



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

GABRIELA CASTOR LINS DE MELO

POLÍTICA DE DROGAS E A CONTRARREFORMA DA SAÚDE

Recife-PE

2023

GABRIELA CASTOR LINS DE MELO

POLÍTICA DE DROGAS E A CONTRARREFORMA DA SAÚDE

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Profa Dra. Delaine Cavalcanti Santana de
Melo**

Recife-PE

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Melo, Gabriela Castor Lins de.
Política de drogas e a contrarreforma da saúde / Gabriela Castor Lins de
Melo. - Recife, 2023.
50

Orientador(a): Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2023.

1. Política de Saúde Mental. 2. Política de Drogas. 3. Conarreforma. 4.
Luta Antimanicomial . I. Melo, Delaine Cavalcanti Santana de. (Orientação). II.
Título.

360 CDD (22.ed.)

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Serviço Social
Curso de Graduação em Serviço Social

POLÍTICA DE DROGAS E A CONTRARREFORMA DA SAÚDE

GABRIELA CASTOR LINS DE MELO

Banca Examinadora

Profª Dra Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Orientadora
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Dra Flávia da Silva Clemente
Examinadora
Universidade Federal de Pernambuco

Este trabalho é dedicado aos/às profissionais de Saúde Mental e a todos os indivíduos em sofrimento psíquico que acreditam e lutam pela garantia dos direitos humanos e por um modelo antimanicomial de cuidado.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois me formar na Universidade Federal de Pernambuco é um vislumbre da sua maravilhosa graça em minha vida. "Pois dele, por ele e para ele são todas as coisas. A ele seja a glória, para sempre! Amém" (Romanos 11:36).

A minha mãe, **Luciana Melo**. Mãe, obrigada por ser tão forte desde a minha infância frente às adversidades. Sua resiliência e amor me moldaram ao que sou hoje. Espero ser capaz de retribuir seus sacrifícios.

Ao meu pai, **Sérgio Melo**. Pai, obrigada por sempre se empenhar e ser o maior incentivador dos meus estudos. Obrigada por nunca poupar esforços pela minha educação e projetos. Serei eternamente grata pelo seu zelo comigo.

Aos meus irmãos, **Felipe Melo e Leandro Melo**, que me protegem e se alegram com minhas conquistas.

A minha avó, **Vitória Maria**, que em sua pureza e doçura, se orgulha com os sucessos da sua "*única neta mulher*".

Ao meu melhor amigo e companheiro, **Lucas Martins**, que me encoraja a ser independente, acredita nos meus sonhos e torce pelo meu futuro. Lucas, você é minha referência de determinação.

À minha melhor amiga, **Danielle Brown**, que nas incertezas da vida acadêmica, mesmo em outro país foi minha confidente e conselheira.

A **Cecilia Dias**, um presente trazido pela universidade e agora grande amiga. As madrugadas de estudo juntas estão nas melhores lembranças da graduação. Ceci, obrigada por tornar a permanência na UFPE mais leve com sua *sororidade*.

A minha tia (do coração), **Kelly Ann Cook**, que me deu de presente a mesa de estudo para o ENEM. Em sua memória, registro que sou grata por todas as suas manifestações de cuidado e bondade. *Choose joy*.

A minha orientadora e tia, **profª Delaine Melo**, pela disponibilidade e paciência durante a elaboração desse estudo. Foi um privilégio, durante as vivências da graduação, conhecer a profissional competente, brilhante e inspiradora que é.

A minha supervisora de campo, **Elizabeth Bening**, e toda a **equipe do CAPSad** no qual estagiei durante o ano de 2022. Sou grata pelo acolhimento e aprendizados, afinal, eles culminaram no encantamento e interesse por estudar o tema desta monografia.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, discorre sobre os entraves e desafios agudizados pela contrarreforma da Saúde, guiado pelo objetivo de indicar implicações da contrarreforma no âmbito da Política de Saúde Mental e da Política de Álcool e Outras Drogas no Brasil, em resultado da ascendente ofensiva neoliberal sobre as políticas públicas do Estado brasileiro. Situa no debate a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), a ofensiva neoliberal sobre as políticas sociais e o neoconservadorismo. Na particularidade da Política de Saúde Mental e de Drogas, abordamos a proeminência das Comunidades Terapêuticas e a atuação do Serviço Social. O trabalho examina as problemáticas implícitas nessa conjuntura, localizando a Luta Antimanicomial como referência para, assim, estudar e entender as articulações existentes entre o neoliberalismo e os efeitos da contrarreforma no setor. Evidencia-se também a relação social, econômica e ideológica existente nessa discussão, já que o Neoliberalismo utiliza-se de diversos mecanismos que desafiam a continuidade dos avanços alcançados e, tendenciam à higienização, patologização e mercadorização de vidas brasileiras. Metodologicamente foram utilizados os procedimentos da pesquisa bibliográfica e documental com abordagem qualitativa à luz do método materialista histórico dialético. Desvelou-se que o Neoliberalismo, para garantir sua hegemonia, ameaça os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária e favorece a contrarreforma da Saúde no Brasil contemporâneo. A pesquisa finaliza concluindo que esse cenário traduz a desresponsabilização estatal e o repasse de recursos de fundo público ao mercado privado, caracterizando um movimento de regressividade institucional e estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Palavras-Chave: Política de Saúde Mental; Política de Drogas; Contrarreforma; Luta Antimanicomial; Serviço Social.

ABSTRACT

The following Course Completion Study discusses the obstacles and challenges brought forth by the counter-reformation in health. The objective of this research is to indicate the implications of the counter-reformation within the scope of the Mental Health Policy and the Alcohol and Other Drugs Policy in Brazil, as a direct result of the increasing neoliberal influence on the public policies of the Brazilian State. Within the debate, lies the conquest of the Unified Health System (SUS), and the offensive neoliberalism effect on social policies and neoconservatism. Particularly, in the Mental Health and Drugs Policy, we approach the prominence of Therapeutic Communities and the role of Social Work. This study examines the problems implied in this situation—establishing the Anti-Asylum Fight as a reference to the study, in order to understand the existing connection between neoliberalism and its effects on the counter-reformation in this sector. The social, economic and ideologic relationship that exists in this discussion is evident. Neoliberalism uses several mechanisms that challenge the continuity of advancements and achievements; and encourage the sanitation, pathologization and, commodification of Brazilian lives. In light of the dialectical historical materialist method, both bibliographic and documental research were utilized to perform a qualitative study approach. The studies reveal that Neoliberalism, in order to guarantee its hegemony, threatens the principles of the Psychiatric and Sanitary Reform and favors the counter-reformation of Health in contemporary Brazil. The research concludes that this scenario reflects the state's lack of responsibility in the transfer of public funds and resources to the private market, which further characterizes an institutional and structural regression of the Unified Health System (SUS) and the Psychosocial Care Network (RAPS).

Key-words: Mental Health Policy; Drug Policy; Counter-Reformation; Anti-Asylum Fight; Social service.

LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CD – Câmara dos Deputados
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RD – Redução de Danos
RP – Reforma Psiquiátrica
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SPA – Substância Psicoativa
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
UA – Unidade de Acolhimento

UD – Unidade de Desintoxicação

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CAPÍTULO II – REFORMA PSIQUIÁTRICA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	13
3 CAPÍTULO III – OFENSIVA NEOLIBERAL NA SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA DE DROGAS DO BRASIL	23
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA EM XEQUE	27
3.2 ASCENSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONSERVADORISMO E PROJETO PRIVATISTA	30
4 CAPÍTULO IV – ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
6 REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso, objetivamos indicar as implicações da contrarreforma das políticas de Saúde Mental e de Drogas no Brasil em resultado da ascendente ofensiva neoliberal sobre o Estado brasileiro. O desejo de debater a temática nasceu das reflexões e inquietações provocadas durante a proveitosa experiência da disciplina de Política sobre Drogas, componente curricular do Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, bem como das vivências e aprendizagens advindas da realização do Estágio Curricular Obrigatório em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), no município do Recife.

