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado deste então em 18 de maio, além de introduzir o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Instaura-se uma nova forma de pensar as instituições, tanto na macro como na microrreforma, envolvendo tanto os usuários de Saúde Mental como os profissionais da área de saúde (Tenório, 2002).

O evento popularizou-se como Congresso de Bauru, e a adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, segundo Giovanella *et al* (2012, p. 641), foi o inspirador da mudança de denominação do movimento, que, em 1993, passaria a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), incluindo na nomenclatura do movimento outros atores, além dos trabalhadores na área de saúde mental.

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos/SP em 1989, clínica privada conveniada com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), mediante denúncias, com repercussão nacional da exposição de casos de óbito, superlotação, abandono e maus-tratos, evidenciou a necessidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico, com a implantação de Núcleos

de Atenção Psicossocial (Naps) na cidade, primeira demonstração de que a RPB era possível e exequível (Tenório, 2002).

No ensejo de tais eventos e de mobilizações organizadas, dos diferentes sujeitos atuantes, vislumbraram-se possibilidades de instituir redes de cuidado e atenção com o propósito de substituir os leitos de hospitais psiquiátricos, com implementação de mudanças não apenas políticas, mas sociais e culturais, em relação ao sofrimento psicossocial, como descrito no item subsequente.

2.3 Política de saúde mental no contexto de implementação do SUS: entre a atenção psicossocial e a lógica manicomial privatista

A década de 1980 foi um período de pujante movimentação pelo processo de redemocratização, de reformas constitucionais, com a promulgação da CF, em 1988, com definição do papel do estado na proteção social e na garantia do direito universal à saúde, por meio da criação do SUS (Oliveira, 2022).

A partir de 1988, com a CF, no eixo da Seguridade Social, tem-se: Previdência, Saúde e Assistência Social,

construindo a ideia de direitos sociais universalizantes como parte integrante do acesso à cidadania, e afirmando como dever do Estado prover as condições para sua execução e direito dos cidadãos, além da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 e a sua regulamentação, através das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (Oliveira, 2022, p. 38-39).

No contexto da saúde mental, no período, a criação do primeiro Caps, em 1987, em São Paulo; o Caps Luiz Cerqueira; e do Naps, em 1989, na cidade de Santos/SP, esse último referenciado e celebrado como um marco da RPS devido ao seu pioneirismo no fechamento (e não reforma) do manicômio da cidade e na instauração de serviços substitutivos ao hospital, causou ampla repercussão na mídia, em âmbito nacional (Amarante, 2007), promovendo a visibilidade dessas ações inovadoras e a implementação de serviços semelhantes pelo país.

Concomitantemente a tais inovações na direção de uma atenção psicossocial, ocorreu a regulamentação do SUS, por meio das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, com definição das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dispendo sobre o dever do Estado na garantia da

saúde, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visassem a redução de riscos de doenças e de outros agravos.

Cabe ressaltar, devido à sua importância no processo de RPB, o Projeto de Lei 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado¹, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços de atendimento humanizado, abertos e territoriais, de base comunitária, “além de alvidrar sobre a regulação da internação psiquiátrica involuntária” (Sampaio; Júnior, 2021, p. 8).

De acordo com Sampaio e Júnior (2021) e Pitta (2011), a década de 1990 foi o período que marcou a solidificação e o fortalecimento dos ideais da RPB. Foi o momento em que se ampliava e incorporava a militância do movimento da luta antimanicomial. Foi um período de conquista e desafios, pois:

[...] evidenciaram-se a redução de leitos hospitalares, o aumento de serviços substitutivos e mobilizações para delinear ações de cuidado com base na universalidade, na acessibilidade e orientadas para a comunidade. Apesar da inegável importância do crescimento dos serviços substitutivos, o baixo financiamento para tais serviços e a expansão insuficiente ante as necessidades do sistema público de saúde mostraram-se como um desafio a ser superado (Sampaio; Júnior, 2021, p. 3).

É inegável a importante virada civilizatória manifestada na atualização de aparatos legais, sociais, culturais, e econômicos brasileiros, a partir da CF de 1988. A repercussão das reformas sanitária e psiquiátrica espelham um momento de protagonismos de segmentos populares organizados, na história do país, responsáveis por propor e galgar a construção de novos patamares no campo dos direitos de cidadania, que sustentam até hoje um projeto de saúde universal, participativo e equânime (Brasil, 2005). Todavia, é preciso olhar com estreiteza e criticidade para compreender as disputas e contradições que marcaram e marcam a construção de uma política de saúde pautada em tais princípios norteadores.

As disputas entre a perspectiva de construção da RPB de bases antimanicomiais, fundada também nos pressupostos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), encontra inúmeros desafios no processo da constituinte, ao passo que, apesar das conquistas estabelecidas nos marcos legais da CF de 1988 e legislações subsequentes, a presença e os acenos privatistas expressam os projetos antagônicos em disputa e contradições existentes, a exemplo da previsão constitucional no Art. 199 da CF de 1988 que estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

A brecha constitucional oportuniza a liberdade do mercado, em momento crucial de implantação do SUS, onde os ajustes neoliberais, na década de 1990, vão sobressair e se colocar

na contraposição da universalização do direito à saúde, do projeto da reforma sanitária e da RPB.

No tocante ao projeto da RPB, a organização sociopolítica de segmentos antimanicomiais organizados e a perpetuação da realização de eventos, seminários, além de ações e propostas inovadoras, no campo da atenção às pessoas com sofrimento psíquico, constituíram as bases que reforçam as lutas por uma sociedade sem manicômios e implantação de uma rede substitutiva territorializada, com respeito à autonomia e dignidade da pessoa humana (Tenorio, 2002).

Nessa direção, ganham realce as seguintes estratégias organizativas e referências, no período:

- Criação e incorporação ao movimento de reforma psiquiátrica de entidades com participação efetiva de familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental na década de 1990, dando um novo *status* ao então denominado Movimento de Luta Antimanicomial, a exemplo da Associação de Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental Loucos pela Vida – Juqueri, em Franco da Rocha, região metropolitana de São Paulo; da Sociedade de Serviços Gerais para a Integração para o trabalho (Sosintra), no Rio de Janeiro; e da Associação Franco Baságlia em São Paulo (Tenório, 2002).
- A Conferência Regional para Reestruturação de Atenção Psiquiátrica na América latina, com expressividade para a conhecida Declaração de Caracas, como um marco em defesa da promoção do respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico e reestruturação da atenção psiquiátrica, com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde (OMS/Opas - Declaração de Caracas, 1990).
- Ações estruturais para substituição do cuidado hospitalocêntrico por serviços comunitários, no âmbito da Coordenação de Saúde Mental, em 1991, foram publicadas nas Portarias 189/1991 e 224/1992, com o redirecionamento de recursos públicos para a instituição de Naps e Caps como "unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional" (Tenório, 2002, p. 42).
- O I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos/SP, em 1991, com o lema Loucura não se Prende, "traz para nós uma ampliação do conceito da reforma psiquiátrica e para o usuário a saúde do lugar de objeto para o de sujeito

político” (Amarante; Torres, 2001, p.79), ou seja, o usuário agora passa a ser transformador; importante ator na modificação do lugar do “louco”. Esse encontro foi a preliminar para a II Conferência de Saúde Mental.

- A II Conferência de Saúde Mental foi realizada em 1991 a partir da mobilização organizada de diferentes sujeitos sociais e setores, que veio a representar um amplo processo de participação e debate, com envolvimento de usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços (Brasil, 1994).

Pode-se dizer que o avanço consistente do processo da RPB aconteceu nos anos 2000, por meio da demonstração da força social e política do movimento da reforma psiquiátrica em todo o país.

O período foi caracterizado pelo avanço de mecanismos legais consoantes aos pressupostos da RPB. A promulgação da Lei 10.216/2001, versão substitutiva ao original PL 3.657/1989, que tramitou durante 12 anos no congresso, apesar de suprimir alguns anseios, a exemplo da extinção gradual dos manicômios (Amarante, 2007), ainda assim, possibilitou inovações na construção da Política de Saúde Mental direcionada para um modelo assistencial fundado na autonomia, nos direitos humanos, ou seja: “Apesar de menos incisiva do que o projeto de lei original, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos, impulsionou a mudança do modelo de atenção em saúde mental direcionando-o ao cuidado em meio comunitário” (Sampaio; Júnior, 2021, p. 9).

No ano de 2001, a III CNSM teve como tema central “Cuidar sim, excluir não” e destacou os avanços teóricos e metodológicos provenientes das práticas extra-hospitalares, com ênfase para a abordagem do cuidado em liberdade; na desinstitucionalização; na territorialização e reafirmação da proposta de extinção de todos os hospitais psiquiátricos no Brasil, até 2004 (Heidrick; Berndt; Dias, 2015). Os debates e as propostas apresentadas durante a conferência contribuíram para revigorar a defesa da atenção em saúde mental pautada na humanização, na integralidade e no respeito aos direitos humanos, influenciando, posteriormente, as políticas e práticas no setor.

Em 2003, já no Governo Lula, foi criado o programa De Volta para Casa, com o objetivo de ressocializar pacientes vítimas de internações de longa permanência (Sampaio; Junior, 2021).

No ano de 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Mudanças significativas aconteceram, com a diversificação de profissionais e formas de

contratação. A conferência contou com ampla participação de usuários, familiares e outros setores da sociedade brasileira, envolvidos com a questão das políticas públicas (Brasil, 2010).

Os avanços nas normativas legais, em especial a partir da denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001, e a mobilização organizada de um conjunto de entidades antimanicomiais, precisam ser valorados, mas também analisados com criticidade, visto as contradições no âmbito normativo legal, uma vez que, apesar do estabelecimento da responsabilidade do Estado na oferta de serviços de saúde mental, e indicar que sejam oferecidos, em ‘serviços comunitários de saúde mental’ (*preferencialmente*), ao indicá-los como alternativas extra-hospitalares, os segmentos privatistas mercantis do campo da saúde mental conseguem galgar espaço significativo na sustentação da perspectiva hospitalocêntrica, manicomial e privatista.

Tal espaço se amplia, ou se restringe, a depender da capacidade organizativa e da força política dos diferentes segmentos, ou seja, por um lado, os/as defensores/as das propostas da RPB e, de outro, setores conservadores da Psiquiatria e de segmentos organizados em defesa do modelo asilar, hospitalocêntrico e medicamentoso, alinhados aos interesses do mercado.

Nesse sentido, sugere-se que, desde o princípio, a Política de Saúde Mental, no Brasil, é palco da ferocidade do antagonismo entre as forças/sujeitos políticos/movimentos que se voltam para projetos distintos, sustentados por fundamentos ideopolíticos e econômicos da sociedade capitalista (Sampaio; Júnior, 2021).

2.4 Referências contemporâneas da Política de Saúde Mental no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no SUS

A partir das reflexões discorridas nos itens anteriores, entende-se que o movimento da RPB, compreendido como um complexo político-social, que abrange um conjunto de transformações de práticas e saberes marcado por desafios, conflitos e impasses, inaugurou as formulações crítica e prática de cuidado em saúde mental, na perspectiva da inter-relação entre o social e o sofrimento psicossocial, em contraposição ao modelo de atenção pautado no paradigma da Psiquiatria, de base asilar e manicomial (Amarante, 1998; Bisneto, 2007).

A esse respeito, e em concordância com Amarante (1996) e Rotelli (2001), o trabalho da desconstrução dos manicômios é produzido por meio de ações básicas, como: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de palavra. Rotelli (2001) destaca a necessidade de reconhecer o sujeito

em sua complexidade, com a ênfase não mais colocada no processo de cura, mas na relação de vida.

Seguindo tais preceitos que embasam as propostas da RPB e a construção de uma rede substitutiva antimanicomial, cabe ressaltar alguns conceitos fundantes que subsidiarão tais serviços e estratégias, dentre os quais destacam-se, no presente estudo, a desinstitucionalização e o território como estratégia de criação de serviços de bases comunitárias.

A “desinstitucionalização” é uma estratégia que visa garantir às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o cuidado integral; a promoção de autonomia; o exercício da cidadania; e a inclusão social. Para Amarante (1995), desinstitucionalizar não se confunde com desospitalizar, mas, desconstruir, é superar o modelo arcaico focado na doença.

A desinstitucionalização significa tratar o sujeito em as existências e em relação as condições concretas de vida. É entender as instituições nos sentidos dinâmico e complexo de práticas e saberes, que constroem formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos (Amarante, 1998). “Este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995, p. 493).

Rotelli (2001) sinalizou a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação e necessidade de um olhar para além dos muros da instituição, ou seja, entender o sofrimento do indivíduo em sua relação com o corpo social e não focar na doença em si. A PNSM, apoiada na Lei federal 10.216/2001, entende a desinstitucionalização não apenas como processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas a implementação de condições fundamentadas em cuidado comunitário contínuo e qualificado no atendimento a todos os que necessitam de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social (Brasil, 2016).

No que se refere ao “território e criação de serviço de base comunitária”, a RPB propõe o rompimento da lógica do modelo hospitalocêntrico/asilar e criar serviços nos territórios, com o objetivo de atender de forma humanizada; promover a inserção na sociedade, com respeito a autonomia; e seus direitos de cidadão (Amarante, 1995).

A concepção do território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental. A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, como objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que

estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria (Giovannella; Amarante, 1994, p.145).

Na análise de Quintas (2007, p. 4), “o território torna-se estratégico para a transformação da relação entre psiquiatria, loucura e sociedade”, ou seja, é alicerce para inversão do modelo assistencial e constituir novas formas de cuidado em saúde mental, tendo como horizonte o cuidado em liberdade e com respeito à dignidade humana.

Parafraseando Quintas e Amarantes (2008, p.104):

O território é o local onde deságuam todas as transformações ocorridas no interior do serviço. A intervenção precisa chegar às instâncias reais e imaginárias para se disseminar a norma e a exclusão, e passar ao âmbito da política, do direito, das legislações, do trabalho e da cultura. Colocar-se assim em movimento, articulando-se no convívio entre as pessoas, é o que Santos (1988) chama de "território da vida", território onde se dão as trocas materiais e simbólicas e as relações sociais (grifos próprios).

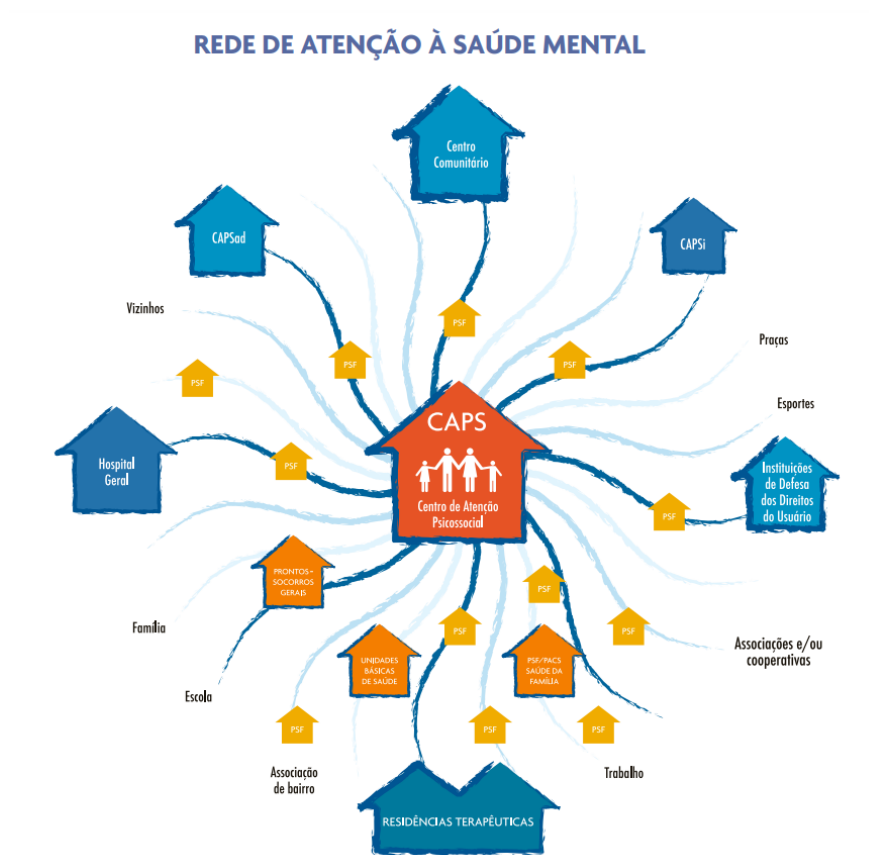
Nesse sentido, os Caps, regulamentados pela Portaria GM/MS 336/2002, são implementados e constituídos como estratégia primordial para a organização de uma rede de cuidados em saúde mental de bases territoriais (Brasil, 2002). Compreendidos como um dos equipamentos principais do processo da RPB, surgem com o propósito de acolher as pessoas usuárias com sofrimento psicossocial no território, nos ambientes social e cultural, integrando os diferentes recursos institucionais e comunitários. (Brasil, 2004). Assim, implementação de serviços de base comunitária, pautados na proposta da Reforma Psiquiátrica, busca não somente a oferta do tratamento, mas a promoção da cidadania e a inclusão das pessoas na sociedade (Amarante, 1998).

Os Caps, dispositivos da RAPs, constituem-se como espaço terapêutico e de convivência, oferecendo atendimentos psicológico, social, psiquiátrico e clínico. De acordo com Brasil (2004, p. 13), alguns dos seus objetivos está em:

prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas [...] dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), Pacs (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área [...]

A rede de atenção à saúde mental constituída a partir da proposta do Caps, no período, está representada na figura 1. A expressividade do Caps como equipamento central e ordenador das ações de saúde mental no território é ilustrativo da proposta de promover o cuidado em liberdade.

Figura 1 – Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004).

A criação da Raps, instituída pela Portaria MS/GM 3.088/2011, introduziu vários tipos de serviços de atendimento de saúde mental, atualizando os elementos ilustrativos expressos na figura 1.

A Raps, criada com o intuito de ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental, bem como fazer a articulação dos diversos pontos de atenção e garantia do cuidado integral, apresenta os seguintes objetivos centrais:

A ampliação do acesso a atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Garcia; Reis, 2018, p. 24).

Dentre as diretrizes da Raps, destacam-se o “respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; garantia do acesso e da qualidade dos serviços ofertando

cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” (Garcia; Reis, 2018, p. 25).

Com o propósito de atender às demandas de saúde mental das pessoas usuárias, em diferentes pontos e níveis de atenção à saúde, no quadro 1, são destacados os componentes centrais da Raps.

Quadro 1 - Componentes da Raps a partir da Portaria GM 3.088/2011

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio à Saúde da Família • Consultório de Rua • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em hospital geral • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) • Programa de Volta para Casa (PVC)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2013).

A efetivação e manutenção da Rede de Atenção é um desafio, haja vista ser um trabalho que necessita da articulação com outros serviços. De acordo com Lima e Guimarães (2019, p. 884):

Alguns dos desafios que se impõem à referida rede podem ser assim enunciados: atenção à crise, principalmente pela escassez de dispositivos substitutivos que atendam 24 horas por dia; aproximação entre Atenção Básica (AB) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); formação de laços entre os indivíduos e entre estes e a

cidade; inclusão dos setores de educação, justiça, assistência social, direitos humanos na luta pela cidadania; continuidade do cuidado em território; e a postura centralizadora que vem sendo assumida pelo Caps (ou imputada a este pelos outros elementos da Raps) como organizador da atenção em nível territorial [...]

Desse modo, vale ressaltar que as mudanças institucionais e legais não foram suficientes para uma completa ruptura do modelo psiquiátrico anterior:

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses pontos podem ser assinalados: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; [...] diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (Alverga; Dimenstein, 2006, p. 300).

Em 2019, a ascensão da extrema-direita, que se utilizou da agenda ultraliberal e fomentou programas de austeridade fiscal e severos cortes nas políticas sociais, aprofundou retrocessos e riscos para políticas sociais e de saúde, e no campo de cuidado e desmonte dos parcos avanços alcançados na PNSM (Sampaio; Júnior, 2021).

Vale destacar que essas mudanças levaram a Raps a um novo direcionamento. A lógica de mercado e a tendência de transformar a saúde em mercadoria, caminha *pari passo* com a (re)manicomialização,

[...] em vigor a resolução n. 32 e a portaria n. 3.588, que promoveram mudanças na PNSM [...] Tais medidas favorecem a desconfiguração dos princípios organizativos da Raps, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela RPB, e geram riscos de subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (Sampaio; Júnior, 2021, p. 10).

Dessa forma, essas mudanças ocorridas configuram uma estratégia de descaminho e de desrespeito ao que foi proposto pelo processo da RPB, com legislações que retrocedem ao modelo hospitalocêntrico, com base asilar.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2016-2022

Neste capítulo, empreende-se uma análise sócio-histórica concisa da PNSM, considerando os distintos cenários governamentais pós-CF de 1988, que influenciaram a construção do SUS. Essa revisão configura-se como um elemento essencial para compreender a emergência da (re)manicomialização, evidenciada por meio de instrumentos legais e assistenciais, ao longo do período de 2016 a 2022. Em seguida, direciona-se a atenção para uma breve apresentação do CNS, que serve como aporte introdutório do próximo capítulo, que explorará o posicionamento do conselho perante as demandas da saúde mental durante esse mesmo intervalo temporal.

3.1 A Política de Saúde Mental entre 2016 a 2022: contextualizações sócio-históricas para compreender a investida de (re)manicomialização

O ano de 1990 registra o processo regressivo dos direitos sociais conquistados na CF de 1988. As ditas “reformas”, orientadas e monitoradas por organizações internacionais¹⁰, como o Banco Mundial (BM); a Organização Mundial do Comércio (OMC); o Fundo Monetário Internacional (FMI), e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), com o apoio amplo da burguesia brasileira, iniciavam o discurso de que era preciso dar respostas à crise que se iniciara em 1970 (Luzia, 2009). A trajetória desse ideário começa a ser implantada no Brasil a partir do Governo Fernando Collor de Mello (1990-1992). Com o

¹⁰ Organizações internacionais são blocos de países que se reúnem em torno de objetivos em comum. A origem desses grupos está ligada ao período histórico-econômico conflituoso vivenciado ao longo do século XX. As décadas de 1960 e 1970 registraram a transnacionalização das atividades dos conglomerados econômicos e exigiram um processo de reestruturação tecnológica e produtiva, uma vez que, todas as formas de capital atingiram uma escala global no seu processo de circulação, resultando no afastamento do Estado e de instituições multilaterais do controle sobre o mercado. O desdobramento e as contradições produzidos nas décadas de 1970 e 1980 constituem particularidades e peculiaridades para a compreensão do processo que emergiu durante a década de 1990. Desse modo, as consequências da crise financeira internacional, na década de 1970, e da “crise da dívida” dos países latino-americanos, na década de 1980, contribuíram para que os organismos multilaterais de financiamento, assumissem a liderança no processo de renegociação da dívida desses países por meio de uma série de condicionalidades econômico-financeiras e político-ideológicas circunscritas aos Planos de Estabilização e aos empréstimos para os ajustes estruturais (1980) e setoriais (1983). A exemplo dessas organizações, estão o BM - possui como principal função a realização de empréstimos para países; porém, os financiamentos estão mais voltados para questões estruturais, como nos âmbitos do transporte, comunicação, energia, saúde e educação; a Organização mundial do Comércio (OMC) desempenha um trabalho voltado para a regulamentação do comércio em nível internacional. Esse organismo atua principalmente na defesa do livre-comércio e da livre concorrência [...]; o FMI atua principalmente na concessão de empréstimos financeiros para diferentes nações do mundo. Assim, esse organismo procura atuar de maneira corretiva no cenário econômico internacional, promovendo auxílios financeiros para países com dificuldades econômicas; a Unesco, foi criada em 1945, com o objetivo de permitir que os países desenvolvam políticas e programas voltados ao acesso universal à educação, ciência e cultura (Soares, 2020).

objetivo de modernizar o país, e estabilizar o quadro hiperinflacionário, o então presidente Collor lançou medidas de estabilização econômica encadeadas:

a uma estratégia de desenvolvimento que se propunha mudar radicalmente a economia e o Estado brasileiros. Sem contar com o apoio coeso e organizado dos empresários e sem ter, tampouco, uma base parlamentar majoritária, o presidente definiu suas prioridades a partir da luta antinflacionária, e avançou seu projeto de reforma através de um conjunto de ‘medidas provisórias’ apoiado, quase só, na adesão da opinião pública e na completa fragmentação inicial das forças políticas de oposição (Fiori, 1991, p. 123, grifos próprios).

Contudo, o conhecido Plano Collor, segundo Maciel (2011), foi marcado por medidas ortodoxas e neoliberais, baseadas na alta dos juros, na restrição ao crédito, no corte de gastos públicos.

O Plano Collor I anunciou a aurora da era neoliberal, que tinha o combate à inflação apenas como aspecto inicial de um ambicioso processo de redefinição do padrão de acumulação paulista e de ofensiva contra os direitos sociais e trabalhistas. Esta ofensiva tornava-se crucial para os interesses do grande capital monopolista, seja em função da perspectiva de aumento da taxa de mais valia como forma de reversão como forma de reversão da tendência de queda na taxa de lucro motivada pela recessão econômica, seja pela imperiosa necessidade de desencadear o processo de reestruturação produtiva, com a incorporação de novas tecnologias e novas formas de gerenciamento do processo produtivo, baseadas na desregulamentação do mercado de trabalho (Maciel, 2011, p. 102).

Entretanto, de acordo com Filgueiras (2006) e Maciel (2011), o resultado no combate à inflação não foi tão favorável como se esperava. Se a inflação mantinha uma queda de 81,3%, no mês de março de 1990; em abril, de 11,3%; em maio, de 9,1%; e em junho estava em 9,05%; em julho retomava uma tendência de alta, que a elevou ao índice de 21,1%, em fevereiro de 1991. O que se viu, nesse período, foi um cenário de crescimento do desemprego e de rebaixamento da renda salarial; a taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) tornou-se negativa, com o índice a -4,4%, alcançando a marca histórica, desde 1908.

Paralelamente, o processo de redefinição do papel do Estado se inicia, com a venda de estatais [...] em seu governo, Collor privatizou 18 empresas estatais, por um montante de 5.371 milhões de dólares, incluindo-se valor de venda e dívidas transferidas (Maciel, 2011, p. 102).

Em 1991, um novo plano econômico foi anunciado (Collor II), que também foi impotente diante da crise econômica, ficando em vigência apenas por três meses do mesmo ano. O que se verificou, é que esses planos levaram ao sucateamento do capital estatal; à destruição do pequeno e do médio capital; à implosão da tecnologia nacional, que passou a ser substituída por alternativas vindas de fora. Na análise de Stampa *et al.* (2020, p. 19), “o que se conseguiu foi empobrecer ainda mais o país, desestimular o parque produtivo e achatá-lo barbaramente os salários”.

Esse plano trouxe consequências severas à classe trabalhadora, visto que projetos neoliberais implantados em países em desenvolvimento penalizam de maneira muito mais brutal o mundo do trabalho. Nota-se que, em momentos de crise do capital e superação dessa crise, as configurações da proteção social não se inserem na perspectiva de um Estado de Bem-Estar Social, guiado pelo critério das necessidades sociais e pelos princípios de equidade; o que se percebe, é uma tendência na execução de políticas e programas sociais restritos, que obedecem a uma severa adequação aos objetivos macroeconômicos (Stampa *et al.*, 2020). Desse modo,

[...] o desenho das políticas sociais mantém-se subordinado à lógica orçamentária da política econômica, o que faz com que o esboço de proteção social permitido não ultrapasse ações focalizadas e pontuais, ofertadas somente em situações extremas. A aplicabilidade de tal concepção, portanto, implica a fragilidade das políticas sociais de caráter universal (Guimarães; Maciel; Gershenson, 2020, p. 42).

Apesar de ter sido rápida, a passagem de Collor na Presidência, suas decisões de governo trouxeram medidas desastrosas, ao dar início às “reformas orientadas para o mercado”, “reformando o Estado com ênfase especial, nas privatizações, um Estado mínimo para políticas sociais, desmonte, destruição, numa espécie de reformatação do Estado brasileiro, para adaptação passiva a lógica do capital” (Behring; Boschetti, 2011, p. 151).

Em síntese, dentre algumas medidas econômicas que o Governo de Fernando Collor de Melo objetivava, sobressaíram a: “alavancagem do processo de privatização das empresas nacionais, minimização dos gastos públicos governamentais na área social, abertura econômica para capitais estrangeiros” (Oliveira, 2011, p. 138).

A trajetória continua quando, o Governo Itamar Franco¹¹ assume a Presidência do país, em 1993, e mantém o processo de implementação das “reformas”. Num contexto político-econômico complexo, permeado por alto índice inflacionário e elevada taxa de desemprego, Itamar Franco passa a adotar uma política econômica com fundamento no Plano Real¹², com seu ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso.

¹¹ Vice-presidente do Brasil, durante o Governo Collor, Itamar Franco assume a Presidência da República em 29 de dezembro de 1992, logo após o *impeachment* sofrido pelo então Presidente da República, Fernando Collor. Ocupa o cargo até 1º de janeiro de 1995.

¹² O Plano Real (1994) foi elaborado e implementado pela equipe liderada pelo então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Criado durante o Governo Itamar Franco, foi consolidado no Governo FHC. Objetivava a redução e o controle da inflação, por isso, consistiu em uma série de medidas integradas, envolvendo ajustes fiscais, controle monetário e a criação de uma nova moeda, o Real. As metas eram: modernização como redefinição da estrutura nacional, tendo como referência as novas tecnologias disponíveis no mercado internacional; desregulamentação do setor produtivo público, redefinindo seu papel como administrador de políticas macroeconômicas e de produção de bens sociais e de políticas sociais compensatórias (Reis; Prates, 1995, p. 49).

Entre os anos de 1995 e 2002, assume a Presidência o Governo FHC, que foi marcado pelo trinômio: “abertura econômica, privatizações e desregulamentação do Estado” (Guimarães; Maciel; Gershenson, 2020, p. 200). Um dos pontos marcantes foi o ajuste fiscal, que incutia a falsa ideia de que o principal problema do país estava no déficit público.