No decurso formativo, foi possível uma aproximação diferenciada ao tema, ampliando o conhecimento sobre o campo da Política de Drogas e Saúde Mental e da atuação profissional do Serviço Social. Desbravamos o estudo e a inserção no tema, o que nos lapidou e nos alimentou de informações base para o estágio e, conseqüentemente, para o presente trabalho. Foi possível conhecer o panorama das políticas sociais disponíveis e os sujeitos políticos e profissionais responsáveis pela construção e desenvolvimento das ações de atenção integral a pessoas com problemas relacionados às drogas e pela construção de política intersetoriais, assim, despertando um extasiado interesse por discutir o tema.

Particularmente, a experiência de estágio favoreceu uma formação crítica e prática, haja vista que os meses no CAPSad possibilitaram o contato direto com usuários/as, familiares, assistentes sociais e profissionais da equipe multiprofissional de Saúde Mental, o que resultou no entendimento da execução da Política de Saúde Mental e sua direção política pela completa superação do modelo manicomial e defesa da estratégia de redução de danos. Tal conjunto de elementos propulsores, traz-nos ao intento de refletir e pesquisar sobre a problemática da drogadição como uma questão de saúde pública e como expressão da questão social latente na sociedade capitalista, agudizada pelo Estado neoliberal.

No cotidiano da unidade de saúde, compreendemos o grave desmonte e desfinanciamento do SUS. Entendemos como o projeto conservador burguês, no contexto de contrarreformas neoliberais, limitavam o padrão assistencial ofertado e repercutiam em dificuldades para o corpo profissional e para a população usuária do

serviço. Essas experiências nos levaram a optar por examinar e debater sobre a ofensiva neoliberal de desregulamentação do Estado no país e a adoção de medidas contrarreformistas que destituem direitos sociais, reduzem o investimento público na saúde e impactam diretamente na execução das políticas sociais, entre as quais a de Saúde Mental. A Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016b), que congelou os gastos do governo com saúde, educação, assistência social, cultura, por vinte anos, conforme veremos ao longo do trabalho, é resultante dessa conjuntura.

Nosso esforço centra-se em desvelar o processamento da contrarreforma neoliberal na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil contemporâneo como manifestação da ascendente ofensiva neoliberal que aprofunda várias problemáticas para a população brasileira, com recorte especial para a população dependente química. Nesse sentido, situa-se o lugar das Comunidades Terapêuticas neste cenário de agudos retrocessos e a presença do Serviço Social nos espaços socio-ocupacionais de Saúde Mental.

O objetivo geral do estudo foi indicar implicações da contrarreforma das políticas de Saúde Mental e de Drogas no Brasil em resultado da ascendente ofensiva neoliberal sobre o Estado brasileiro. Como objetivos específicos, foram definidos: i) Refletir sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a Política de Drogas; ii) Examinar a relação entre o avanço da onda neoliberal e desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS); iii) Apontar o alargamento no número de Comunidades Terapêuticas como retrocesso à propositura da Reforma Psiquiátrica Brasileira e; iv) Destacar a atuação do/da assistente social na Política de Saúde Mental e os desafios que perpassam seu fazer profissional.

Metodologicamente, o trabalho baseou-se no método histórico-dialético, o qual considera a materialidade histórica para compreensão da realidade, sendo possível apreender os agudos impactos da diretriz neoliberal na Saúde Mental e na Política de Drogas no Brasil.

Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa e exploratória, que se utilizou dos procedimentos da revisão de literatura: composta por busca de produções teóricas, livros e artigos acadêmicos de reconhecida envergadura no debate da temática; e da pesquisa documental em informações publicadas pela FioCruz e pelo Ministério

da Saúde, como a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, bem como de dados disponibilizados em portais do Governo Federal, como sites da Câmara dos Deputados (CD), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A monografia encontra-se sistematizada em três capítulos, além da Introdução e das Considerações Finais. No primeiro capítulo abordamos o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica (RP) e a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como parte integrante do SUS e, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que reorientou o modelo assistencial, trouxe mudanças na maneira de cuidar, agregou com o protagonismo dos/das usuários/as e ocasionou expressiva mudança na micro e macro Política de Saúde.

O segundo capítulo trata dos tensionamentos e da ofensiva neoliberal na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas que, por sua vez, ameaça os avanços conquistados historicamente pela Reforma Psiquiátrica e alavanca o seu projeto conservador privatista mediante o aumento no número de Comunidades Terapêuticas. Examinamos que uma das maiores consequências da incidência do Neoliberalismo na Saúde é o retorno de discursos e práticas regressivas que divergem das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, realçando o desfinanciamento ou pequena oferta de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais e programas complementares.

No terceiro capítulo, destacamos a atuação dos/das assistentes sociais nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma vez que a profissão é capacitada para intervir nas expressões da questão social peculiares do bojo da política de Saúde Mental e da Política de Drogas. Debates como o Serviço Social atua na perspectiva de possibilitar a plena execução da Política de Saúde Mental, com base na defesa da superação do modelo antimanicomial.

2. CAPÍTULO II – REFORMA PSIQUIÁTRICA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A história da assistência à Saúde no Brasil, desde o Brasil Colônia, é permeada de recuos e alguns avanços, sendo a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) o maior deles, inclusive no que concerne à Saúde Mental no país. Contudo, não

apresentaremos uma recuperação histórica antiga, já que é mais relevante para a discussão presente examinar apenas os eventos ocorridos no campo da Saúde no Brasil, a partir de meados de 1980.

Apesar de na década de 1970, o Brasil ter experimentado uma atmosfera autoritária ocasionada pela Ditadura Militar, regime instaurado no Brasil de 1 de abril de 1964 até 15 de março de 1985, sob comando de governos militares, ao mesmo tempo, movimentos sociais em prol da democracia provocaram importantes notáveis avanços, inclusive, no campo da Saúde Mental. Nessa esteira, sob influência italiana¹, em 1978, inicia-se o movimento social em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores/as, sanitaristas, sindicalistas e profissionais do âmbito da Saúde Mental, protagonizou a denúncia de maus tratos nos manicômios, a privatização de assistência e o modelo hospitalocêntrico vigente.

Num cenário desafiador, protagonizado por diversos atores sociais, a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, conferiu os fundamentos para a gênese do Sistema Único de Saúde. A Conferência toma por suposto o conceito amplo de Saúde, baseado na universalidade, desdobrando-se em mobilizações, conscientização e luta por Saúde como direito, imbricada aos determinantes sociais. Como importante marco, o relatório da Conferência culminou no Capítulo de Saúde da Constituição de 1988 e na criação do SUS.

Conforme aponta a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde consistia em atender somente a trabalhadores/as contribuintes - e seus/suas dependentes - da Previdência Social. Dessa maneira, a parcela mais pobre e pauperizada da população dependia de ações filantrópicas para obter assistência. Além da restrição do acesso à saúde pela maioria da população brasileira, a concepção de saúde era basicamente a ausência de doenças.

Com a estruturação do SUS, resultado da luta incansável de movimentos sociais, sobretudo do Movimento de Reforma Sanitária, no contexto da

¹ Franco Basaglia, médico psiquiatra e ex-professor universitário, foi a figura responsável pelo fim dos chamados manicômios na Itália por meio da Lei 180, em 1978. O médico guiou o processo de reinserção social de mais de 1 mil pacientes (BRASIL, 2019), e foi pioneiro ao promover o tratamento clínico humanizado sob dois princípios norteadores: a inserção da habitação e do *lavoro* (trabalho) assistidos, como parte do tratamento. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora ao revelar a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas no bojo da Saúde Mental.

democratização do país, o Brasil alcançou um notável e significativo avanço na saúde pública; sua implementação foi o alicerce para todos os avanços e conquistas alcançadas no campo da Saúde em geral, bem como na Saúde Mental. O SUS, sistema de saúde público, gratuito e universal, ancorou-se no conceito ampliado de Saúde, indicado como “estado de bem-estar completo, físico, mental e social”. Nesses termos, estabeleceu-se no Brasil a saúde como direito universal.

O SUS rompeu o paradigma anterior de acesso à assistência à saúde no país; a participação da sociedade civil na tomada de decisões é fator inovador, junto à ênfase na prevenção, descentralização e aproximação dos serviços ofertados nos três níveis de atenção: básica, secundária e terciária. Para mais,

o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é descentralizado. Ou seja, Governo Federal (União), Estados e Municípios dividem a responsabilidade de forma integrada, garantindo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão através da parceria entre os três poderes. Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, estes locais também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes (BRASIL, [s.d]).

No intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência universal, integral e equânime à saúde, avança de forma consistente na consolidação de redes de cuidados sistematizada, regionalizada, hierarquizada e integrada nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Assim serão configurados diversos serviços, tais como centros e postos de saúde; hospitais; laboratórios; hemocentros; serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental; além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por exemplo (BRASIL, [s.d]).

O novo sistema foi regulado pelas Leis no 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990) – editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde, sendo formado pela articulação entre as gestões e financiamento das esferas federal, estadual e municipal, de acordo com o que rege o Artigo 195 da CF.

A Seção II "Da Saúde", (artigo 196 até o artigo 198) da Constituição Federal, apresenta os cinco princípios do SUS: universalidade; integralidade; equidade; descentralização; e participação social, conforme segue:

são princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; a integralidade das ações, em um conjunto articulado e

contínuo em todos os níveis de atenção do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por conselhos municipais, estaduais/distrital e nacional de saúde, com representação dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores de serviços, das organizações da sociedade civil e das instituições formadoras (BRASIL, 2005).

O sanitarista Sergio Arouca, um dos principais teóricos e líderes do Movimento Sanitarista, uma década após a criação da Constituição Federal, já afirmava que era preciso retomar aos princípios básicos da Reforma Sanitária, para além do marco da criação do SUS. Segundo ele, “constantemente se faz preciso discutir a Saúde não como política do Ministério da Saúde (MS), mas como um direito do cidadão e dever permanente do Estado” (FIOCRUZ, 2010). Por isso, apontar avanços e impasses do sistema de saúde no Brasil é urgente e constante.

Quanto à assistência a pessoas com transtornos mentais e demandas decorrentes da dependência química, no período de 1971 a 1991, antecedente ao surgimento do SUS e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, caracterizava-se por violência nos manicômios, mercantilização da loucura, hegemonia de serviços privados e modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005). Nos anos pré-SUS e pré-reforma, os cientistas estudiosos do campo dos transtornos mentais eram conhecidos como alienistas; isso porque, na época em que prevalecia o modelo hospitalocêntrico, considerava-se que o isolamento seria o tratamento indicado à pessoa, sendo justificada a perda da liberdade pela alienação (SOUZA, 2020).

Tais fundamentos passaram a ser questionados, sobretudo, devido ao aumento no número de manicômios, acompanhado de um processo político e social complexo de objeções e enfrentamentos, interesses, ideologias inéditas, posicionamentos de importantes agentes sociais, formações teóricas e religiosas. (AMARANTE, 1998). A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), documento que serve como principal diretriz ao exercício da cidadania, criada pela Organização das Nações Unidas (ONU), tornou-se, também, marco regulador das relações entre governos e população, repercutindo em transformações históricas no campo da Saúde Mental do Brasil, sobretudo, no final da década de 1970.

Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM, em São Paulo, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; nesse mesmo ano, também ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005). Na

conjunção dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e sob influência dos congressos supracitados, eclode a Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, um símbolo político e social que caracteriza-se como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BARROS E SALLES, 2011), inscrita no processo superação do modelo manicomial para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas.

Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010. p 32).

O horizonte ético-político desse processo civilizatório irreversível em que se constituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010), envolveu, ainda, o anseio de superação do paradigma psiquiátrico até então institucionalizado; reconstruindo a compreensão do sujeito em sofrimento psíquico e o conceito de doença, ao afastar o molde de cura ao estimular a sociabilidade. Outrossim, todo esse processo se articulou com outros movimentos sociais, com a luta pela redemocratização do país, e, sobretudo, criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, luta que, por sua vez, combate preconceitos que cercam a relação sujeito-doença.

A Reforma Psiquiátrica (RP) defendeu um conjunto de preceitos com fins de ruptura com a grave situação da assistência psiquiátrica no país, conforme segue: reorientação do modelo assistencial; mudança na maneira de cuidar; mudança na maneira de olhar o território; mudança na clínica, propondo a clínica da atenção psicossocial, clínica ampliada, clínica da reforma; mudança na gestão, agregando com o protagonismo dos usuários; mudança na micro e macro política e mudança cultural (CENAT, 2019). Ademais, para além do campo dos serviços de saúde propriamente ditos, a RP incidiu nas esferas de governos – federal, estadual e municipal –, no modelo de ensino das universidades, nos conselhos profissionais e nas famílias dos usuários e usuárias.

Dessa maneira, foi no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançou. Prova disso, foi a

criação, no ano de 1987, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – limiares importantes para a substituição do modelo hospitalocêntrico de tratamento. Os dois eventos tratam-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica não se caracterizava apenas por uma retórica, contudo, era possível e praticável no país (BRASIL, 2005).

Além de tudo, ao pensar na rede de atenção à Saúde Mental brasileira como parte integrante do SUS, identificamos suas ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade, contrapondo-se às tendências manicomiais e hospitalocêntricas; para tanto, a humanização é uma propositura do modelo de atenção psicossocial, defesa dos direitos da pessoa com dependência química e com transtorno mental, introdução de novas estratégias terapêuticas dialógicas condizentes com a dignidade e autonomia da população usuária dos serviços.

A partir do ano de 1992, a política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental passou a desenvolver-se convergindo com as diretrizes herdadas da Reforma Psiquiátrica. Após a assinatura da Declaração de Caracas² e realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, a década de 1990 ficou marcada pelas primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção psicossocial e pelas primeiras normas para fiscalização para hospitais psiquiátricos.

Em 2001, a Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica –, formulada e aprovada no final da década de 1980, definiu novas diretrizes norteadoras para a atenção em Saúde Mental, respaldadas no respeito à cidadania e aos direitos do/a usuário/a, e, redirecionou a assistência em Saúde Mental. Ao impulsionar mudanças conceituais e práticas no modelo de cuidado, privilegia a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e impõe novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005). A Lei da Reforma Psiquiátrica privilegia uma oferta de cuidado o/a usuário/a em liberdade, com serviços territoriais de base comunitária, destacando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para superação da lógica asilar: no lugar do isolamento, o

² Adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990, reestruturou as diretrizes nos serviços de atenção psicossocial na América Latina, assim, dando suporte para o arranjo da Reforma Psiquiátrica.

convívio com a família e a comunidade são elementos cruciais para o tratamento. Além disso, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, contudo, não institui mecanismos claros para a extinção dos manicômios. Em efeito, nesse momento a Política de Saúde Mental alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se com maior sustentação e visibilidade.

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2010).

A *posteriori*, as políticas específicas que integram o SUS, ao menos nos seus marcos legais e documentais, pautam o fortalecimento das redes de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico por meio de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS podem ser do tipo **I**: atendem todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas (SPAs), em regiões com pelo menos 15 mil habitantes; tipo **II**: todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes; tipo **III**: atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação, todas faixas etárias, transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em regiões com pelo menos 150 mil habitantes; **CAPSad**: todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, em duas modalidades: regiões com pelo menos 70 mil ou 150 mil habitantes; **CAPSi**: atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

O papel estratégico dos CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a

inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial iniciou-se no Brasil na década de 1980; contudo, somente obtiveram financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002. Os CAPS compõem a rede municipal, podem ser acessados por demanda espontânea ou por encaminhamento da rede; oferecem atendimento diário ou, no caso dos CAPS III, garantem atendimento por 24 horas e incluem leitos para pernoite, embora não se caracterizem como serviço de urgência/emergência. A assistência ofertada nos CAPS caracteriza-se por prática humanizada, pautada na tríade pessoa/serviço/comunidade, vinculada a um modelo de cuidado articulado entre as redes e os níveis de atenção; inova, também, com a atuação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, compostas por assistentes sociais, enfermeiros/as, farmacêuticos/as, médicos/as, psicólogos/as, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros, que desenvolvem suas ações em prol do Projeto Terapêutico Singular (PTS)³ do/a usuário/a. Assim, ao fortalecer a autonomia e convidar o indivíduo à responsabilização, os CAPS estimulam o protagonismo do/da usuário/a em toda a trajetória do seu tratamento.

Silvio Yasui, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e docente em Psicologia com ênfase em Atenção Psicossocial, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, defende que:

³ O Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento central que tem norteado a prática cotidiana dos profissionais no campo da Saúde Mental nos dias atuais, surgiu no início da década de 1990 no Brasil perpendicular ao avanço do conceito de Saúde. Para além de uma ferramenta de organização de planos, com base na humanização do cuidado à saúde dos usuários em serviços de saúde e pautado nos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), essa ferramenta incentiva o acolhimento profissional adequado mediante uma escuta qualificada, estimula o melhor vínculo da instituição com o usuário e coopera para uma percepção de situações e possibilidades a serem dialogadas e planejadas no tratamento.

Ademais, estimula os laços entre profissional e usuário e a responsabilização de ambos pelo plano terapêutico. Tendo em vista essa abordagem terapêutica, as ações propostas no PTS podem ser desenvolvidas no território ou na instituição, tem como finalidade a reinserção de autonomia do usuário e sua família em crise e se desenvolve mediante debates clínicos e estudos de caso, considerando o contexto e as demandas particulares em que a pessoa com dependência química se encontra. No contexto do nosso país, o PTS é frequentemente utilizado no primeiro nível de atenção à saúde com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou outra equipe de apoio matricial.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2010).

Os CAPSad são destinados a pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Outrossim, são um dos mais importantes dispositivos da rede pública de saúde ao disponibilizar acompanhamento clínico baseado na metodologia de reinserção social que prevê apoio para acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (YASUI, 2010).

Dentre as principais finalidades de tratamento nos CAPSad estão, a desintoxicação; conscientização da dependência química ou do uso nocivo; manutenção da abstinência como meta ideal; redução de danos gerados pela dependência ao álcool e outras SPAs na vida dos/as usuários/as e de seus familiares; melhoria da qualidade de vida; investimento nos vínculos familiares e sociais; reintegração social e profissional dos usuários e usuárias. O alcance desse elenco de proposições, somente é possível mediante investimento governamental na Política de Saúde Mental, que possa assegurar atendimento psicossocial qualificado, acompanhamento multidisciplinar orientação a instituições privadas e associações comunitárias e assessoramento a unidades do serviço público.

O CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), especificamente, é voltado para realizar o atendimento de adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas serviço estratégico dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo atender indivíduos com dependência química e sofrimento psíquico – sejam atendimentos individuais ou em grupo – em determinada área territorial, por meio de acompanhamento médico clínico, psicológico e ocupacional, bem como a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além destes, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

também são equipamentos destinados para pessoas em situações decorrentes do uso problemático de drogas.

Ademais, em julho de 2011, no Brasil, a Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas foi pactuada, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e passou a prever na Política Nacional de Saúde Mental, CAPSad, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

Dessa maneira, o novo modelo de atenção em Saúde Mental organiza-se como uma rede integrada de serviços no âmbito do SUS: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), configurada como rede de atenção ampla e multidisciplinar, implementada em 2011, com base nos princípios da integralidade e equidade. Como pode ser verificado, durante décadas, a assistência psiquiátrica foi orientada pela lógica da hospitalização e segregação de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, usuários/as de álcool e outras drogas e pessoas em situação de rua – os considerados “improdutivos” na sociedade. Em contraponto, um dos preceitos da Rede de Atenção Psicossocial para indivíduos em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas é o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana (BRASIL, 2011); usuários e usuárias de drogas são sujeitos de direito, necessitam ser tratados/as com respeito em relação às suas peculiaridades e demandam diversos serviços com zelo e atenção.

Desde sua instalação, a RAPS ancora-se na concepção da assistência de base territorial e em liberdade. De acordo com a Portaria nº 3, de dezembro de 2011, são premissas da Rede de Atenção Psicossocial:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em RAS (Rede de Atenção à Saúde) regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

Ainda de acordo com a Portaria acima referenciada, no objetivo de responder à multidimensionalidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, a RAPS possui eixos

estratégicos para efetivação do cuidado frente às demandas e necessidades que lhe são postas: ampliação do acesso à rede, qualificação da rede, ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação, ações de prevenção e de redução de danos.

O conceito de redução de danos, na Política sobre Drogas é uma diretriz do Ministério da Saúde desde 1994. A princípio, foi um importante instrumento utilizado na campanha de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), depois referenciada como estratégia no enfrentamento das consequências causadas pelo uso excessivo de substâncias psicoativas. Esse paradigma situa-se no bojo da saúde pública pretendendo reduzir os malefícios causados pelo abuso do álcool e outras drogas (BRASIL, 2005); compõe um marco ético em defesa da vida por meio de ações estratégicas:

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que a estratégia incentiva que o/a próprio/a usuário/a desempenhe papel auto-regulador, provendo maior acolhimento nas práticas de saúde, sem pressionar ou exigir a imediata abstinência, considerando a singularidade de cada indivíduo.

3. CAPÍTULO III – OFENSIVA NEOLIBERAL NA SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA DE DROGAS DO BRASIL

O neoliberalismo é uma corrente que retoma antigos ideais do liberalismo clássico ao defender e estimular a mínima intervenção do Estado na economia e a expansão da regulação pelo mercado. Parte do suposto de que o progresso econômico dá-se sem interferência do Estado, caracterizando, assim, o Estado Mínimo. Dentre outros elementos, recomendam a privatização de empresas estatais, retração das políticas sociais e competitividade internacional.

No que tange a historicidade do Neoliberalismo, é sabido que sua gênese deu-se no período pós Segunda Guerra Mundial, iniciado em 1945 e intensificou-se durante o *Welfare State*, modelo em que o Estado atuava como agente provedor do bem-estar social e econômico para a população. Em contraposição, o neoliberalismo é apresentado como solução para o Estado social gastador com receituário privatista aplicado por governos de vários países no início da década de 1970, como principal cura à Crise do Petróleo (GOHN, 2000).

No Brasil, o neoliberalismo tem fase embrionária no governo de Fernando Collor e se consolida com a chegada de Fernando Henrique Cardoso à Presidência da República⁴, o qual ocasionou um dos maiores programas governamentais de privatização com ampla redução de investimentos públicos e privatização de empresas estatais. Na era do “novo desenvolvimento” ou “neodesenvolvimentismo” do governo de Luiz Inácio Lula da Silva⁵, por exemplo, o Sistema de Seguridade Social, previsto na Constituição de 1988, alcançou avanços, porém, sofrendo ataques da ofensiva neoliberal introduzida no país e provocando um cenário nacional de direitos de cidadania desenvolvidos de forma fragmentada e limitada sob as contradições da sociedade capitalista e do Estado burguês.

Segundo Oliveira (2018), mais recentes e realizadas no governo do Presidente Jair Bolsonaro, as contrarreformas trabalhista e previdenciária são expressão clara do direcionamento burguês e neoliberal do Estado, caracterizando-se como restrição de direitos no âmbito do trabalho e da previdência social. Tais contrarreformas estão em curso no Brasil desde 1998, sob pressão do capital financeiro; ademais, o alto grau de privatização, pobreza, perda de direitos e superexploração dos/as trabalhadores/as, meritocracia, combinam-se para a desproteção social.

Em conformidade com Ferreira (2020, p.120), é possível examinar que “no nível analítico, o cenário mundial e, especificamente, o Brasil traduzem, na desertificação neoliberal e na culminação das mais profundas alterações, a forma mais aguda da reestruturação produtiva do capital”. As inflexões das medidas de austeridade fiscal, expressam-se na precarização da Política de Saúde e de Saúde Mental. Portanto, diante desse panorama, a autora indaga se a política de

⁴ O governo Fernando Collor ocorreu de 1990 a 1992 e o governo Fernando Henrique Cardoso ocorreu de 1995 a 2003.

⁵ A partir do segundo mandato do governo Lula (2007-2010), a ideologia desenvolvimentista retornou ao cenário brasileiro.

desinstitucionalização e de apoios sociais e comunitários na atenção à saúde mental será preservada ou tomada pelas forças conservadoras. Ademais,

nessa direção de despolitização das políticas públicas, a reação neoliberal reconduz as políticas de saúde, sobretudo a da saúde mental, a uma complexa formulação, execução e sistematização de seu alcance enquanto política universal e gratuita. Nas palavras de Desviat, “são os cortes que põem em perigo a universalidade e a equidade dos serviços socio sanitários e, em especial, a assistência às populações mais frágeis” (FERREIRA, 2015. p. 154).