Assim, o Presidente FHC alegou que, para atingir o equilíbrio orçamentário, era preciso privatizar as empresas estatais: de energia, telefonia, dentre outras; contudo, a utilização desses recursos antidemocráticos não foi capaz de reduzir o déficit público. O desdobramento dessas medidas econômicas patrocinadas por FHC trouxe desastrosas implicações sobre as políticas sociais. De acordo com Molina e Rodrigues (2020, p. 50), diante dessas ações do Governo FHC,

as políticas sociais não fizeram senão sofrer sucessivos cortes, cada novo ajuste anunciado incluindo uma nova redução de recursos com o intuito de minimizar o déficit público. Em decorrência da adoção pela política neoliberal e pela e pela relação subordinada a uma economia globalizada, o governo de Fernando Henrique Cardoso desenvolveu sua política econômica nos ditames do capital mundial. [...] A adoção dessa forma de governo levou a uma “sabotagem” das políticas sociais, referentes à educação, saúde, trabalho, assistência e previdência social, destinadas principalmente à massa dos trabalhadores (grifo próprio).

De acordo com Oliveira (2011), o Governo FHC colocou em prática, no Brasil, o projeto macroeconômico conduzido pelas agências financeiras internacionais, fomentando reformas constitucionais com ideologia neoliberal, que representaram um ataque à seguridade social proclamada pela CF de 1988.

Vale ressaltar que esse cenário não se restringiu apenas ao Brasil, mas abrangeu a América Latina, em países que se apoiaram na ideologia neoliberal com o propósito de restaurar suas economias. Fato é que a conduta adotada pela privatização, seguida de intervenções internacionais, contribuíram para a “desresponsabilização” do Estado, com a prestação de ações sociais não atingindo as verdadeiras necessidades das camadas populares (Molina; Rodrigues, 2020).

Dentro do plano de reestruturação do aparelho de Estado, tem-se, no Governo FHC, a proposta encaminhada ao Congresso, durante seu primeiro o mandato, o chamado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), dirigido pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira¹³, com o argumento de que a reforma do Estado era necessária, pois a crise vigente

¹³ Luiz Carlos Bresser Pereira, em 1995, assumiu o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, depois de participar da campanha para a Presidência da República de Fernando Henrique Cardoso, e, no segundo mandato, foi, por seis meses, ministro da Ciência e Tecnologia.

decorria da incapacidade e ineficiência burocráticas e administrativas do Estado, já que não conseguia atender às demandas que recebia.

Pode-se dizer:

que a elaboração do PDRE tinha o objetivo de garantir a governança mediante novos modelos de financiamento, de gestão do setor público e de organização, visando aprofundar a descentralização de funções para estados e municípios e, desta forma, limitar a ação do Estado às atividades exclusivas, reservando à iniciativa privada a produção de bens e serviços e ao setor público não-estatal àquelas não exclusivas do Estado (Ribeiro, 2002, p. 12).

De acordo com Bravo e Menezes (2014), o Plano Diretor trazia que a crise da década de 1980 fora causada pela incapacidade do Estado em gerenciar de maneira adequada as demandas da sociedade, em relação ao aparelho estatal. Para as autoras, essa foi uma ideologia do grande capital e anunciada por Bresser Pereira, exigindo do Estado a privatização e a abertura comercial.

Na análise de Alves (2001), sobre o antigo texto do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), intitulado Plano Diretor da Reforma do Estado, a frase “a crise brasileira da última década foi também uma crise de Estado”, que inicia seu prefácio, anuncia que a crise é do capital e que se aprofunda “vertiginosamente com o neoliberalismo”.

No contexto dos anos 2000, viu-se, no Brasil, a reformulação do neoliberalismo; o chamado neodesenvolvimentismo; nos governos de Lula e Dilma. De acordo com Corsi e Santos (2010, p. 20),

Na verdade, sob o neodesenvolvimentismo, o Estado brasileiro continuou sendo um Estado neoliberal de feição oligárquico-política. Para governar, Lula adotou a estratégia de conciliação de classe capaz de conduzir o que seria um novo modelo desenvolvimentista nos marcos do bloco no poder oligárquico-burguês sem romper com os pilares da macroeconomia neoliberal (Lula manteve por exemplo a tríade da regulação neoliberal: superávit primário, meta de inflação e câmbio flutuante).

Na análise de Zanardini e Deitos (2020), o chamado neodesenvolvimentismo é marcado pela ação do Estado (burguês) na alegação de diminuir a pobreza a partir do princípio da equidade social, enquanto igualdade de oportunidade. Nesse sentido o projeto neodesenvolvimentista mescla elementos do desenvolvimentismo popular com elementos do desenvolvimentismo capitalista, ou seja, de um lado, assume a tarefa de “combater” a pobreza com programas de transferência de renda e promover a inclusão no mercado de trabalho, por outro, incentiva a centralização do capital do oligopólio.

De acordo com Silva (2013, págs. 92-93), o que diferencia o neoliberalismo do neodesenvolvimentismo¹⁴, é que a proposta desse segundo se constitui em um Estado forte, com intervenção em favor da economia,

e se diferencia, também, do nacional-desenvolvimentismo porque não almeja o mercado interno, mas, constitui-se uma economia competitiva no plano internacional, por meio da atração das empresas transnacionais, do estímulo às inovações tecnológicas e dos investimentos em infraestrutura. O papel do Estado “neodesenvolvimentista” é regular e impulsionar de forma eficiente o crescimento econômico com inclusão social (grifo próprio).

Nesse sentido, o novo desenvolvimentismo pode ser entendido como estratégia de desenvolvimento conduzida pelo Estado, em um cenário neoliberal, que se evidencia tanto em nível nacional como internacional. Em concordância, Mota (2018, p. 69) cita:

não se trata do neoliberalismo dos anos 1990 do governo Fernando Henrique Cardoso e similares, uma vez que o novo desenvolvimentismo, que está geralmente associado aos governos petistas (Lula e Dilma), busca potencializar os gastos estatais na “esfera social” mesmo mantendo muitas orientações macroeconômicas neoliberais na economia, fato que conduz a fortes contradições.

Desse modo, Corsi e Santos (2020) e Mota (2018) apontam que, nos governos de Lula e Dilma, mesmo com a implantação de várias políticas de inclusão social de combate à pobreza, o acesso ao crédito e o aumento do emprego formal não alcançaram uma mudança significativa que rompesse com a ideologia capitalista e suas bases, que fundamentam a superexploração dos trabalhadores assalariados. Vale ressaltar que esse foi um governo com iniciativas importantes, do ponto de vista de um conjunto de medidas relevantes para mitigar a desigualdade social.

A dificuldade esteve na complexa orientação em políticas sociais focalizadas e compensatórias, primeiro, porque entra em choque com os direitos previstos e conquistados na CF de 1988; segundo, por se tratar de uma política seletiva, que seleciona o mais pobre entre os pobres, os miseráveis, e:

desloca a disputa entre capital e trabalho, própria das sociedades capitalistas, para o âmbito interno da classe trabalhadora, transformando-a assim num conflito distributivo que opõe os seus vários estratos: assalariados com rendimentos mais elevados *versus* mais reduzidos, trabalhadores qualificados *versus* não qualificados, trabalhadores formais *versus* informais, participantes *versus* não participantes da

¹⁴ O neodesenvolvimentismo é acima de tudo, desenvolvimento da produção capitalista e enquanto tal, desenvolvimento das misérias modernas [...] um novo projeto de desenvolvimento capitalista que surge com a crise do neoliberalismo no Brasil. Na verdade, trata-se de uma nova visão de desenvolvimento capitalista baseado na criação de um novo patamar de acumulação de capital por meio da ação do Estado capaz de criar, por um lado, as condições macroeconômicas para o crescimento da economia capitalista e, por outro lado, ao mesmo tempo, a ampliação do mercado interno por meio da redução da pobreza e políticas sociais redistributivistas focadas no subproletariado (Alves, 2013).

seguridade social, trabalhadores do setor público *versus* do setor privado, etc. Todas elas, clivagens reais ou imaginárias, acentuadas ou criadas pelo capital e sua política, que fragmentam a classe trabalhadora e estimulam e açulam a disputa entre os seus diversos segmentos (Filgueiras, 2007, p. 27).

No contexto de mandato dos governos progressistas do Partido dos Trabalhadores (PT) tem-se, em 2011, a primeira Presidenta mulher eleita, no Brasil, Dilma Rousseff, (2011-2014; 2014-2016). Apesar do intento de dar continuidade às políticas de diminuição das desigualdades sociais, as ações político-organizativas de segmentos de setores da direita e extrema-direita, concomitantemente com as medidas de austeridade que passam a ser implementadas, sobretudo, no segundo mandato da Presidenta, trouxeram preocupação e uma série de mobilizações, por vezes, apropriadas por interesses desses grupos mais conservadores, com consequências para a fragilização do governo. No que concerne à política de saúde, as medidas de cunho privatista, comprometidas com o modelo neoliberal, apontavam para:

A criação de novos modelos de gestão privatizantes, o incentivo à ampliação do setor privado por dentro do SUS por meio de contratualizações e convênios, em que se constata uma discrepância no repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado em comparação ao que é repassado à rede pública; como também no tocante aos incentivos para o mercado de planos privados de saúde [...] mantém assim uma política de saúde cada vez mais subordinada à lógica do mercado (Santos, 2014, p. 92).

Ao mesmo tempo em que o Governo Dilma aponta para a saúde como prioridade e o comprometimento com serviços de atendimento de qualidades, declara estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde. No triênio 2011-2013, a expansão anual com gastos com saúde foi progressivamente menor, recuperando-se apenas no último ano do governo. No início da gestão, era possível reconhecer pelo menos três projetos em disputa, na área da saúde: “o mercantilista ou privatista, o revisionista ou racionalizador e o democrático ou da RSB. Ao lado do ‘projeto privatista’, o ‘projeto revisionista’ (racionalizador) ganhou força no primeiro governo da presidente” (Reis, Paim, 2018, p. 109, grifos próprios).

Vale ressaltar que, nos Governos Lula e Dilma, houve avanços nas políticas sociais, com uma notável ampliação no acesso a serviços públicos; na garantia de uma renda mínima; diminuição da pobreza; dentre outras conquistas, porém, não se conseguiu romper com uma política voltada ao capital, com privatizações e parcerias neoliberais (Farias, 2019).

Em 2015, por exemplo, sob o Governo Dilma, foi sancionada a Lei 13.097, em 19 de janeiro, que alterou um parágrafo da Lei Orgânica 8.080/1990, em seu artigo 23 (Brasil, 2015), ° que permitiu, pela primeira vez na história do SUS, a entrada do capital estrangeiro (Abrasco,

2015). Até então, o Texto Constitucional e a Lei Orgânica 8.080/1990, previam que a aceitação de capital estrangeiro só poderia ocorrer em caso de exceção e não de regra.

Para se ter ideia da gravidade, em casos como esse, a alteração do artigo 23 permitiria a atuação do capital estrangeiro na assistência à saúde por meio de: a) hospitais gerais ou especializados, incluindo a filantropia; b) clínica geral, especializada, policlínica; c) laboratório de genética humana; d) produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde; dentre outros (Marques; Ximenes e Ugino, 2018).

Trata-se da lógica da mercantilização propagada como melhoria para o campo da saúde em geral (Costa, 2020).

Com a insatisfação e o desgaste do projeto político de conciliação de classe, esse contexto é que ocorre o golpe de Estado de 2016, que eleva à Presidência o vice, Michel Temer (PMDB), e promove a chegada ao governo de grupos conservadores e ultraliberais. Dessa forma:

[...] 2016 ficou marcado como o ano do golpe na história do Brasil. Num curto espaço de tempo a democracia e os direitos sociais foram atacados de forma bárbara. Com o cenário de crise econômica, o capital exigiu duras medidas para sustentar sua rentabilidade e, para isso, apostou em reduzir os investimentos públicos (visto pelo governo como gastos), as reformas da Previdência e trabalhista, além da criminalização das lutas populares (Albino, 2018, p. 69).

De acordo com Gentil (2019); Albino (2018); Farias (2019); e Silva *et al.* (2021), observou-se, na ascensão de Temer, o retrocesso catastrófico no campo das políticas sociais. O período que sucede o golpe de 2016 marca a intensificação do ataque aos direitos sociais, e o agravamento da recessão econômica. Entra em curso o projeto radicalmente liberal, com taxas de crescimento econômico negativas; altos índices de desemprego; e, automaticamente, a elevação da miséria.

Vale ressaltar que o processo de privatização e retrocessos não começa no Governo Temer, mas se agudiza, por exemplo, com o congelamento de recursos orçamentários para políticas sociais por 20 anos, com a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, conhecida como “Teto dos Gastos”. De acordo com Mendes e Carnut (2020, p.177):

A Emenda Constitucional n. 95/2016 é a face mais vil da demolição dos direitos sociais e, entre os quais, está o direito à saúde. Ela congela o gasto público primário em 20 anos, medida sem precedente em nenhum país do capitalismo ocidental, o que revela a face das medidas golpistas da extrema-direita.

A EC 95/2016 altera os critérios constitucionais de cálculo com despesas mínimas com Educação, Saúde e Assistência, estabelecendo limites para o aumento dos gastos públicos pelos

20 anos seguintes, que passam a ser corrigidos tão somente pela variação da inflação do ano anterior, de modo que, segundo Sampaio e Júnior (2021, p. 10), “Essa medida acarretaria expressivas perdas financeiras para o SUS e limitaria o desenvolvimento das políticas sociais”.

Para Santos e Campos (2021); e Rossi e Dweck (2016), essa modalidade de regime torna-se uma espécie de círculo vicioso, na medida em que cortes no gasto público induzem à redução no crescimento, e provoca novas quedas da arrecadação e exige novos cortes de gastos.

A proposta de estabelecer um Novo Regime Fiscal foi apoiada em argumentos falsos, pois os deputados apresentaram dados positivos, com relação a países desenvolvidos que adotaram uma fixação do teto dos gastos, como a Holanda, Finlândia e Suécia; porém, na maioria desses países, já existe uma estrutura de prestação de serviços consolidada, diferentemente do Brasil, em que há maiores carências sociais e precariedade na infraestrutura.

Outro detalhe está na particularidade que torna o país o único no mundo, que é a forma como os limites foram estabelecidos: a diferença dos longos 20 anos; a correção do teto dos gastos apenas pela inflação; e a inclusão de norma na CF. Nos países citados, “variam entre três e quatro anos, são geridos por leis ordinárias ou até acordo político de modo que ainda há a possibilidade do crescimento real dos gastos por não ser tão restritivo como é o caso da emenda constitucional brasileira” (Santos; Campos, 2021, p. 17).

Na verdade, a austeridade é:

Principalmente, um problema político de distribuição de renda e não um problema de contabilidade fiscal. Os efeitos de austeridade afetam de forma distinta os diferentes agentes econômicos e classes sociais de forma que os mais vulneráveis, que fazem mais uso dos serviços sociais são mais afetados. Apesar das inúmeras evidências contrárias a as eficácias, a austeridade persiste como ideologia e sempre retorna ao debate político por ser oportuna para os grupos dominantes de poder (Fundação Friedrich Ebert, 2016, p. 10-11).

Tais retrocessos e desmontes relativos tanto à política de saúde como à política de saúde de mental coligam-se a um projeto de sociedade marcado pela apropriação do fundo público, e pelo fortalecimento do mercado privado da saúde, com pagamento de juros e amortizações da dívida para o capital financeiro com vigência por 20 anos.