Outrossim, alguns autores e autoras conceituam a implementação da doutrina neoliberal no território nacional da seguinte maneira: perspectivas políticas conservadoras, pautas progressistas, falsas promessas de desenvolvimento e desmonte dos direitos sociais já conquistados anteriormente, estão contidos nas transformações e novos arranjos neoliberais. Prova disso, é Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016) que expressa plenamente a regressão social, uma vez que congela os gastos do governo com saúde, educação, assistência social, cultura, dentre outras áreas imprescindíveis por vinte anos, enquanto o ritmo de crescimento populacional, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), deverá ser de 0,8% ao ano nesse período, isto é, mais de 20 milhões de pessoas estarão demandando serviços provenientes das políticas sociais. Para mais,

podemos afirmar: a mercantilização da saúde pública está na essência da (re)configuração da política de saúde mental pública sob o comando dos grupos e representantes dos interesses dos capitais mercantis, dos financeiros nacional e internacional e opera em um contexto de regressão e destruição de direitos sociais, opondo-se ao sistema de proteção social e ao contexto sócio-histórico da luta antimanicomial. Situação que é imposta pela promulgação de medidas, decretos e notas técnicas já sinalizadas, que materializam uma real regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira para o campo da barbárie e da desumanização (FERREIRA, 2020. P. 119).

Tendo em vista esse quadro que desvela o agudizado desmonte das garantias históricas e constitucionalmente estabelecidas, e, dos direitos arduamente conquistados no processo democrático, impactos dos ideais neoliberais imbricados na forma de gestão do Estado têm incidido diretamente na implementação das políticas sociais, num processo de transferência tanto de responsabilidades, como também de recursos (ARAGÃO, 2019). O supracitado sinaliza que o processamento do desmonte do SUS concomitantemente à ascensão do neoliberalismo, ocasionaram diretamente no aprofundamento de várias

problemáticas para a população brasileira, com recorte especial para a população dependente química e o necessário cuidado em Saúde; a diminuição de serviços oferecidos na RAPS, a precarização nos atendimentos e a insuficiência de recursos e de funcionários/as perante ao aumento de demandas são expressões desse cenário. Portanto, diante dessa conjuntura caracteristicamente ofensiva, resulta que o sistema de proteção social seja atacado em seu propósito de atender às necessidades humanas e melhorar as condições sociais.

Soma-se a isso, outro elemento crucial: o avanço do neoconservadorismo, no que se refere às implicações neodireitistas para a política social solidária (PEREIRA, 2019). Intensificadas a partir do golpe contra a Presidenta Dilma, é notório que as políticas sociais vêm sendo ainda mais confrontadas dando lugar a uma nova fase de dominação burguesa, pelo avanço da extrema direita no Brasil e devido ao alargamento de um conservadorismo reacionário de caráter filo-fascista, com pauta econômico-social regressiva. O Governo Bolsonaro atuou em prol das premissas neoliberais de desregulamentação, privatização, mercantilização e apelo ao empreendedorismo, inviabilizando quase que completamente as políticas sociais e, sobretudo, as políticas de Saúde.

Como já mencionado, a garantia da Saúde foi conquistada como direito universal pelas lutas e mobilizações populares diretamente associadas à construção do Estado democrático de direito, tornando o Sistema Único de Saúde (SUS) a política pública mais inclusiva por seu caráter universal e integral. Contudo, o ideário neoliberal ameaça o SUS e seu alcance enquanto política universal. No contexto atual de crise estrutural e como expressão de um Estado neoliberal, experienciamos a adoção de medidas contrarreformistas que têm retraído os direitos sociais, reduzido investimento social na saúde e, assim, impactado diretamente na organização e na execução das políticas sociais de Saúde Mental juntamente com a probabilidade de desregulamentação do Estado e aproximação do público-privado no âmbito.

A gestão do governo de Jair Messias Bolsonaro chegou ao fim em 31 de dezembro de 2022 e em 1 de janeiro de 2023 Luiz Inácio Lula da Silva tomou posse como 39º presidente do Brasil, dando início ao segundo governo Lula e seu terceiro mandato. Nesse panorama, estima-se da mudança de poder e de gestão do ministério da Saúde, uma melhora na condução da Saúde Mental no país.

A nova titular do Ministério da Saúde, cientista e pesquisadora Nísia Trindade Lima, primeira mulher a chefiar a pasta, disse que sua gestão seria pautada pela ciência. "Serão revogadas, nos próximos dias, as portarias e notas técnicas que ofendem a ciência, os direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos, e que transformaram várias posições do Ministério da Saúde em uma agenda conservadora e negacionista da ciência", destacou a nova ministra (UOL, 2023).

De acordo com o G1 Notícias (2023), a indicação de seu nome para a pasta foi celebrada no setor e nos movimentos sociais, e, para Fernando Pigatto, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ter Nísia Trindade ocupando o cargo "renova a esperança do povo brasileiro no fortalecimento do SUS" (G1, 2023). Outra retomada anunciada é a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Dessa maneira, recolocando a Saúde Mental como pauta, vislumbra-se do governo Lula em parceria com a Ministra, uma agenda da Saúde Mental alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

3.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM XEQUE

Apesar dos expressivos avanços na Saúde Mental e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como expressão das conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, o campo da atenção psicossocial experiencia uma crise sem precedentes. Por mais de trinta anos, o modelo de atenção e cuidado em Saúde Mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lentamente, entretanto, sem cessar. Desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um "processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica" (DELGADO, 2019).

É possível identificar ataques frontais à Política de Saúde e à Política de Saúde Mental, marcadamente a partir de 2016, com a instauração do golpe ao Governo da Presidenta Dilma Rousseff e seus desdobramentos de contrarreformas neoliberais profundas e aligeiradas. As políticas de Seguridade Social - Assistência Social, Previdência Social e Saúde - e os serviços públicos vêm sendo fortemente desfinanciados, desmontados e, sempre que rentável, cedidos ao mercado e à sua lógica privatista. Durante a gestão federal de Michel Temer, Vice-Presidente de Dilma Rousseff e seu substituto após o Golpe, uma marca indelével foi a Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu um teto para os gastos públicos e

ocasionou um déficit de 20 bilhões de reais somente na área da Saúde, de acordo com o próprio Ministério da Saúde (MS).

Em seguida, ao longo do governo do ex-presidente da república, Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços da RAPS, foram saneados para entidades religiosas, privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares - as Comunidades Terapêuticas. Desse modo, examinar como a gestão deficitária que engloba a má distribuição e/ou redução de recursos financeiros, má administração por parte dos órgãos públicos e, ainda, o congelamento de gastos com a Saúde afetou e afeta o campo da Saúde Mental no país é de suma importância. Além de tudo, vale destacar que a eleição de Bolsonaro para a Presidência da República, um político de extrema direita cujo discurso baseava-se no campo da lei e ordem, intensificou o discurso punitivista e proibicionista em território nacional, representou um aprofundamento do punitivismo como um todo. Para Menegat (2012), tal apelo punitivista corresponde as necessidades do atual estágio do capitalismo neoliberal que por sua natureza necessita gerir e controlar, por meio de ferramentas como; encarceramento, genocídio e barbárie.

Ademais, observa-se que uma das maiores consequências da incidência da iniciativa privada na Saúde e da desregulamentação da Política de Saúde Mental foi o retorno de discursos e práticas repressivas que contrapõem-se às premissas que pautam a Reforma Psiquiátrica brasileira, realçando o desfinanciamento ou pequena oferta de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais e outros programas, sendo que desde 2016, as mudanças retrógradas tiveram consequências práticas sobre o ritmo da implantação de serviços de atenção psicossocial no país, ao passo que instituições privadas ganharam força (CRUZ, 2019). Esse movimento de regressividade institucional e estrutural das políticas sociais no cenário neoliberal, sobretudo, em mecanismos que projetam e elencam diversos desafios à continuidade dos grandes avanços alcançados na Política de Saúde Mental, tendenciam à higienização, patologização e mercadorização dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Podemos avaliar as mudanças na PNSM por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência (sua formalização como

manifesto de um movimento nacional está expressa na Carta de Bauru, em 1987). Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002b, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como 'nova' PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal (CRUZ, 2002).

No período de de 2016 a 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formularam, no dia 4 de fevereiro do ano de 2019, a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esta, por sua vez, germinou a nomenclatura da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, ocasionando grande repercussão negativa e posicionamentos contrários no país em razão da sua intenção de regredir o modelo assistencial e psicossocial. Essa chamada “Nova Política”, na verdade, não possui nada de nova, ao contrário prevê o retorno ao passado sombrio ao estimular a internação psiquiátrica, oficializa a separação da “Política Nacional Sobre Drogas” da Política Nacional de Saúde Mental e contribui para o desmonte e retrocesso dos avanços conquistados no percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, retrocede à conjuntura de assistência a pessoas com transtornos mentais e demandas decorrentes da dependência química prévia à RP e ao SUS. Para CRUZ (2020), esse movimento que dicotomiza as duas políticas têm também a evidente intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, sejam aplicados aos dependentes de substâncias psicoativas (SPAs) com igualdade.

Assim, na ausência de argumentação e fundamentação teórico-científica advindas do campo acadêmico da Saúde Mental, a Nota contém grande ênfase na mercantilização da Saúde e promove hegemonia da rede privada e do modelo hospitalocêntrico na assistência a pessoas com transtornos mentais e demandas decorrentes da dependência química. Além do financiamento de Comunidades Terapêuticas, a abordagem proibicionista e punitivista da problemática advinda do uso de álcool e outras drogas compõem a sua perspectiva.

Segundo CRUZ (2020), a Nota contradiz as recomendações das Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS); seus princípios distanciam-se do que foi modelado mediante as conquistas constitucionais e a regulamentação da Política de Saúde Mental no país e aos

princípios do SUS, e dos movimentos das reformas Psiquiátrica e Sanitária. Nesse sentido, a “Nova Política” empreende o desmonte de uma política pública que foi conquistada coletivamente no Brasil, respondendo a interesses neoliberais e propondo o retorno de uma política centralizada, de base manicomial e hospitalocêntrica, medicamentosa e de cunho religioso como projeto terapêutico. Nessa tendência são retomados estereótipos embutidos nos usuários e usuárias de substâncias psicoativas ao passo que ascendem os serviços de isolamento social com cerceamento da liberdade e de violação aos direitos humanos. Como examina Delgado (2019),

o retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe. O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...) Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os “drogados”. O golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...) É aqui, no front da política de drogas, nessa terra sem lei pelo excesso da lei, que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019).

3.2 ASCENSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONSERVADORISMO E PROJETO PRIVATISTA

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas exigem abordagens preventivas e terapêuticas para usuários e usuárias em sofrimento psíquico, como política pública. Com ênfase na reabilitação e reinsertão social, a magnitude e complexidade desse quadro pleiteia uma gama extensa de respostas da Política de Saúde.

Os debates e as pautas dos movimentos sociais que problematizaram o consumo de drogas e a necessidade de ações direcionadas à minimização dos danos dos efeitos provenientes do consumo nocivo das substâncias psicoativas (SPAs), foram implementadas no Brasil a partir da década de 1980. Esse esforço culminou no desenvolvimento da estratégia de redução de danos, uma perspectiva

utilizada em unidades de Saúde Mental ancoradas nas diretrizes do SUS e nos direitos humanos, considerando a complexidade da realidade que envolve o usuário/a de SPA, em contraponto ao paradigma proibicionista hegemônico, e, sempre objetivando respeitar a cidadania e a singularidade e autonomia no processo terapêutico do indivíduo.

Nessa lógica, o CAPSad, Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de usuários/as com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, são os dispositivos adequados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para essa demanda. De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas. Desta forma os CAPSad, assim como outros equipamentos das redes fazem uso deliberado da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma resposta sistemática às necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade na qual o usuário/a está inserido, e, primordialmente, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

As Comunidades Terapêuticas emergiram no Brasil em meados 1970 ganhando forte visibilidade e expansão. Por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), elas passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial, no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. Assim, na contramão do fluxo democrático que estabeleceu os direitos de acesso à saúde do SUS, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD – cobre os custos necessários e interna usuários/as – em todas as faixas etárias – em Comunidades Terapêuticas. No que tange a esse custeio, de acordo com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap),

nos últimos anos, houve crescimento dos recursos públicos despendidos com CTs. O montante de investimento federal entre 2017 e 2020 chegou a R\$ 300 milhões e, considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais, atingiu-se R\$ 560 milhões. A tendência mais provável é que o investimento continue crescendo, especialmente por parte do governo federal, que faz do repasse às CTs o eixo principal de sua política de cuidado a quem faz uso problemático de drogas. Além disso, com a sanção da Lei Complementar 187/2021, as CTs passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto (CEBRAP, 2020).

Além disso, segundo dados levantados em 2017 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), nos últimos anos as Comunidades Terapêuticas

tomaram cada vez mais responsabilidade na produção de políticas públicas e relacionaram-se cada vez mais com setores do Estado. Caracterizando-se como instituições de assistência de saúde, requerem investimento público de secretarias e ministérios – municipal, estadual e/ou federal, ao mesmo tempo que aparecem como entidades privadas. Vale ressaltar que essa dupla faceta acarreta dificuldades de ação fiscalizatória quanto ao seu funcionamento e serviços, além do fato de que suas unidades, normalmente, localizam-se em endereços mais afastados das grandes cidades. Ademais, é imprescindível apontar que a maioria das Comunidades Terapêuticas têm poucos ou nenhum/nenhuma profissional de Saúde no serviço e, em maioria, infraestrutura de qualidade duvidosa. Possuem ainda como uma das principais ferramentas terapêuticas a orientação religiosa e espiritual.

No Brasil, tem se legitimado o repasse do fundo público para organizações de cunho privado, assim, ferindo a laicidade das políticas públicas, já que normatiza instituições com pauta religiosa dentro do Sistema e transgride as diretrizes da atenção à saúde e cuidado ao sujeito em sofrimento defendidas pelo SUS. Além disso, esse panorama distorce parâmetros das equipes especializadas e exigências legais de prestação dos serviços e elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Portanto, evidenciam-se rebatimentos ocasionados pelo direcionamento do governo federal a partir de 2016 pelo aprofundamento do Estado neoliberal, desmonte do SUS e da Política de Saúde Mental e da Política Nacional de Drogas.

Para Clemente (2020. p.21), as Comunidades Terapêuticas com pouca fiscalização, “tornaram-se uma versão moderna dos manicômios”, onde persistem as características asilares e a prática de isolamento. A presença das Comunidades Terapêuticas, como mais uma estratégia de desresponsabilização estatal na Saúde Mental, como desdobramento da ofensiva neoliberal, evidencia a execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao capital privado. Para além dos efeitos econômicos, trata-se de rebatimentos políticos e ideológicos, para a sociedade, para a cidadania e, sobretudo, para o sujeito em sofrimento.

Sobretudo, cabe refletir que tal financiamento poderia estar sendo adequadamente investido em dispositivos da RAPS, que desde 2016, sofrem com o desfinanciamento, desmonte e sucateamento dos seus serviços, assim, prejudicando os/as profissionais e precarizando o atendimento prestado aos indivíduos que deles necessitam. No final, os/as usuários/as dos equipamentos

públicos de Saúde, sobretudo os/as mais pobres e periféricos/as, são profundamente prejudicados já que por um lado, deparam-se com a má execução da Política de Atenção à Saúde Mental por parte do Estado e por outro, são levados a comportarem-se como “clientes” da assistência, com mínimo protagonismo em virtude da dinâmica da internação compulsória.

Quando as comunidades terapêuticas são chamadas a assumir parcela significativa do cuidado ofertado aos usuários de drogas, e o Estado assume a responsabilidade apenas através da transferência de recursos, sucateando suas próprias estruturas, e é identificada a partir de então a crescente procura por esse tipo de serviço privado, vislumbra-se aquilo que Francisco de Oliveira (1999) vai chamar de “desnecessidade do público”. Além disso, ao ser priorizado o estabelecimento de contratos/parcerias com comunidades terapêuticas, em detrimento do suporte financeiro que deveria ser ofertado aos serviços do SUS, fica suprimido o aspecto da Redução de Danos, colocado como primordial na execução da própria Política Nacional sobre Drogas, uma vez que as comunidades terapêuticas possuem como principal característica norteadora de sua modalidade de tratamento a precondição da abstinência, em desrespeito ao percurso e possibilidades do consumidor (ARAGÃO, 2019, p. 229).