Quanto ao SUS, a estimativa é que a perda de recursos federais seja de pelo menos R\$ 654 bilhões, podendo alcançar R\$ 1 trilhão, em 20 anos, dependendo do crescimento do PIB do país (Cislighi, 2021; Santos; Moraes, 2022). De acordo com Cislighi (2021), o que se vê, a partir do golpe parlamentar e posse do então Presidente Michel Temer, são propostas e ações numa versão mais radical do que o projeto neoliberal, ou seja, é o denominado

ultraneoliberalismo¹⁵. Segundo Lapa e Assis (2021), uma conjuntura ultraneoliberal começa a ser desenhada a partir da ascensão do então Presidente Temer, com uma nova rodada de privatizações, exploração e expropriação do fundo público e da classe trabalhadora.

Dessa forma, no projeto do ultraneoliberalismo,

O capital, cada vez mais, para garantir suas taxas de lucro, necessita se apropriar de fundo público dados os limites para a formação de um mercado consumidor diretamente capitalista em tempo de ampliação da pobreza e da miséria. Assim, as ameaças à política de saúde não tratam de uma extinção imediata do SUS, mas uma subsunção do SUS às necessidades e interesses do capital, [...] (Cislagh, 2021, p. 23).

As propostas de contrarreformas estão embasadas em alguns documentos divulgados entre 2015 e 2016: Agenda Brasil (agosto de 2015); Uma Ponte para o Futuro (outubro de 2015), e Travessia Social (abril de 2016),

que apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores. [...] A agenda Brasil, com relação à saúde, explicita as seguintes propostas: impedir o pagamento do SUS de tratamentos experimentais, sob o argumento de evitar a judicialização da saúde; introdução do pagamento do SUS. [...] Uma Ponte para o Futuro acaba com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação [...] Uma Ponte para o Futuro, de forma geral: conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais [...] com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 12-13).

No que se refere à Política de Saúde Mental, o fato que demonstra o desmonte do que foi proposto na RPB, pode ser visto por meio da Portaria GM/MS 3.588/2017, com a mudança na Raps, que aponta para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e, ainda, a ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas; criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais. Tal política é alvo de críticas sobre a maneira como foi construída. Em conformidade, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 16) evidenciam:

Tal política é alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por estar na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017.

¹⁵ É a forma mais aprofundada dos pressupostos do neoliberalismo, apesar de ser das atividades do setor financeiro privado, a crise apresenta-se como do Estado, absorvendo os prejuízos do capital através do fundo público (Lapa; Assis, 2021).

O processo de aprofundamento de contrarreforma do Estado, com ações e alterações ao que foi proposto na RPB, continuaram no governo do então Presidente Jair Bolsonaro (2018-2022). Em relação à Política de Saúde Mental, ganhou destaque a Nota Técnica CGMAD/Dapes/SAS/MS 11/2019, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, do MS (BRASIL, 2019).

Partes do conteúdo que ganha destaque nessa Nota Técnica referem-se à reabertura de leitos públicos em hospitais psiquiátricos, com “a retomada de formas de tratamento questionáveis e extremamente invasivas, como, por exemplo, a eletroconvulsoterapia (ECT)”. Desse modo, Miguel e Medeiros (2022, p. 48) informam que:

A terapia ECT corresponde à aplicação de uma corrente elétrica de baixa intensidade na região das têmporas no indivíduo, induzindo convulsões que duram cerca de um minuto. Essas convulsões interferem na liberação de neurotransmissores no cérebro. A premissa é de que, em algumas doenças, o equilíbrio dessas substâncias, responsáveis pela comunicação entre as células do sistema nervoso, esteja afetado.

Nesse contexto, nota-se que, ao se referir ao tratamento, a Nota Técnica 11/2019 vai contra o que está escrito na Lei 10.216/2001, que preza por tratamento não invasivo e baseado em serviços comunitários. O artigo 4º da referida Lei, no que diz respeito ao tratamento de internação, traz:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Brasil, 2001).

Na análise de Almeida (2019), as mudanças propostas na Nota Técnica 11/2019 ignoram as evidências que provocam a necessidade de basear a promoção, prevenção e o tratamento de transtornos mentais em saúde pública de formas sistêmica e intersetorial. Com abordagem ultrapassada, o texto trata a política de saúde mental apenas numa perspectiva estritamente clínica, ignorando, assim, o debate acumulado nesse campo específico.

Trazendo a reflexão sobre alguns pontos acerca do conteúdo da Nota Técnica 11/2019, tem-se, no abaixo assinado, o posicionamento de repúdio, de grupos de pesquisas e pesquisadores, às propostas colocadas. Desse modo, Guljor *et al.* (2019, p.1) descrevem:

Sobre a internação:

[...] vai na direção contrária das recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Está no Art. 4º da Lei 10.216 que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, e no seu § 1º, que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Embora não explicitamente onde a internação pode ser realizada, a direção é clara, no sentido de privilegiar os recursos extra-hospitalares, visando a reinserção social.

Sobre a rede de serviços substitutivos:

A Nota Técnica parece desconhecer todo o histórico do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao afirmar que “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro”. Parte desta inferência associa a desinstitucionalização à desospitalização, enquanto “saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos”, não reconhecendo a crítica aos danos relacionados ao isolamento, ao modelo médico-centrado e às violações de direitos humanos acumulados nesse dispositivo assistencial da psiquiatria (Birman, 1978; Costa, 1980; Amarante, 1998; Vasconcelos, 2000; Vasconcelos, 2014). A partir dos anos 2000, e respaldada por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, que permitiu a substituição do modelo centrado quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos por um modelo de base comunitária e territorial, e que tem sido reconhecido internacionalmente.

A análise dos autores mostra como o conteúdo expresso na Nota Técnica 11/2019 não está em conformidade com a Lei 10.216/2001. As reflexões analisadas pelos estudiosos e pesquisadores mencionados indicam que o documento altera de forma significativa a estrutura da PNSM fruto do processo da RPB.

3.2 Conselho Nacional de Saúde: anotações introdutórias de sua trajetória

A trajetória do CNS não é recente, seus primórdios datam da chegada do Estado Novo¹⁶ com Getúlio Vargas. Instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, o CNS, a princípio, objetivava assessorar o Ministério da Educação e de Saúde. No decorrer da sua história, o primeiro CNS foi ganhando novo escopo (Miranda, 2011).

Em 1954, regulamentado pelo Decreto 34.347, de 8 de abril, com a separação do Ministério da Saúde e Educação Pública, o CNS passa a dar assistência ao ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde, composto por 17 membros e as funções de secretaria exercidas por servidores do próprio MS. Em 1959, a composição do

¹⁶ Estado Novo - regime político, centralizado e autoritário, implantado e conduzido, no Brasil, por Getúlio Vargas, de 1937 a 1945.

fórum é alterada pelo Decreto 45.913, de 29 de abril; assim, o número de conselheiros passa para 24. Eram:

oito pessoas de notório saber na área, seis titulares de cargos proeminentes no ministério e dez membros natos: o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; o diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde; o diretor-geral do Departamento Nacional de Endemias Rurais; o diretor-geral do Departamento Nacional da Criança; o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o presidente da Academia Nacional de Medicina; o presidente da Associação Médica Brasileira; o diretor-geral de Saúde do Exército; o diretor-geral de Saúde da Marinha; e o diretor-geral de Saúde da Aeronáutica. Os dez membros natos, bem como os seis servidores do Ministério da Saúde eram médicos (Brasil, 1959, art. 2º) (Cortês, *et al.*, p. 43).

Na década de 1960, novas modificações aconteceram na composição do Conselho, a partir do Decreto 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. Assim, passam a fazer parte, como membros natos do Conselho, os ex-ministros de Estado do Negócios de Saúde e a função de secretário-geral passou a ser exercida pelo chefe de Gabinete do ministro. Em 1962, com o Decreto 847, de 5 de abril, o CNS passa a ser constituído de 26 membros¹⁷ e suas atividades tornaram-se mais complexas e a concepção de saúde amplia-se. Dois novos aspectos merecem destaque nesse decreto: “o conselho ganhou a possibilidade de propor mudanças no orçamento anual de saúde; e foram estabelecidas regras para suas reuniões e votações” (Silva; Barbosa, 2002, p. 46), porém, essas regras foram reformadas mais tarde pelo Decreto 55.242, de 18 de dezembro de 1964

Em 1964, com o golpe militar, mudanças significativas ocorreram na composição do Conselho. Com o Decreto 55.242¹⁸ de 18 de dezembro de 1964, que revogou o Decreto 847/1962, a composição do Conselho passou a ter 13 membros, e é estabelecida a concepção de saúde e a maneira de como lidar com problemas sanitários de forma mais genérica.

Em 1970, o Decreto 67.300, de 30 de setembro, amplia de 13 para 16 o número de membros e o Conselho a passa ter:

¹⁷ Os membros natos eram 14: o ministro da Saúde, que presidia o Conselho; os diretores-gerais do Departamento Nacional de Saúde; Departamento Nacional de Endemias Rurais; Departamento Nacional da Criança (três); o diretor do Instituto Oswaldo Cruz; o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; o superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; os diretores-gerais de Saúde do Exército, da Marinha e da Aeronáutica (três); o titular da Diretoria do Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura; o diretor-geral do Departamento Nacional de Obras de Saneamento, do Ministério da Viação e Obras Públicas; o diretor da Divisão de Defesa Sanitária Animal, do Ministério da Agricultura; e o presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social do Ministério do Trabalho. Eram conselheiros também quatro representantes de associações técnico-científicas: os presidentes da Academia Nacional de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Higiene, e da Seção Brasileira da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária. Havia, ainda, oito conselheiros indicados pelo ministro e designados pelo Presidente da República “dentre pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde” (Brasil, 1962, art. 2º).

¹⁸ O Conselho torna-se menor; é reconstituída a predominância da categoria médica – provavelmente devido a uma concepção de saúde que acentuava a necessidade de intervenções médicas – e é fortalecida a presença militar, em consonância com o que ocorria em diversas esferas da vida pública do país.

atribuições mais detalhadas: “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (Carvalho, 1995: 32 *apud* Menezes, 2010, p. 61).

Em 1974, atribuídos por um decreto presidencial, o CNS apresenta objetivos, funções e estruturas mais definidos, compatibilizando-se com o processo de modernização conservadora em andamento. A respeito, Escorel e Moreira (2012, p. 869) citam:

O CNS é um órgão de consulta que deve examinar o que lhe for submetido pelo Ministério da Saúde bem como opinar sobre matéria que por força de lei tenha que ser submetida à sua apreciação.” O perfil técnico e normativo do Conselho foi mantido. Era composto pelo ministro da Saúde, presidente nato, e quinze conselheiros, em um arranjo organizacional em que se verificam a ausência de representantes da sociedade, a proeminência da elite médica, a sobre representação de instituições militares e o exercício do papel de legitimador da política predominante.

No ano de 1976, o Decreto 79.056, de 30 de dezembro, determina a reestruturação no MS como órgão colegiado pertencente à estrutura básica do Ministério. A função do CNS era examinar e propor soluções para problemas relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde e, ainda, elaborar normas mediante suas câmeras técnicas concernentes a assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Estado (Silva; Abreu, 2002).

A década de 1980 foi marcada por um processo de democratização política e ampliação das lutas por direitos sociais, a exemplo da organização do Movimento Sanitário Brasileiro, base político-organizativa pela construção da Reforma Sanitária brasileira, já tratado no capítulo anterior. No início da década de 1980, comissões e comitês foram constituídos por projetos e programas governamentais nos quais deveriam ter representação da sociedade civil.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) propôs a gestão democrática com participação da sociedade civil no processo de decisão sobre políticas públicas de saúde. Foi a primeira que contou com um número significativo de diversos segmentos não governamentais e da sociedade civil na plenária:

desde representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, até representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e titulares e representantes de vários ministérios (Decreto n. 91.466, de julho de 1985) (Silva, Abreu, 2002, p. 50).

Em 1987, foi publicado o Decreto 93.933, de 14 de janeiro, objetivando a definir a organização e as atribuições do CNS. O conselho é reconhecido como “órgão de deliberação coletiva de segundo grau” com funções normativas de assessoramento ao ministro de Estado, na implantação e execução da Política Nacional de Saúde. Em sua composição, havia 14

conselheiros indicados pelo governo, incluindo os sete representantes da sociedade civil (Silva; Abreu, 2002; Côrtes *et al.*, 2009).

De acordo com Escorel e Moreira (2012), em 1990, foi publicado o Decreto 99.438, de 7 de julho, que configurou o novo CNS, com ampla representação social. Sustentado pela CF e a criação do SUS, passou a ser composto de 31 membros, com atribuições e competências, dentre elas:

deliberar sobre: formulação de estratégias e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal; propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Escorel, Moreira, 2012, p. 869).

O CNS, regulamentado pela Lei 8.142/1990 e por normativas subsequentes, representa uma vitória significativa para a sociedade, pois dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. A partir do marco legal, a referida lei instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instrumentos do controle social do SUS.

Os CNS são espaços de elaboração, fiscalização e avaliação das políticas públicas. Configuram-se como instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do SUS. O regimento interno do CNS em vigor é pautado pela CF de 1988, pela Lei 8.080/1990 – que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde - e pela Lei 8.142/1990 – que trata da participação da comunidade na gestão do SUS (Ipea, 2012).

Quanto à sua organização, o CNS integra a estrutura regimental do MS, estando diretamente ligado ao ministro; é um dos dois órgãos do colegiado que integram o ministério (Decreto 7.336/2010). Em sua base de funcionamento, o CNS é composto:

por plenário, mesa diretora, comissões, grupos de trabalho e secretaria executiva. O plenário é o fórum de deliberação conclusiva do conselho e reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias e, conforme a necessidade, extraordinárias [...] é a mesa diretora que seleciona temas para a composição da pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS, observando sempre critérios de pertinência, relevância e precedência (Ipea, 2012, p. 18).

“Os regimentos das conferências de saúde são aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde antes da sua realização e devem constar do Manual da Conferência, enquanto o regulamento é submetido à aprovação do plenário da própria conferência” (Escorel; Moreira, 2012, p. 876).

A Lei 8.142/1990 prescreveu a participação social no sistema de saúde, por intermédio de duas instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos; as quais instituíram um sistema de controle social. Nesse caso, o Controle Social, de acordo com a CF de 1988, é a participação da sociedade nas decisões do Estado, por meio de instâncias próprias.

Vale destacar que, na década de 1990, foi instituída a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), pela Resolução 298, de 2 de dezembro de 1999. Com o objetivo de acompanhar a Política de Saúde Mental fornecendo subsídios ao CNS na área e garantir o fortalecimento da Raps. Suas ações:

buscam garantir a continuidade do Modelo de Atenção em Saúde Mental (desinstitucionalização) e da Reforma Psiquiátrica. A comissão acompanha a implementação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 1999, p. 1).

Durante os 8 anos de governo do Presidente Lula, compreendidos entre 2003 e 2011, instituíram-se, ou ampliaram-se “diversos canais de interlocuções do Estado com os movimentos sociais, tais como: conferências, conselhos, ouvidorias, mesas de diálogos, mesas de negociação permanentes, audiências públicas, etc.” (Escorel; Moreira, 2012, p. 878). A partir de 2003,

a Secretaria ganha formalmente a função de articular uma estreita comunicação do governo com a sociedade civil organizada. A partir daí, todas as políticas importantes passam a ser formuladas junto com os movimentos sociais nas conferências, conselhos e mesas de diálogo (Ipea, 2011, p. 22).