De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o vínculo do Estado com organizações de cunho privado tem inserido um modelo de caráter regressivo nos serviços na RAPS, assim, demonstrando que a Política de Saúde Mental, em “seus trinta anos de construção, está sob forte ameaça; a indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento, volta à cena central no país” (FERREIRA, 2020).

A presença das Comunidades Terapêuticas, como mais uma estratégia de desresponsabilização estatal na Saúde Mental, evidencia a execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao mercado privado. Para além dos efeitos econômicos, agregam-se rebatimentos políticos e ideológicos, para a sociedade, para a cidadania e, sobretudo, para o sujeito em sofrimento. É necessário continuar resistindo ao modelo hospitalocêntrico (internação compulsória, manicômios, violação de direitos, intolerância, desrespeito, etc) e defendendo o Movimento de Luta Antimanicomial no objetivo de assegurar o exercício da cidadania, com o devido respeito aos direitos inerentes a todo cidadão.

4. CAPÍTULO IV – SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No contexto da democratização brasileira e dos seus marcos regulatórios no âmbito da Saúde, especialmente a criação do SUS, impulsionou significativa mudança no modelo de atenção à saúde e na operacionalização do cuidado à população. A diretriz do cuidado interdisciplinar, interprofissional encontra-se entre esses elementos de mudança, conforme pode-se observar no fragmento abaixo:

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução n. 287/1998, definiu que as seguintes categorias profissionais de nível superior possuem área de atuação diretamente relacionada com o sistema de saúde e com a efetivação do direito à saúde pelo Estado brasileiro: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Citação: Tema em Debate / Artigo Original R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.2, p. 198-218, jul./out. 2018 DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218> Fernando Mussa Abujamra Aith¹ Ana Claudia Camargo Germani¹ Rachele Balbinot¹ Sueli Gandolfi Dallari¹ REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO DE PROFISSÕES DE SAÚDE: FRAGMENTAÇÃO E COMPLEXIDADE DO MODELO REGULATÓRIO BRASILEIRO E DESAFIOS PARA SEU APERFEIÇOAMENTO).

A Resolução do CNS, referenciada acima, corrobora com a atuação multidisciplinar e favorece a legitimidade de um amplo corpo profissional no âmbito da atenção à saúde. Desde sua origem, o Serviço Social esteve e está presente na Saúde em diversos espaços socio-ocupacionais. Na Saúde Mental, assistentes sociais compõem equipes multiprofissionais nos serviços da RAPS, além de militarem fortemente no Movimento de Luta Antimanicomial. Como já anteriormente mencionado, a realização do Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social em um CAPSad, permitiu-nos uma aproximação e conhecimento da prática profissional nesse campo. Ao revisitar o diário de campo, pudemos constatar um rico acervo de aprendizados e reflexões, que nos conduziu à possibilidade de apresentar brevemente a experiência vivenciada ao longo dos dois semestres de estágio. Dessa maneira, pretendemos neste excerto, destacar elementos relevantes do cotidiano do Serviço, da complexidades da atuação profissional e, também, relacionar experiências significativas no campo da Saúde Mental, que contribuíram para minha formação acadêmica e profissional.

Em nosso lugar, enquanto estudantes de Serviço Social, o estágio no CAPSad revelou o papel crucial da profissão alinhado à direção ético-política assumida pela categoria no modelo vigente de atenção em Saúde Mental e na Política de Drogas,

baseado na rede integrada de serviços do SUS como RAPS. Nossa narrativa é produto da inserção no campo de estágio e se constitui de observações relativas à prática profissional no Serviço, com o acompanhamento direto da supervisora de campo, em vivências de atendimento a usuários/as, familiares e de diálogos com a equipe. São aqui elencadas reflexões sobre as atribuições e competências do/da assistente social, à luz do projeto ético-político profissional, tendo como lócus de análise o CAPSad um dos dispositivos mais importantes da RAPS e da rede sanitária em geral.

Como citado nos capítulos anteriores, o CAPSad atua no atendimento de usuários e usuárias que necessitam de tratamento para uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPAs). No campo que sediou a nossa experiência, o atendimento acontece em três turnos: manhã, tarde e noite; caracteriza-se como serviço de 'porta aberta' no qual a admissão é voluntária. Na maioria das vezes, as pessoas buscam atendimento no serviço por demanda espontânea, no propósito de obter assistência profissional referente ao uso problemático de SPAs e seus prejuízos. Entretanto, também existem usuários/as que solicitam o serviço por encaminhamento de equipamentos socioassistenciais, judiciais como Conselho Tutelar e Vara de Penas Alternativas, bem como por demandas referenciadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou pela própria RAPS. Vale ressaltar que o/a usuário/usuária deve decidir pessoalmente sobre sua admissão no serviço, o que inclui a construção dialogada de seu projeto terapêutico singular (PTS) a fim de alcançar melhor adesão ao tratamento proposto.

Chegando ao CAPSad, o/a usuário/a passará por acolhimento e triagem, procedimento(s)⁶ realizado(s) por profissionais de nível superior que integram a equipe multidisciplinar, sem necessidade de agendamento prévio. Segue-se a avaliação por médico/a clínico/a e psiquiatra. Ademais, existem ainda outras formas de intervenção da equipe, tais como: visitas domiciliares, atendimento às famílias,

⁶ A entrada do usuário no serviço referenciado, se dá através dos procedimentos intitulados como acolhimento e triagem. De modo geral, é o fluxo que legitima e insere o sujeito na instituição. No acolhimento, o/a usuário/a apresenta o desejo de tratamento na recepção do CAPSad, onde é encaminhado para o processo de triagem. Nesta, é realizada avaliação quanto a motivação do indivíduo para o tratamento e é pactuado com o mesmo o Projeto Terapêutico Singular inicial. Ademais, na triagem o entrevistador poderá realizar os seguintes encaminhamentos: encaminhar para a Unidade de Desintoxicação (UD), incluir o tratamento intensivo, semi ou não-intensivo, encaminhar para serviço de emergência UPA ou encaminhar para outros ambulatórios da rede de saúde.

entrevistas com usuário/a e/ou família, reuniões informativas e palestras sobre temas relacionados ao uso de SPAs e manejo da dependência química.

Ao participar da equipe do CAPSad, pudemos visualizar que através do atendimento em equipe multidisciplinar, o Serviço materializa conquistas históricas na proteção aos direitos humanos e sociais em Saúde Mental, assim, impactando centenas de vidas no território de referência. Apesar de se caracterizar como instituição microrregional, a proposta de intervenção pautada na perspectiva da atenção singularizada, cuidados específicos e promoção da autonomia dos usuários, por meio de profissionais especializados e movidos pela ética do cuidado, da escuta e do acolhimento singular. O Serviço Social, componente da equipe multidisciplinar, instrumentaliza tecnologias de Saúde Mental, a partir de seu núcleo de saber, contribuindo nas trajetórias dos usuários, suas famílias e na comunidade em que estão inseridos.

Nesse processo, os/as usuários/as são reconhecidos e legitimados como sujeitos individuais e acompanhados de acordo com suas demandas singulares. Por isso, cada usuário e usuária possui o próprio projeto terapêutico singular (PTS) construído com vistas a fomentar a sensibilização e o fortalecimento, tanto quanto possível, de sua rede de apoio integrada, ao processo de tratamento do CAPSad. A intencionalidade do corpo profissional do CAPSad visa que usuários/as e suas famílias recomponham/fortaleçam vínculos sociofamiliares.

Nessa perspectiva, o Serviço Social no CAPSad atua com a perspectiva de possibilitar a plena execução da Política de Saúde Mental, com base na defesa da superação do modelo antimanicomial e na redução de danos; parte do suposto da problemática da drogadição como questão de saúde pública e expressão da questão social latente na sociedade capitalista, agudizada pelo Estado neoliberal.