No ano de 2006, com a publicação do Decreto Presidencial 5.839, de 11 de julho, uma nova estrutura entra em vigor, atendendo às deliberações aprovadas na 11^a e 12^a edições da Conferência Nacional de Saúde, quando o CNS passou a escolha de seus membros, a partir de processo eleitoral, elegendo seu presidente, em processo inédito, na história do Conselho, pois o cargo, até então, era ocupado pelo ministro. A partir de então, o número de conselheiros passou a ser de 48 titulares, cada um com dois suplentes, contabilizando 144 representantes, dentre eles, usuários; profissionais de saúde; gestores; e prestadores (Brasil, 2018). No total dessa composição,

24 representam entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); 12 representam entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica; dois representam entidades prestadoras de serviço; e dois representam entidades empresariais da área da saúde. O restante das vagas será ocupado por seis representantes do governo federal, um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A principal mudança na composição se refere a abertura de vagas para as entidades e movimentos de estudantes, da população negra, de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, de ambientalistas, de defesa do consumidor e dos direitos humanos (Brasil, 2006, p. 1).

Vale destacar, no ano de 2007, na trajetória do PT, no segundo mandato do Governo Lula, quando relacionada a participação dos movimentos sociais e organizações políticas, tem-se a elaboração da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), pela Portaria 3.027¹⁹, de 26 de novembro, formulada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e aprovada pelo CNS na 175ª Reunião Ordinária, de 11 e 12 de junho de 2007. A SGEP foi criada com o objetivo principal de apoiar os Conselhos e as Conferências de Saúde. Órgão responsável pela coordenação do ParticipaSUS, a SGEP mantém, dentre suas reponsabilidades:

apoiar os municípios, estados e Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes do ParticipaSUS; apoiar os conselhos estaduais e municipais de Saúde; apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS); promover, em parceria com o CNS, a realização das conferências nacionais de Saúde e colaborar na organização das conferências estaduais e municipais[...] A SGEP, entre diversas outras atribuições e responsabilidades, deve, ainda, apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas de saúde e das instâncias de controle social da saúde (Escorel; Moreira, 2012, p. 872).

Dentre alguns pressupostos previstos pela Portaria GM 3.027/2007, estão:

Reafirmação do direito universal à saúde como responsabilidade do Estado e, portanto, os princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social; Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde (Souza, 2012, p.14).

O propósito da gestão participativa presume-se ser a “ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir m conhecimento compartilhado sobre saúde” (Brasil, 2009, p. 15).

Vale ressaltar que a CF de 1988 garantiu a participação da sociedade na gestão de políticas e programas promovidos pelo Governo Federal, como um princípio inerente à democracia, garantindo, aos indivíduos, grupos e às associações, o direito não apenas à representação política, mas também à informação e defesa de seus interesses. Menciona-se, ainda, que, após o golpe institucional orquestrado no Brasil, que depôs a Presidenta Dilma, a democracia e a participação social passaram a sofrer a ação de uma cultura política reacionária e conservadora.

¹⁹ Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. (Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html).

Durante o Governo Temer, a participação, um patrimônio da sociedade, tornou-se fragilizada. Porém, foi no Governo Bolsonaro que muitos desses públicos participativos, construídos por lideranças comunitárias, com movimentos sociais, no Brasil, foram destruídos, esvaziados e despolitizados, já que muitos deles foram desrespeitados pelos processos então vigentes (Neves, 2022).

4 O POSICIONAMENTO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PERANTE A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

O regimento do CNS estabelece, no artigo 57, que as deliberações do Conselho podem assumir a forma de resoluções, recomendações e moções. A subsequente síntese analítica das recomendações, resoluções e registro, em Atas das reuniões do CNS, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022, conforme proposto na pesquisa, será apresentada neste capítulo. Nesse contexto, é importante ressaltar que as resoluções, como atos normativos, estabelecem regras e necessitam da homologação pelo ministro de Estado da Saúde.

Por outro lado, as recomendações versam sobre temas normalmente fora da alçada direta do CNS, funcionando como advertências ou sugestões direcionadas a instituições, com o objetivo de influenciar condutas específicas em relação a políticas públicas ou estratégias setoriais, conforme explica o Ipea (2012).

A abordagem metodológica que envolveu o levantamento e a análise de documentos emitidos pelo CNS, através de seu *site* oficial, concentrou-se em identificar recomendações, resoluções e registro nas atas das reuniões ordinárias, relacionadas à “saúde mental”, no período de agosto/2016 a dezembro/2022. Foram identificadas e selecionadas 12 recomendações e 14 resoluções, para compor o material de pesquisa. Simultaneamente, foram identificadas as reuniões do CNS que abordaram a temática da saúde mental durante esse período, com 11 atas para integrar o material de análise documental.

O capítulo em questão é dedicado ao exame do posicionamento do CNS diante das demandas no âmbito da política de saúde mental, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022. Com esse propósito, a abordagem baseia-se nos materiais disponíveis no *site* do CNS, conforme mencionado, a saber: atas; resoluções; recomendações; emitidas durante o intervalo temporal mencionado.

4.1 Recomendações do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política de Saúde Mental

A análise das recomendações do CNS (Quadro 2), no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022, evidencia o enfoque específico na temática da saúde mental em 12 dentre as 352 recomendações deliberadas pelo CNS, incluindo as duas recomendações conjuntas,

nomeadamente, a Recomendação CNS, Conand, CNDH 001/2020 e a Recomendação CNS e CNDH 001/2021.

Desse conjunto, sete recomendações destacam os retrocessos na Política de Saúde Mental no Brasil, reafirmando o alinhamento do CNS com as propostas preconizadas pela RPB e a defesa da atenção em saúde mental de base territorial, articulação em rede, no cuidado em liberdade e princípios do SUS. Essas abordam desde a ausência de um/a coordenador/a nacional de Saúde Mental (Recomendação 17/2016), até questões como a revogação da Portaria 3.588/2017 (Recomendação 001/2018) e da Portaria 3.652/2018 (Recomendação 055/2018), além da fundamentação das manifestações da área técnica de saúde mental nos princípios da RPB; na Lei 10.216/2001; e nas deliberações do CNS (Recomendação 005/2019).

Também contemplam a revogação de normativas incompatíveis com a PNSM em oposição à “Nova Política de Saúde Mental” (Recomendação 023/2019); reafirmação da defesa da Política Nacional sobre Drogas, conforme Decreto 4.345/2002, destacando que as Comunidades Terapêuticas não devem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem incluídas no cadastro do CNES (Recomendação 043/2017); revogação do Decreto 9.761/2019, que reforça o modelo de abstinência e de comunidades terapêuticas, em detrimento da política de redução de danos e atenção nos CAPs-AD (Recomendação 018/2019), e posicionamento contrário à regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs) (Recomendação conjunta 001/2020).

Duas recomendações adicionais referem-se à realização da 5ª CNSM (Recomendações 039/2021 e 015/2022). Outra aborda os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19 (Recomendação 40/2020). Além disso, há uma recomendação relacionada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Recomendação 44/2020).

Quadro 2 - Recomendações: posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre a PNSM

(agosto de 2016 a dezembro de 2022)

Número	Data	Síntese
RECOMENDAÇÃO 017	9/12/2016	- Recomenda ao Ministério da Saúde a efetivação da atual servidora que ocupa interinamente o cargo de Coordenação Nacional de Saúde Mental - Conclama o controle social, que se manifeste pela Reforma Psiquiátrica: “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”

Número	Data	Síntese
RECOMENDAÇÃO 043	15/09/2017	- Recomenda ao Ministério da Saúde que revise a Portaria SAS/MS 1.482/2016, mantendo como elegíveis para inscrição no cadastro do CNES as entidades de promoção à saúde nos termos do Art. 8º, da Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 12.868, de 15 de outubro de 2013, revogando todos os artigos referentes às Comunidades Terapêuticas
RECOMENDAÇÃO 001	31/1/2018	Recomenda ao Ministério da Saúde: - A revogação da Portaria 3588/2017; - A publicação de portaria em substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei 10.216/2001; - Que qualquer alteração da Política Nacional de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do Conselho Nacional de Saúde
RECOMENDAÇÃO 055	26/11/2018	Recomenda: - Ao Ministério da Saúde, a suspensão da Portaria 3.652, de 2018, que ao repercutir, de imediato, na descontinuidade dos serviços de Raps, desassistindo os/as usuários/as desses serviços, demonstra, em seu teor, falta de comprometimento com a política pública e, sobretudo, com os direitos humanos. - À Defensoria Pública da União, que proceda às providências cabíveis para que sejam cessados os efeitos da referida Portaria
RECOMENDAÇÃO 005	15/2/2019	- Recomenda, ao Ministério da Saúde, que as manifestações da área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na Lei 10.216/2001 e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde
RECOMENDAÇÃO 018	12/4/2019	- Recomenda, ao Ministério Público Federal, que atue no sentido de contornar os retrocessos no campo da Política Nacional sobre Drogas, pleiteando a revogação do Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019, promovendo amplo debate com a sociedade civil organizada em torno da reconstrução da Política Nacional sobre Drogas conforme previa o Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002
RECOMENDAÇÃO 023	17/5/2019	Recomenda: - Ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP): A suspensão dos efeitos da Resolução Conad 1/2018; - Ao Ministério Público Federal (MPF): Que atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental; - À Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Que, em virtude da resposta do Ministério da Saúde no Despacho CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 16/3/2018, pactue a revogação da Portaria GM/MS 3588/2017 e a retomada da Política Nacional de Saúde Mental, nos termos do que estava anteriormente previsto
RECOMENDAÇÃO 040	18/5/2020	- Recomenda a revisão da Nota Técnica 12/2020, fortalecendo ações comunitárias e territoriais na

Número	Data	Síntese
		atenção psicossocial, assim como orientação para hospitais psiquiátricos e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19
RECOMENDAÇÃO 044	15/6/2020	<p>Recomenda ao Ministério da Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revogar a Portaria 1.325/2020, e restabelecer o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); - Garantir financiamento federal para o apoio ao custeio das equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP); - Que qualquer alteração da Política Nacional de Saúde que afete os direitos das pessoas com transtorno mental e a assistência em saúde mental seja amplamente discutida e deliberada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde
RECOMENDAÇÃO CONJUNTA 001	4/8/2020	<ul style="list-style-type: none"> - O CNS, Conand e CNDH recomendam medidas em sentido contrário à regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs), entre outras providências; - Ao Ministério da Cidadania, recomendam que não acate a regulamentação proposta pelo Conand acerca do acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas; e amplie o financiamento aos equipamentos e serviços do Suas, promotor de cuidado em liberdade e promoção de direitos humanos de adolescentes em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas; - Ao Ministério da Saúde, recomendam que apresente os dados relacionados aos investimentos realizados no SUS nos últimos dez anos na política de atenção à saúde mental de adolescentes; Torne públicos os dados sobre a implantação da Raps nos diferentes estados brasileiros e amplie o financiamento aos serviços e equipamentos públicos do SUS, além de fortalecer as ações da Raps; - Ao Ministério Público Federal, recomendam a denúncia da ilegalidade e inconstitucionalidade do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas aprovada pelo Conad
RECOMENDAÇÃO 39	13/12/2021	O CNS recomenda aos Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal adoção de medidas que assegurem a não exclusão das etapas municipais pelas Macrorregionais da 5ª CNSM. Além disso, destaca a importância de incentivar e

Número	Data	Síntese
		valorizar a participação ativa de usuários/as da Raps; seus familiares; associações e entidades representativas em todas as fases dessas conferências
RECOMENDAÇÃO 015	13/6/2022	- Recomenda a adoção de posicionamento oficial do Ministério da Saúde quanto à realização da 5ª CNSM

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *site* do CNS, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022 (Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>).

As recomendações refletem a atenção do CNS a questões cruciais da Política de Saúde Mental e sua busca por alinhamento com os princípios da RPB.

A Recomendação CNS 17, de 9 de dezembro de 2016, aborda as dificuldades enfrentadas na Política de Saúde Mental no Brasil, destacando os retrocessos de investimentos nos serviços substitutivos; a aprovação do marco regulatório das comunidades terapêuticas pelo Conad; problemas desde o movimento “Fora Valencius” e a persistente ausência de um/a coordenador/a nacional de Saúde Mental, cargo que, desde maio de 2016, estava sendo exercido de forma interina e sem portaria de nomeação.

O CNS ressalta, no texto da recomendação, os retrocessos, como internação compulsória; redução de investimentos em serviços substitutivos; e a aprovação do marco regulatório das comunidades terapêuticas; além da falta de credenciamento de equipamentos relacionados à Raps. O CNS recomenda, ao Ministério da Saúde, a efetivação no cargo de Coordenação Nacional de Saúde Mental (da servidora em designação interina), visando a resolutividade no cumprimento das normativas na implementação da Raps, com destaque para os Decretos 7508/2011 e 3088/2011. Destaca a necessidade de alinhamento com a Política de Saúde Mental; atenção em base territorial; articulação em rede; cuidado em liberdade; e princípios do SUS.

A recomendação conclama o controle social a manifestar-se em defesa da Reforma Psiquiátrica, reforçando o compromisso com as deliberações estabelecidos na 15ª Conferência Nacional de Saúde; nas Conferências Nacionais de Saúde Mental; dentre outros documentos oficiais: “Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais”.

A Recomendação CNS 001, de 31 de janeiro de 2018, indica a revogação da Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite sem consulta ao CNS. A portaria propõe retrocessos na PNSM e na Raps, incluindo a inserção de hospitais psiquiátricos na Raps, reforçando o modelo hospitalocêntrico e ambulatorial. Vale ressaltar que

a Raps, tem o objetivo de afirmar uma rede de cuidados humanizados, de serviços de portas abertas e territoriais.

No que concerne à deliberação, o Plenário aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, a recomendação ao Ministério da Saúde para que revogue a Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e publique uma nova portaria alinhada com os princípios da RPB e da Lei 10.216/2001. Também recomenda que qualquer alteração na Política de Saúde Mental seja discutida amplamente com o pleno do CNS. Além disso, decidiu pautar o tema saúde mental na próxima reunião do Conselho, para verificar os desdobramentos da recomendação aprovada.

Na Recomendação CNS 005, de 15 de fevereiro de 2019, recomenda-se, ao Ministério da Saúde, que as manifestações da área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da RPB, na Lei 10.216/2001 e nas deliberações do CNS. Na nota emitida, o colegiado traz a manifestação que trata das mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, do MS, publicada em 4 de fevereiro de 2019, que aponta um retrocesso nas conquistas alcançadas com a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001), marco na luta antimanicomial, ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Na Recomendação 023, de 17 de maio de 2019, seguindo a mesma linha da recomendação anterior, o Plenário do CNS expressa preocupação quanto ao retrocesso à “Nova Política de Saúde Mental” e destaca diversos pontos que considera prejudiciais ao modelo de atenção estabelecido pela Lei 10.216/2001. O documento enfatiza a falta de consulta democrática na formulação da política; a descon sideração de recomendações anteriores do CNS; e aponta retrocessos identificados nas alterações propostas.

O CNS recomenda, ao Ministério Público Federal (MPF), que atue para suspender normativas incompatíveis com a PNSM. Ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), recomenda a suspensão dos efeitos da Resolução Conad 1, de 9 de março de 2018, que enfoca a abstinência em detrimento da redução de danos. À CIT, é recomendada a revogação da Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e a retomada da PNSM nos termos previamente estabelecidos.

No documento, ressalta-se que o MS não atendeu à Recomendação CNS 01, datada de 31 de janeiro de 2018, que solicitava a revogação da Portaria 3.588/2017, referente aos retrocessos na Política de Saúde Mental. Na deliberação, a recomendação obteve aprovação pela maioria, registrando duas abstenções, uma delas acompanhada de declaração de voto, sob alegação de

que a recomendação deveria adotar uma perspectiva mais abrangente, conforme consta no item 4.3 do presente capítulo.

A Recomendação CNS 44, de 15 de junho de 2020, destaca a necessidade de revogação da Portaria GM/MS 1.325, de 18 de maio de 2020, a qual extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). O documento fundamenta essa recomendação considerando princípios constitucionais; leis específicas relacionadas à saúde mental em normativas anteriores, a exemplo da Portaria Interministerial MS/MJ 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a PNAISP.

Além disso, a nota faz menção a pareceres, resoluções e recomendações de órgãos, como a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; o Conselho Nacional de Justiça; e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; que respaldam a abordagem integral e a extinção progressiva de hospitais de custódia. Considerando a ausência de consulta e debate com o CNS e possíveis situações de irregularidades relativas ao processo de tramitação da Portaria GM/MS 1.325/2020, a recomendação reivindica a revogação imediata dessa normativa; a garantia de financiamento federal para o apoio de custeio das equipes de avaliação; e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP) e reafirma que qualquer alteração na Política de Saúde Mental seja discutida amplamente com o pleno do CNS (Brasil, 2020).

Na Recomendação CNS 015, de 13 de junho de 2022, está proposta a adoção de posicionamento oficial do MS quanto à realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), entendendo que as Conferências Nacionais de Saúde Mental são espaços participativos para debater, revisar e atualizar as Políticas Públicas de Estado. Sob o tema “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” e em seu eixo principal - “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos” - foi subdividida em quatro eixos:

cuidado em liberdade como Garantia de Direito a Cidadania; gestão, formação participação social na garantia de serviços de saúde; mental; política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia (Conselho Nacional de Saúde, 2022).

O CNS emitiu a recomendação ao MS para viabilizar a realização da Conferência em caráter de urgência. A 5ª CNSM é o maior evento participativo da área que organiza no Brasil.

De acordo com o CNS, os eventos contribuem de maneira substantiva para uma política de Estado Saúde Mental Álcool e Outras Drogas e direciona as políticas de governos em todas as esferas da federação, em um sistema descentralizado e integrado de saúde.

A recomendação destaca que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), durante sua reunião ordinária, encaminhou, ao pleno do CNS, recomendação solicitando ao MS que se pronuncie sobre a realização da Etapa Nacional da 5ª CNSM. Na deliberação, a Recomendação 015/2022 foi aprovada por maioria, com duas abstenções, conforme será tratado no item 4.3 do presente capítulo.

4.2 Resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política de Saúde Mental

A análise das resoluções do CNS, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022, destaca o enfoque específico na temática da saúde mental em 14 das 171 resoluções deliberadas. (Quadro 3). Destas, 11 resoluções estão voltadas para a complexa tarefa de organizar a 5ª CNSM, evidenciando um processo desafiador de planejamento e ajustes.

Adicionalmente, duas resoluções abordam a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), enquanto a Resolução 556/2017 reitera a posição do CNS em relação à PNSM, com base na Lei 10.216/2001. Essa resolução enfatiza a indisposição do CNS a qualquer alteração nessas políticas que possa comprometer os princípios fundamentais da RPB.

Quadro 3 - Resoluções: Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre a PNSM
(agosto de 2016 a dezembro de 2022)

Número	Data	Síntese
RESOLUÇÃO 536	19/8/2016	- Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), com a composição de 12 titulares e dez suplentes
RESOLUÇÃO 556	15/9/2017	- Reafirma o posicionamento do CNS frente à Política Nacional de Saúde mental, com base na Lei 10.216/2001, não sendo admitida qualquer alteração nesta política que possa ferir os princípios da reforma psiquiátrica brasileira; - Manifesta-se mais uma vez em defesa da luta antimanicomial e pela busca de uma sociedade sem manicômios; - Posiciona-se em apoio ao encontro “30 anos da Carta de Bauru”, a ocorrer dos dias 8 a 10/12/2017, na cidade de Bauru/SP

Número	Data	Síntese
RESOLUÇÃO 652	14/12/2020	Convoca a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), cuja Etapa Nacional ficou aprovada para se realizar em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022
RESOLUÇÃO 660	5/8/2021	Aprova o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), que terá como tema “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”
RESOLUÇÃO 662	22/9/2021	Estabelece a composição da Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM)
RESOLUÇÃO 665	13/10/2021	Define os objetivos da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e sobre a distribuição de participantes entre os diferentes estados/Distrito Federal
RESOLUÇÃO 666	27/10/2021	Regulamenta a Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM)
RESOLUÇÃO 667	27/10/2021	Prorroga o prazo de realização das etapas preparatórias e da Etapa Municipal da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
RESOLUÇÃO 668	28/1/2022	Prorrogação das etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
RESOLUÇÃO 676	31/5/2022	Estabelece as regras para a realização de Conferências Livres para a Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
RESOLUÇÃO 677	13/6/2022	Prorroga o prazo de realização da etapa estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
RESOLUÇÃO 678	30/6/2022	Estabelece o adiamento da Etapa Nacional da 5ª CNSM para o mês de maio de 2023, uma vez que a ausência de garantia de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a realização da Etapa Nacional 5ª CNSM inviabiliza a sua realização na data anteriormente prevista
RESOLUÇÃO 682	9/9/2022	Define a data da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e prorroga o prazo de realização das Conferências Livres da referida Etapa
RESOLUÇÃO 694	14/9/2022	Define a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), com a composição de 12 titulares e dez suplentes

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *site* do CNS no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022. (Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>).

A Resolução CNS 652/2020, que convocou a realização da 5ª CNSM, destaca a relevância dessa conferência diante do considerável intervalo desde a última edição realizada em 2010. O documento ressalta a necessidade de revisar a situação da saúde mental no Brasil, especialmente à luz das transformações na vida social, com ênfase nos impactos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde mental, nos anos subsequentes. Contudo, uma preocupação expressa foi a ausência de previsão orçamentária, por parte do Governo Federal, para a realização da conferência.

O conjunto de resoluções que abordam a realização da 5ª CNSM, para além das questões formais relacionadas aos aspectos de financiamento e planejamento do evento (regimento, comissão organizadora e regulamento), reflete uma realidade desafiadora, marcada pela pandemia da Covid-19 e outros eventos adversos, como chuvas intensas, que serviram como justificativa para o adiamento da conferência, além da falta de financiamento e apoio do MS.

Somente em dezembro de 2023, já durante o mandato do Governo Luiz Inácio Lula da Silva, eleito em 2022, e após esforços contínuos para superar obstáculos, a 5ª CNSM foi finalmente realizada. Esse adiamento ressalta a resiliência do CNS diante de adversidades, sublinhando seu comprometimento em proporcionar um espaço vital para a discussão e formulação da PNSM.

A Resolução CNS 556, de 15 de setembro de 2017, reitera o comprometimento com a efetivação e defesa da PNSM, conforme delineado pela Lei 10.216/2001 e alinhado aos princípios fundamentais da RPB. O documento destaca a importância da manutenção e expansão da Raps, estabelecida para oferecer suporte a pessoas com sofrimento/adoecimento mental, bem como aquelas com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Ao apoiar o encontro alusivo aos “30 anos da Carta de Bauru” (ocorrido nos dias 8 e 9 de dezembro de 2017) e os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a resolução reafirma a posição do CNS em defesa da Luta Antimanicomial e de uma sociedade sem manicômios.

Além disso, a resolução leva em consideração as propostas da 15ª Conferência Nacional de Saúde, o Decreto 7.508/2011 e a legislação correlata, reforçando a responsabilidade do CNS na formulação de estratégias e no controle social no âmbito do SUS.

Já as Resoluções 536/2016 e 694/2022, dedicadas à reestruturação da CISM com 12 titulares e dez suplentes, destacam a relevância dessa comissão. Seu propósito é acompanhar de perto a execução da PNSM, proporcionando subsídios valiosos ao CNS e fortalecendo a RAPS. As iniciativas da CISM visam assegurar a continuidade do Modelo com o objetivo de acompanhar a PNSM, com ênfase na desinstitucionalização, e promover os princípios da RPB. A comissão atua de forma diligente no acompanhamento da implementação da Lei 10.216/2001, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psicossocial, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

4.3 Atas das Reuniões Ordinárias: posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Mental

Neste subitem, apresenta-se a posição do CNS em relação à PNSM, por meio da análise das atas das reuniões ordinárias que trataram dessa temática, entre agosto de 2016 e dezembro de 2022. Das 54 atas disponíveis no *site* do Conselho, 11 abordam ou discutem a saúde mental, integrando o material documental analisado neste estudo, conforme detalhado no quadro 4. Importante ressaltar que, nos anos de 2020 e 2021, encontram-se apenas dois registros de reuniões ordinárias por ano, no *site*, enquanto em 2022 há o registro de nove com suas respectivas atas. Nos demais anos, seguiu-se o padrão de 12 reuniões ordinárias, ou seja, uma por mês.

Quadro 4 - Atas das reuniões ordinárias: posicionamento do CNS sobre a Política Nacional de Saúde Mental (agosto de 2016 a dezembro de 2022)

Reunião Número	Data	Deliberação
294	8-9 de junho de 2017	ITEM 5 - Política Nacional de Saúde Mental e a Internação Compulsória. O debate na reunião versou sobre diversos temas cruciais, abrangendo desde o fortalecimento da Raps até as denúncias relacionadas às práticas higienistas. Ademais, foram levantadas críticas contundentes às comunidades terapêuticas, enquanto se ressalva a imprescindível defesa dos direitos humanos e da democracia. Deliberação: aprovação de uma moção de repúdio sobre a operação conduzida pela Prefeitura de São Paulo na região da Luz (“Cracolândia”), elaborada pela Comissão de Política de Promoção da Equidade
297	14-15 de setembro de 2017	ITEM 3 - Política Nacional de Saúde Mental. Deliberação: a) agendar reunião ampliada da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), envolvendo outros atores; b) reforçar, por meio de documento, posicionamento do CNS de apoio à luta antimanicomial e posição contrária a qualquer retrocesso na Política de Saúde Mental; c) incluir na agenda do CNS o encontro “30 anos da Carta de Bauru”; e d) pautar o tema “saúde mental” nas demais comissões do CNS, de acordo com a temática de cada uma (saúde da mulher, saúde do trabalhador, por exemplo). Na conclusão da reunião, originou-se a Resolução 556 de 15/9/2017
301	30-31 de janeiro de 2018	ITEM 6 – Política Nacional de Saúde Mental. Deliberação: o Plenário aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, a recomendação ao MS que revogue a Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Raps. Além disso, decidiu pautar o tema saúde mental na próxima reunião do Conselho para verificar os desdobramentos da recomendação aprovada. Também foram apresentadas as seguintes propostas: que o CNS faça consulta aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para identificar quando avaliaram pela última vez a Política Estadual de Saúde Mental (ano e se está ou não aprovada); e que o CNS sugira aos CES que verifiquem a possibilidade de incluir nas suas pautas

Reunião Número	Data	Deliberação
		a avaliação da Política Estadual de Saúde Mental em relação à Portaria 3.588/2017, aprovada pela CIT em dezembro de 2017. Na conclusão da reunião, originou-se a Recomendação 001 de 31/1/2018
314	14-15 de fevereiro de 2019	Durante a reunião do CNS, especificamente no item 11 da pauta que tratava de Comissões e Encaminhamentos do Pleno, Câmaras Técnicas, Grupo de Trabalho, Recomposição das Comissões, bem como Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde, o CNS decidiu recomendar ao MS que as manifestações provenientes da área técnica de saúde mental devem estar alinhadas aos princípios da RPB, na Lei 10.216/2001 e nas deliberações do CNS. Na conclusão da reunião, originou-se a Recomendação 005 de 15/2/2019
316	11-12 de abril de 2019	Durante a reunião do CNS, especificamente no item 11 da pauta que tratava de Comissões e Encaminhamentos do Pleno, Câmaras Técnicas, Grupo de Trabalho, Recomposição das Comissões, bem como Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde, o CNS decidiu recomendar ao Ministério Público Federal (MPF): que atue no sentido de contornar os retrocessos no campo da Política Nacional sobre Drogas, pleiteando a revogação do Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019, promovendo amplo debate com a sociedade civil organizada em torno da reconstrução da Política Nacional sobre Drogas conforme previa o Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Na conclusão da reunião, originou-se a Recomendação 018 de 12 de abril de 2019.
317	16-17 de maio de 2019	ITEM 9 – Política Nacional de Saúde Mental. - Deliberação: 1) aproximar a CISM/CNS da área técnica de saúde mental do MS para trabalho mais cooperativo; 2) solicitar aos Conselhos Estaduais de Saúde que fomentem a realização de conferências livres de saúde mental; e 3) pautar o tema novamente, em outro momento, assegurando a participação de usuários e familiares de serviços de saúde mental e atenção psicossocial. A CISM/CNS elaborou minuta de recomendação que foi apreciada no último item da pauta. Na conclusão da reunião, originou-se a Recomendação 023 de 15 de maio de 2019, a qual obteve aprovação pela maioria, registrando duas abstenções, uma delas acompanhada de declaração de voto. A alegação sustentava que a recomendação deveria abranger uma perspectiva mais abrangente, inclusive voltada aos conselhos
321	12-13 de setembro de 2019	Dentre as decisões do CNS referentes às diretrizes e propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, incluem o fortalecimento e a ampliação da Raps. Isso envolve garantir o cuidado em liberdade desde a primeira infância; direcionar 100% dos recursos para a saúde mental do SUS para a Raps; orientar o tratamento pela política de redução de danos; e oferecer atenção qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, propõe-se a implantação e o financiamento de desenhos regionais das Raps para qualificar e ampliar a atuação conjunta com todos os pontos de atenção; ampliação de unidades de Caps e dos serviços de saúde mental infanto-juvenil; expansão dos centros de convivência e consultórios de rua; bem como garantir, ampliar a política de álcool e outras drogas, com priorização do tratamento e

Reunião Número	Data	Deliberação
		financiamento em dispositivos de meio aberto e comunitário, como os Caps
327	15 de dezembro de 2021	ITEM 4 – 5ª CNSM Deliberação: o Plenário aprovou, por maioria (uma abstenção), as seguintes propostas: remeter à Comissão Intersetorial de Pessoas com Deficiência (CIASPD)/CNS, com o apoio de outras comissões afins do CNS, a elaboração de recomendação solicitando ao MS que não inclua a eletroconvulsoterapia (ECT) como alternativa de tratamento de pessoas com autismo e de moção de repúdio a essa alternativa; e solicitar a entidades e movimentos que se mobilizem em defesa da realização da 5ª CNSM e que cobrem do MS a participação efetiva na Conferência e a garantia de recursos financeiros para realização
329	27-28 de abril de 2022	ITEM 6 – Apresentar e deliberar sobre as demandas da V CNSM. Foram apresentadas as seguintes propostas: incentivar entidades e movimentos a debaterem o tema, de forma ampla; incluir a coordenação de Plenária de Conselhos no processo de organização e mobilização da V CNSM; e necessidade de garantir a participação dos usuários nas etapas da Conferência. No entanto, não houve deliberação sobre essas propostas
330	25-26 de maio de 2022	ITEM 11 – 5ª CNSM. Após detalhamento da legislação relacionada à conferência (com destaque para as várias resoluções deliberadas pelo CNS sobre o tema), se informou sobre a prorrogação das etapas, com realce para a necessidade de financiamento. Deliberação: elaborar documento direcionado ao secretário executivo do MS, solicitando providências para garantir orçamento para realização da Conferência (incluir, como justificativas, os números de conferências já realizadas e as já programadas)
331	29-30 de junho de 2022	ITEM 6 – 5ª CNSM. O foco da discussão recaiu sobre as dificuldades na organização da conferência, decorrentes da falta de apoio por parte do MS. Apesar dos inúmeros documentos e solicitações enviados buscando um posicionamento, a situação permanece indefinida. Deliberação: adiamento da etapa nacional da 5ª CNSM e aprovada a Recomendação 015, de 13 de junho de 2022, que aborda a necessidade de um posicionamento oficial por parte do MS em relação à realização da referida conferência

Fonte: Elaboração própria com base nas Atas das Reuniões do CNS (Disponíveis em: <https://conselho.saude.gov.br/>).

A análise das atas evidencia diversidade de decisões e debates nas reuniões do CNS, abordando temas relacionados à PNSM e indicação de que o conselho adotou uma postura em defesa da luta antimanicomial, dos direitos humanos, do fortalecimento da Raps e a participação social na formulação e implementação das políticas de saúde mental. Há clara preocupação em evitar retrocessos, reforçando o compromisso com o cuidado em liberdade; a priorização de dispositivos de atenção em saúde mental nos territórios e preservação da autonomia dos usuários, alinhando-se aos princípios e diretrizes da RPS.

Nas reuniões do pleno do CNS, diversas recomendações e resoluções foram deliberadas para expressar esse posicionamento. Por exemplo, na reunião 301 do CNS, de junho de 2018, os conselheiros avaliaram os possíveis impactos da Portaria 3.588/2017 na Raps, resultando na recomendação de sua revogação. O mesmo engajamento foi observado na aprovação de propostas para o PPA 2020-2023, durante a reunião 321, de setembro de 2019.

No mesmo contexto, o CNS reforçou sua posição sobre possíveis retrocessos na Política Nacional sobre Drogas, conforme destacado nas reuniões 294, de junho/2017, e 316, de abril de 2019. Essa posição abrangeu denúncias relacionadas às práticas higienistas, manicomiais e violação aos direitos humanos, incluindo críticas contundentes às comunidades terapêuticas. Tais posicionamentos sugerem o firme respaldo, por parte do CNS, ao modelo de atenção psicossocial, à estratégia de redução de danos, e à laicidade do Estado.

Contudo, é importante ressaltar que a posição do conselho não está isenta de contradições e disputas. Divergências entre a Coordenação-Geral Álcool e outras Drogas com as manifestações de alguns conselheiros, especialmente aqueles representantes dos segmentos dos usuários e trabalhadores da área, foram evidenciadas em debates como os das reuniões 294 de junho de 2017; 297 de setembro de 2017 e 314, de fevereiro de 2019. Nessas situações, a recomendação ao MS foi explícita: as manifestações da área técnica de saúde mental devem estar alinhadas aos princípios da RPB, na Lei 10.216/2001, e nas deliberações do CNS.

Outro conjunto de atas, que abordam a 5ª CNSM (reuniões 327 de 2021; 329, de 2022; 330 de 2022 e 331 de 2022), revelam a falta de apoio e previsão orçamentária do MS para realizar a referida conferência. Isso levanta questões sobre a priorização do tema, evidenciado, ainda, pela ausência de representantes indicados pelo MS nas reuniões da comissão organizadora da 5ª CNSM, mesmo após a indicação tardia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente pesquisa, procurou-se trazer a análise crítica da trajetória da Política de Saúde Mental, desde seu processo de construção, até a atual conjuntura, permeada por um campo complexo e tensionado por propostas neoliberais e contrarreformistas do aparelho do Estado, com o objetivo central de analisar o posicionamento do CNS perante a (re)manicomialização da Política de Saúde Mental brasileira no período de 2016-2022, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de RPB.

Em um contexto no qual as desigualdades sociais se aprofundam, o direito humano à vida e à saúde está, a cada dia, mais distante de grande parcela da população brasileira. A lógica destrutiva do capital, configurada no modelo neoliberal, em contraposição à política social pública universal, estatal e garantidora de direitos sociais; a tendência de (re)manicomialização na Política de Saúde Mental é assumida por grupos neoconservadores e de extrema-direita, com representatividade e espaço político no executivo e legislativo.

A tendência de (re)manicomialização, da PNSM brasileira, inscreve-se no campo de tensão e disputa permanente de projetos societários antagônicos, que repercutem no cuidado e nas Políticas de Saúde Mental, ou seja, por um lado, uma configuração voltada para uma perspectiva neoliberal, privatista, individual, medicamentosa, de base manicomial e, por outro, fundamentado nos princípios da RPB e dos paradigmas psicossocial, antimanicomial, em defesa da autonomia, do cuidado em liberdade, e dos direitos humanos. O CNS posiciona-se favoravelmente a esse último projeto, por meio de diferentes mecanismos e estratégias; entretanto, não consegue impedir o privilegiamento dos interesses privatistas e manicomiais.

Ressalta-se, ainda, na contramão dos avanços obtidos, mudanças, como a Portaria GM/MS 3.588/2017, editada no Governo Temer, que prioriza hospitais psiquiátricos, e investimentos financeiros em dispositivos que violam direitos, como é o caso das comunidades terapêuticas (Brasil, 2017). No período de 2016 a 2019, viu-se a demonstração do retrocesso da RPB, com a ocupação do governo por setores de extrema-direita; implantação de uma agenda ultraliberal, que favoreceu a restrição orçamentária do SUS (Sampaio; Júnior, 2021). Período agravado especialmente pela EC 95/ 2016, com o congelamento de investimentos sociais por vinte anos. Ficou evidente que o Governo Temer esteve aliado com os setores privado e filantrópico, alinhado à política macroeconômica neoliberal.

No contexto do Governo Bolsonaro, registrou-se forte retrocesso na Política de Saúde Mental, com a Nota Técnica CGMAD/Dapes/SAS/MS 11/2019, com a proposta de

remodelamento para a chamada nova “Política de Saúde Mental” (Brasil, 2019). De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), “as mudanças propostas configuram um retrocesso na política de saúde mental sustentada de acordo com a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001). Viu-se no governo de Bolsonaro uma política assumida de caráter que não incorpora o Estado nas necessidades da classe mais vulnerável, conforme Netto (2013), seria o ‘Estado mínimo para a classe trabalhadora e o máximo para o capital’”.

O estudo sugere que o CNS atuou na defesa da atenção psicossocial e dos princípios do SUS e da luta antimanicomial, por meio de posicionamentos expressos em resoluções e recomendações e das constantes denúncias das investidas (re)manicomializadoras registradas nas atas das reuniões ordinárias do CNS.

No entanto, as deliberações e resistências, no CNS, não foram suficientes para impedir os retrocessos impetrados na PNSM, no período delimitado do estudo, sobressaindo os interesses mercantis e manicomialis; revelando os limites dos espaços institucionalizados de participação social e controle social sobre a Política de Saúde Mental.

Identificou-se que, apesar do comprometimento e engajamento desses espaços na promoção de Políticas de Saúde Mental, em conformidade com os pressupostos da RPB, permanece uma fragilidade notável em seu poder decisório, manifestada no período de agosto de 2016 a dezembro de 2022, especialmente nas decisões deliberativas, visto que as resoluções e recomendações, conforme constatado, não foram integralmente acatadas pelo Poder Executivo.

No que tange ao CNS, nota-se a importância desses espaços enquanto mecanismo de atuação e democratização para o exercício da participação do controle social na implementação das políticas de saúde. Contudo, de acordo com a análise do presente estudo podem-se entender as possibilidades e a fragilidade de atuação dessa instância, uma vez que parte das resoluções e recomendações deliberadas não foram cumpridas. Entende-se que as disputas antagônicas, que envolvem esses espaços em torno de um projeto de um SUS público, universal e igualitário, possibilitem entender as limitações desses espaços institucionais.

Mais recentemente, com o retorno de Lula à Presidência da República, em seu terceiro mandato, iniciado em janeiro de 2023, algumas medidas em conformidade com as deliberações do CNS foram implementadas, dentre as quais, a revogação da Portaria GM/MS 3.588/2017, por meio da Portaria GM/MS 757, em 21 de junho de 2023 (Brasil, 2023). Um significativo aceno às deliberações do CNS e para a construção de Políticas de Saúde Mental na lógica antimanicomial.

Entretanto, contraditoriamente, mantêm-se e se fortalecem as CTs, na RAPS, com significativo e crescente financiamento público. Desafios do tempo presente, diante das investidas organizadas de segmentos conservadores e privatistas, no campo da saúde mental, que conseguem galgar espaços e forças políticas para seus interesses privatistas e manicomialistas. Paralelamente, estados e municípios precisam seguir a perspectiva territorial-comunitária do cuidado em saúde mental, reforçada na Portaria GM/MS 577/2023 (Brasil, 2023), tendo em vista os desafios que ainda prevalecem, somados à necessidade de revogação de demais normativas, que ferem os princípios da RPB.

Contudo, há que se considerar que os fenômenos em transformação ocorrem sob um processo dialético, que não acontece de forma automática, e que as mudanças na realidade concreta de vida não se dão por acaso, mas por um movimento de mobilização, transformação e luta.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Nota Entidades 'Capital Estrangeiro – Veta Dilma!'**. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-entidades-capital-estrangeiro-veta-dilma/8791/>. Acesso em: 28 out. 2021.

ALBINO, N. M. **Controle social e privatização da saúde: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo.** 2018. Disponível em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/11106/1/tese_12469_Nathalia%20Moreira%20Albino.pdf. Acesso em: 18 out. 2023

ALMEIDA, J. M. C. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2023.

ALVERGA, Alex R. D.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZjNQ6LKhtkhM4FtLXnXVbT/?lang=pt#>. Acesso em: 11 out. 2023.

ALVES, E. **Uma análise crítica do plano diretor da reforma do aparelho do estado.** 2011. Disponível em: http://www.urutagua.uem.br/03alves.htm#_ftnref4. Acesso em: 18 out. 2023.

ALVES, G. **Neodesenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil – Parte II.** 2013. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2013/08/19/neodesenvolvimentismo-e-precarizacao-do-trabalho-no-brasil-parte-ii/#prettyPhoto>. Acesso em: 8 dez. 2023.

ALVES, Giovanni. Breves notas sobre a catástrofe do capitalismo brasileiro - uma perspectiva histórica. 2020. *In*: CORSI, F. L.; SANTOS, A. dos. **Os rumos do Brasil e da América Latina**. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Os-rumos-do-Brasil-e-da-America-Latina.pdf. Acesso em: 17 out. 2023.

ALVES, Vanessa Castro; VELASQUE, Maibí de Araújo. **Desafios para a efetivação das políticas de saúde e saúde mental no contexto neoliberal**. [200?]. Disponível em: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/17.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

AMARANTE, P. D. C. **Novos sujeitos, novos direitos**: o debate em torno da reforma psiquiátrica. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso &tlng=pt. Acesso em: 1º out. 2021.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 142p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41910/amarante-9788575413272.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

AMARANTE, P. D. C. **Capítulo 3 - Franco Basaglia**: novas histórias para desinstitucionalização. 1996. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/prmpv/pdf/amarante-9788575413272-05.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Cidade: Rio de Janeiro. Editora, 1998.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em:

<https://taymarillack.files.wordpress.com/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, Eduardo H. Guimarães. **“De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In: GIOVANELLA et. al. Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 1.097p.

AMARANTE, P. D. C; NUNES, Monica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

AMARANTE, P. D. C. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016).** 2020. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/27>. Acesso em: 25 out. 2023.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil.** Prefácio de Eliane Brum. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2013. 280 p.

BALIEIRO, H. G.; FLECHA, R. D. **A influência dos argentinos do grupo plataforma na reforma psiquiátrica brasileira.** 2018. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fperiodicos.pucminas.br%2Findex.php%2Fpretextos%2Farticle%2Fdownload%2F15983%2F13010%2F>. Acesso em: 28. out. 2023.

BASAGLIA, F. **Conferenze brasiliane**. Org. Franca Basaglia Ongaro; Maria Grazia Giannichedda. Milano: Raffaello Cortina. 2000. Disponível em: <https://anarcosurrealisti.noblogs.org/files/2010/10/Franco-Basaglia-Conferenze-brasiliane.pdf>. Acesso em: 5 out. 2023.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**. Desestruturação do estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental**. Uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841. Fundado um Hospital destinado, privativamente, para tratamento de Alienados com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. **Coleção das Leis do Império do Brasil**. 1841. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/colecao-anual-de-leis/copy_of_colecao4.html. Acesso em: 13 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 34.347, de 8 de abril de 1954. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/99357-aprova-o-regimento-do-conselho-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto n. 35.347, de 8 de abril de 1954. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-45913-29-abril-1959-385052-republicacao-51621-pe.html>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde aprovado pelo Decreto n. 35.347, de 8 de abril de 1954 e alterado pelo Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-47793-11-fevereiro-1960-387005-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55242-18-dezembro-1964-395699-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-67300-30-setembro-1970-408661-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-93933-14-janeiro-1987-444730-norma-pe.html>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm. Acesso em: 1º out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a Organização e Atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=99438&ano=1990&ato=850oXVU9keFpWTbbd>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Lei n. 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://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho nacional de saúde**. 1999. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/cism>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **Reforma do estado**. Caderno do Fórum. São Paulo. Século XXI. Caderno 16. 1999. Disponível em: <https://www3.al.sp.gov.br/historia/forum-XXI/cadernos/Reforma%20do%20Estado.pdf>. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: CUIDAR SIM EXCLUIR NÃO. Brasília, 1. ed., 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL, Lei n. 10.216, de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=de%20transtornos%20mentais.-,Art.,do%20paciente%20em%20seu%20meio. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Decreto n. 4.345, de 26 de agosto de 2002. institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4345-26-agosto-2002-451545-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2003. 604p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em: 1º out. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

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, nov. 2005. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 1º out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dá outras providências. 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/informativo18.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12101-27-novembro-2009-594805-publicacaooriginal-118829-pl.html>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final. IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/4_CNSM.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001**. Edição revista e corrigida. Brasília, DF: Ministério Público Federal dos Direitos do Cidadão, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf>. Acesso em: 2 out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Raps Rede de Atenção Psicossocial**. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. 2016, 143p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016b. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 16 jan. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho nacional de saúde**. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.434, de 15 de agosto de 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm#:~:text=Promover%20a%20estrat%C3%A9gia%20de%20busca,das%20drogas%20l%C3%ADcitas%20e%20il%C3%ADcitas. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. Ministério da Saúde revoga portaria que extinguiu Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei; Decisão considera Recomendação do CNDH. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/MinistriodaSade.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 577, de 5 de maio de 2023. Habilita Centro Especializado em Reabilitação (CER III) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado da Bahia e Município de Lauro de Freitas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0577_10_05_2023.html. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. 2001. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. **A saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 2014. Disponível em: http://www.sindsaudern.org.br/_ups/download/2019/10/28/arq548f0df661f61.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, Elaine Junguer; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. 2018. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/19139/13218/0>. Acesso em: 3 out. 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**. Estado, Democracia e Saúde, Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 10 ago. 2022.

BURDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Bireme-Opas-OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde. Disponível em: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/PACKER-A.L.-et-al.-SciELO-uma-metodologia.pdf>. Acesso em: 1º ago. 2022.

CARTA DE BAURU-30 ANOS. Encontro de Bauru. 30 Anos de Luta por uma Sociedade sem Manicômios. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

CISLAGHI, J. F. **Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais**. 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br>. Acesso em: 20 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CNDH recomenda suspensão de “Nova Política de Saúde Mental”**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/conselho-nacional-de-direitos-humanos-recomenda-suspensao-de-nova-politica-de-saude-mental/>. Acesso em: 6 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Comissão Intersetorial do Conselho Nacional de Saúde alerta para o impacto da violência de Estado na saúde mental da população**. 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/comissao-intersetorial-do-conselho-nacional-de-saude-alerta-para-o-impacto-da-violencia-de-estado-na-saude-mental-da-populacao/>. Acesso em: 7 nov. 2023.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **A luta pelo direito à saúde**: 2022. O papel do controle social e do conselho de saúde. Disponível em: https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/wp-content/uploads/2022/08/cartilha_direitoadaude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas->

noticias-cns/2637-5-conferencia-nacional-de-saude-mental-sera-de-16-a-19-de-maio-de-2023.
Acesso em: 6. nov. 2023.

CORTÊS, S. V. *et al.* **1. Conselho nacional de saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais.** Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8znq5/pdf/cortes-9788575413463-04.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2023.

COSTA, R. O da. **Capitalismo, saúde mental e políticas sobre drogas: uma análise da tendência para os tratamentos dos sujeitos.** 2020. Disponível em: <https://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3676/2/DISS-%20Rosiane%20Oliveira%20da%20Costa.pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo.** 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/27636/1/TESE%20Tereza%20Cristina%20Ribeiro%20da%20Costa%20.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>. Acesso em: 3 out. 2023.

CRUZ, N. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/>. Acesso em: 1º ago. 2022.

DELGADO, P. G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. **Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula.** 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/6QKFWnfPFYdKhX6cnDCSgdP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2023.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. *In: GIOVANELLA, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FARIAS, L. L. **Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>. Acesso em: 19 out. 2023.

FILGUEIRAS, L. **O neoliberalismo no Brasil**: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. 2007. En publicación: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. Basualdo, Eduardo M.; Arceo, Enrique. Clacso, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, ago. 2006.

FIOCRUZ. **Um ‘não’ à internação e ao eletrochoque**: CNDH recomenda suspensão da Nova Política de Saúde Mental. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Um-nao-a-internacao-e-ao-eletrochoque-CNDH-recomenda-suspensao-da-Nova-Politica-de-Saude-Mental>. Acesso em: 6 nov. 2023.

FIORI, J. L. **A política social do governo Collor**. 1991. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/download/43733/33437/132543>. Acesso em: 13 out. 2023.

FRANÇA, P. **Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões** Fonte: Agência Senado. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes#:~:text=Origem,italianas%20de%20Trieste%20e%20Gorizia>. Acesso em: out. 2023.

FREITAS, F. F. P.; RIBEIRO, G. A. **Reforma psiquiátrica e exclusão**: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/Mmp9cZmxVGH7cgTrFhRG6nD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2023.

FUNDAÇÃO FRIEDERICH EBERT. **Austeridade e retrocesso** - finanças públicas e política fiscal no Brasil. 2016. Disponível em: <https://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Redes de atenção à saúde**: Rede de Atenção Psicossocial – Raps. 2018. Disponível em: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 1991. Disponível em: https://sgcd.fc.unesp.br/Home/helber-freitas/tcci/gil_como_elaborar_projetos_de_pesquisa_anto.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p.113-148.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4.

GONZAGA, V. R. Centro de Estudos Estratégias da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde mental**: ‘não dá para o filme rodar para trás’, avalia Francisco Inácio Bastos. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/105>. Acesso em: 5 nov. 2023.

GUIMARÃES, T. A. A. *et al.* **Participação social na saúde mental**: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bFNqSsMtC4yJt5TgH986Zqd/#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. **A remanicomilização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010 – 2019**: análise de uma conjuntura antirreformista. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

GUIMARÃES, G. T. D.; MACIEL, A. L. S.; GERSHENSON, B. **Neoliberalismo e desigualdade social**: reflexões a partir do serviço social. 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/download/livros/1385.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

GULJOR, A. P. *et al.* **Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019** - “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 4/2/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Júnior. 2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 21 out. 2023.

HEIDRICH, A. V.; BERNDT, D. P.; DIAS, M. **As conferências nacionais de saúde mental e o paradigma da desinstitucionalização**. 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_224-3.pdf. Acesso em: 28 out. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Democracia participativa. **Desafios do desenvolvimento**, v. 8, n. 65, 2011. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7021/1/Desafios_Desenvolvimento_v.8_n.65_2011.pdf. Acesso em: 3 out. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O conselho nacional de saúde na visão de seus conselheiros**. Relatório de pesquisa projeto conselhos nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. 2012. Disponível em: https://ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/120409_relatorio_cns.pdf. Acesso em: 5 nov. 2023.

JÚNIOR, J. P. B. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização**: a trajetória da saúde mental no Brasil. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/#>. Acesso em: 25 out. 2023.

LAPA, C. A.; ASSIS, L. C. M. **Particularidades do processo de contrarreforma na atenção básica de saúde**: um estudo sobre os retrocessos nos governos ultraneoliberais de Michael Temer e Jair Bolsonaro (2016-2020). 2021. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1095_1095612e86711ea2c.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

LIMA, D. K.R.R; GUIMARÃES, J. **A rede de atenção psicossocial sob o olhar da complexidade**: quem cuida da saúde mental? 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhFH/#>. Acesso em: 12 out. 2023.

LINHARES, R. R.; GERVASONI, T. A. **Neoliberalismo e austeridade**: investigando padrões de “Reações de Mercado” com relação ao trâmite da EC 95/2016. 2022. Disponível em: 901-Texto do Artigo-3036-1-10-20221230.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

LUCENA, K.; MIRANDA, D. **Conselho nacional de saúde instrumento de controle social**. 2011. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282294/revista_ed01_2011_6-7.pdf. Acesso em: 6 dez. 2023.

LUZIA, J. M. **Contra-reforma do estado e da educação superior no governo Lula**. 2009. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/OLD/eixos_OLD/11.%20Impasses%20e%20Desafios%20das%20Políticas%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Contra-reforma%20do%20Estado%20e%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20superior%20no%20governo%20L.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

MACIEL, D. **O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992)**. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/download/48390/23725/>. Acesso: em 15 out. 2023.

MARIANO, C. M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos**: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. 2017 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrcWkDrp/#>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MARQUES, R. M.; XIMENES, S. B.; GINO, C.K. **Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/yTJLwCYQ89PvV77mJgRwGHq/?lang=pt#>. Acesso em: 27 out. 2023.

MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. Nota Técnica Conjunta sobre Portaria GM/MS n. 1.325/2020 que extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. 2020. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/07/nota-conjunta-mbpct-portaria-eap.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social. Estado, Democracia e Saúde**, Brasília, v. 22, n. 46,

jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136. Acesso em: 20 jul. 2022.

MENDES, A.; CARNUT, Leonardo. **Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária**. 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br>. Acesso em: 20 out. 2023.

MENDES, J. M. R. *et al.* **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS**. 2011 Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9912/7337>. Acesso em: 30 out. 2021.

MENEZES, J. S. B. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade**. 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2517/ENSP_Disserta%20a7%20a3o_Menezes_Juliana_Souza_Bravo_de.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 1º nov. 2023.

MIGUEL, P. T.; MEDEIROS, J. P. **A volta dos manicômios: reflexões acerca da nota técnica n. 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MSN**. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80699/51213>. Acesso em: 20 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. 2019. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/RE_324_RO.pdf. Acesso em: 24 dez. 2023.

MOLINA, A. A.; RODRIGUES, A. A. **Estado, políticas públicas e formação docente no Brasil: direcionamentos a partir do início do século XXI**. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/52744/28182>. Acesso em: 15 out. 2023.

MOTA, L. A. **Crise do novo desenvolvimentismo e política econômica brasileira (2015)**. 2018 Disponível em:

<https://www.journals.ufrpe.br/index.php/cadernosdecienciassociais/article/view/2547/482483>
173. Acesso em: 17 out. 2023.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64p.

NETTO, J. P. **Uma face contemporânea da barbárie**. 2013. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br> Acesso em: 8 nov. 2023.

NEVES, A.V. **Parte II – Democracia, participação e políticas públicas. Capítulo 5 - Ativismo e participação da sociedade civil no Brasil: destruição das instituições participativas e ameaças à democracia?** 2022. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/nzdvb/pdf/neves-9786558461654-09.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

NUNES, M. de Oliveira. *et. al.* **Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jul. 2022.

OLIVEIRA, R. F. **A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica**. 2011. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf>. Acesso em; 13 out. 2023.

OLIVEIRA, C. L. **“Basaglia” e as práticas reabilitativas no centro de convivência**. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ASPHAB/1/oliveira__carla__disserta__o_mestrado_cd_.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

OLIVEIRA, A. V. A. **Os (des) caminhos da reforma psiquiátrica: análise da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2022**. 2022. Disponível em:

https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/27066/1/AldaVenusiaAlvesDeOliveira_Dissert.pdf. Acesso em: 1º out. 2023.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023

PLANTIER, A. P. Barreto. **Dos muros dos manicômios para os muros (in) visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica**. 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09042015-095634/pt-br.php>. Acesso em: 29 jul. 2022.

QUINTAS, R. M. **A ação territorial do centro de atenção psicossocial (Caps) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**. 2007. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25484/ve_Renata_Martins_ENSP_2008?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 10 dez. 2023.

QUINTAS, M. R.; AMARANTE, P. A ação territorial do centro de atenção psicossocial em as naturezas substitutivas. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, enero-diciembre, 2008, p. 99-107. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773010.pdf>. Acesso em: 5 out. 2023.

REIS, P. Elisa, 1995. Governabilidade e Solidariedade. In: Valadares, L. e COELHO, M. Prates (org). **Governabilidade e Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. 2018. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>.

Acesso em: 16 out. 2023.

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS-2017. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

ROTELLI, F., *et al.* Desinstitucionalização. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2001.

SALVADOR, E. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JjjhnQzh9FGx9q3t7WsT35g/#>. Acesso em: 18 out. 2023.

SANTOS, F. N.; CAMPOS, C. S. S. **Austeridade fiscal**: mais que uma ideia perigosa - uma análise a partir dos mecanismos que vem consolidando a austeridade como uma política de estado no Brasil. 2021. Disponível em: https://enep.sep.org.br/uploads/733_1647205959_Artigo_SEP_-_texto_com_identifica%C3%A7%C3%A3o_das_autoras_pdf_ide.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

SANTOS, M. A.; NASCIMENTO, G. N. L. **Metodologia científica**: a pesquisa como compreensão da realidade. Organizadores: Marta Azevedo dos Santos e Guilherme Nobre L. do Nascimento. Palmas, TO: Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, 2021. Disponível em: <https://docs.uft.edu.br/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/Wv6gU1E2QfWcnh2jMFduvw/content/Metodologia%20Cientifica>. Acesso em: 7 dez. 2023.

SÁ, R. M. P. F. *et al.* **O novo patamar da contrarreforma da política de saúde no Brasil e os desafios para política nacional de promoção da saúde.** 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art2.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil.** 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQtP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2022.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *In: R. Katal.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/sk3wMnW6NFQWWWNjQ3YNNrB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

SANTOS, W. da S. Um olhar sobre a reforma do estado brasileiro nos anos de 1990. **Cadernos de Ciências Aplicadas**, Vitória da Conquista/BA, n. 5/6, p.76-79. 2009. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/1918>. Acesso em: 28 ago. 2022.

SANTOS, C. M.; MORAES, C. A. S. **Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil.** 2022. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/6257/625773845012/html/#redalyc_625773845012_ref15. Acesso em: 20 out. 2023.

SciELO. **SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica.** Brasília, v. 27, n. 2, p. 109-121, maio/ago.1998. Disponível em: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/PACKER-A.L.-et-al.-SciELO-uma-metodologia.pdf>. Acesso em: 1º ago. 2022.

SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/#>. Acesso em: 4 out. 2023.

SILVA, F. A. B.; ABREU, L. L. **“Saúde: capacidade de luta” - a experiência do conselho nacional de saúde.** 2002. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0933.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

SILVA, G. S. da. **Fundo público e políticas sociais: o trabalho necessário sobre a égide do capital portador de juros.** 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo9.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

SILVA, S. S. **Contradições da assistência social no governo “neodesenvolvimentista” e suas funcionalidades ao capital.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/sxjzP6hJc9P9hcjw8qGjMbr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2023.

SILVA, P. H. C. **As políticas sociais no contexto da reforma do Estado no Brasil.** 2008. Disponível em: <https://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/pedrohenrique.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

SILVA, E. K. B.; Rosa, L. C. S. **Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/fFKDctvfxN5sQv8SzmKmmPM/#>. Acesso em: 4 out. 2023.

SILVA, M. D. O. **Processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer.** 2019. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3575/2/DISS%20%20Mayara%20Duarte%20Silva.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2022.

SILVA, F. R *et al.* **Trabalho e política social no contexto da intensificação do ajuste fiscal.** 2021. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2021/12/Ebook-Trabalho-e-pol%C3%ADtica-social-no-contexto-da-intensifica%C3%A7%C3%A3o-Vers%C3%A3oFinal.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum, Vitória**, v. 10, p. 24-32, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>. Acesso em: 3 out. 2021.

SOARES, F. P. **A influência do banco mundial e da OCDE na educação básica no Brasil e no ensino de geografia.** 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/41843/html>. Acesso em 11 nov. 2023.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o serviço social.** 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/70/120/322?inline=1>. Acesso em: 30 out. 2021.

SOUZA, L. C. **Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos conselhos estaduais de saúde.** 2012. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/13206/1/2013_JomiltonCostaSouza.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

STAMPA, I. *et al.* **Trabalho, regressão de direitos e serviço social.** Organização Inez Stampa et al. Rio de Janeiro: Mórula, 2020. 236 p.; 21 cm.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 1º out. 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed., 2010.

VIEIRA, E. A. **Políticas sociais e direitos sociais no Brasil**. 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36299/39019>. Acesso em: 5 ago. 2022.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; REIS, C.O.; RODRIGUES, P. H de A. **POLÍTICAS SOCIAIS E AUSTERIDADE FISCAL**. Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26808> Acesso em 20 jan.2024.

ZANARDINI, I. M. S.; ZANARDINI, J. B.; DEITOS, R. A. **Do estado de bem-estar social ao neodesenvolvimentismo**: considerações sobre o papel do estado sob o capital. 2020. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1984723821462020072> Acesso em: 26 out. 2023.

ⁱ Deputado federal em diferentes mandatos: 1987-1991; 1991-1995; 1995-1999; 1999-2003; 2003-2007; 2007-2011.