No desenvolver da experiência no Centro de Atenção Psicossocial, apreendemos que o/a profissional de Serviço Social opera conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica e ao Código de Ética Profissional. Conforme Ferreira,

o assistente social tem por objetivo atuar sob os valores do projeto ético político da profissão, promovendo o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, trazendo por finalidade o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. As estratégias que são utilizadas buscam reforçar e/ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde, por meio da atenção integral em saúde nos serviços de níveis primário,

secundário e terciário, ainda na prestação de serviços direto à população, no planejamento, na assessoria, na gestão, na mobilização e participação social (FERREIRA et al., p. 80. 2022).

Mediante as experiências vivenciadas no cotidiano com usuários e usuárias do CAPSad e, em diálogo com os demais profissionais da equipe, observamos que o Serviço Social presta atendimento individual, realiza triagens, analisa a realidade em que se encontra o/a usuário/a, analisa o perfil socioeconômico, uso de drogas, dependência e perspectivas de tratamento, a partir de conhecimentos técnicos que lhe outorgam competências e das atribuições privativas da profissão. Marcadamente, identifica as principais expressões e determinações sociais do processo de adoecimento da população usuária a fim de compreender a problemática das drogas imbricada ao contexto social. Outrossim, planeja e realiza grupos temáticos, com a proposição de discussões centradas na questão social, trabalho, família, protagonismo do usuário, controle social, cidadania, direitos sociais, reinserção social e políticas públicas. Sistematiza sua atuação e a registra nos prontuários, explicitando observações, informações e intervenções realizadas, planeja e propõe ações profissionais diversas, além daquelas que contemplem os PTS de usuários/as, sobretudo aqueles/as com os/as quais desenvolve a função de técnico/a de referência (TR)⁷. Ademais de sua atuação como técnico de saúde mental, o/a assistente social em CAPS permanece trabalhando conforme a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética Profissional, junto à população usuária e como profissional integrante da equipe, o *núcleo* de saber do Serviço Social agrega ao *campo*⁸ da Saúde Mental a capacidade de análise crítica, a adoção de estratégias interventivas próprias e o direcionamento claro para mediar o acesso a direitos da população usuária.

A profissão lida diariamente com usuários e usuárias que vivenciam violações de seus direitos básicos - saúde, alimentação, lazer, moradia, transporte, etc. -, ou, que se encontram inseridos em situação de pobreza, extrema pobreza, vulnerabilidade

⁷A função de Técnico/a de Referência (TR) é desempenhada pelos/pelas profissionais de nível superior da equipe dos CAPS. O/a TR tem a responsabilidade de conduzir o Projeto Terapêutico Singular junto ao/a usuário/a, em contato com a família por meio de ações definidas coletivamente como essenciais ao tratamento.

⁸ Para Gastão de Melo Wagner (2000), núcleo é definido por uma aglutinação de conhecimentos que demarcam a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Já o campo, seria um espaço onde cada disciplina (núcleo) e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (p.221).

familiar, socioeconômica e, com frequência, em situação de rua. Esse panorama de complexos sociais com os quais lida diretamente o/a assistente social, exigem excelente capacitação e competência para que as intervenções possam ser planejadas e implementadas de modo a abarcar a compreensão do real, para além de questões referentes à drogadição, mas que se sobrepõem e as agudizam, pela imbricação entre dependência química e condições materiais de existência da população usuária.

Com base no seu referencial teórico-metodológico crítico, o/a assistente social pode desvelar o real aparente e identificar as mediações da complexa realidade sobre a qual intervém profissionalmente. Com o uso de instrumentais técnicos aliados às dimensões teórico-metodológica e ético-política da profissão, o Serviço Social atua no campo da Saúde Mental fomentando articulações intersetoriais entre as políticas de Saúde, assistência social e previdência social, realizando encaminhamentos para serviços, programas, projetos e benefícios sociais para os/as usuários/as.

Nesse sentido, imprescinde ao/à profissional de Serviço Social conhecer as políticas de proteção social, seus benefícios eventuais e de transferência de renda - a exemplo do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) - e os benefícios previdenciários - Auxílio Doença, aposentadorias. Além de amplo repertório referente a demandas documentais, rede socioassistencial para pessoas em situação de rua e outros serviços públicos que podem ser acessados conforme as problemáticas apresentadas no cotidiano do Serviço.

No acompanhamento da atuação da assistente social que atuou como supervisora de campo no estágio, destacava-se sua intencionalidade para o fortalecimento da consciência dos/das usuários/usuárias e famílias como cidadãos/cidadãs de direito: políticas sociais, serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais; o desenvolvimento de atividades que promovessem inclusão e engajamento da população nas lutas populares e nas reivindicações de direitos; tais elementos foram constantemente trabalhados em atividades socioeducativas em grupos terapêuticos e atendimentos individuais e familiares.

É necessário enfatizar que mesmo o/a profissional tendo a “questão social” como objeto de intervenção a atuação impacta diretamente no cuidado em Saúde Mental, diante de sua imbricação com as determinações sociais do processo saúde-doença.

O Serviço Social orienta a atuação numa perspectiva de fortalecimento da rede social e da coletividade dos sujeitos, permitindo a otimização dos serviços a partir do oferecimento da assistência integral. A noção de integralidade na saúde mental pressupõe a não fragmentação do usuário com transtorno mental apenas em suas queixas, mas sim da utilização da rede e dos serviços intersetoriais, por usuários e familiares, no sentido de potencialização da rede como um recurso de assistência em saúde (MOTA et al., p. 664. 2016)

Ao conduzir suas intervenções para o fortalecimento da intersetorialidade, o Serviço Social estabelece relações para além da própria unidade – com a Unidade de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ONG's, hospitais e programas, dentre outros componentes da RAPS. Outrossim, também pode apreender na experiência prática que as atribuições, intervenções práticas, objetivos, metas e condutas dos/as profissionais de Serviço Social no campo de estágio, bem como as trocas com a equipe multiprofissional favorecem reflexões teóricas e práticas. O Serviço Social na equipe reforça a necessidade da análise social e da não individualização da problemática que pode desdobrar-se na culpabilização dos sujeitos, mas convoca ao exercício de mediações para compreensão da realidade na qual os/as usuários se inserem. Desse modo, as intervenções poderão ser assertivas, críticas, humanizadas, direcionadas e qualificadas, respeitando as realidades e singularidades da população atendida. Para Pereira (2016),

as intervenções dos assistentes sociais, baseadas na redução de danos, buscam construir, junto com o outro, possibilidades de escolha mais autênticas, mais livres e em respeito à cidadania daqueles que decidem fazer uso de qualquer substância psicoativa. É nesse sentido que o Serviço Social cumprirá seu dever ético de empenho na eliminação de toda forma de preconceito, contribuindo com o resgate da cidadania e para a desconstrução do estigma negativo em torno das pessoas que apresentam problemas com droga. Os assistentes sociais que trabalham com a redução de danos devem, com vigor, assumir o compromisso com o projeto ético-político do serviço social na garantia de serviços de qualidade que atendam às necessidades e os direitos das pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas. Para isso é preciso um profissional crítico, que não se coloque como dono da verdade, mas que esteja constantemente revisando seus paradigmas e buscando se capacitar em todas as dimensões que envolvem o trabalho do assistente social. Tais profissionais devem constantemente se questionar, buscar o aprimoramento intelectual e a capacitação profissional, remodelar suas práticas no sentido de construir uma sociedade mais justa e igualitária para todos (PEREIRA, 2016).

Historicamente, o/a assistente social tem sido um dos agentes profissionais com maior responsabilidade na implementação de políticas sociais. De acordo com Menezes (2019), a gênese da trajetória da ação profissional do Serviço Social na

Saúde Mental surgiu imbricada com a perspectiva conservadora. Nessa atmosfera, a atenção individualizava as problemáticas, patologizava o sofrimento psíquico e culpabilizava indivíduos e famílias. Com o movimento de Reconceituação do Serviço Social⁹, abriram-se novas possibilidades de intervenção e novas oportunidades na prática profissional; sob as bases do pensamento crítico ocorre a filiação posterior ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, é possível afirmar que o campo da Saúde Mental não se baseia num único saber ou num único fazer profissional, porém, demanda a participação de diversas categorias profissionais – isto é, uma equipe multiprofissional.

A profissão atua em consonância ao estabelecido na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/1993), na Constituição Federal de 1988 e no SUS (Lei no 8.080/1990), marcos legais que dispõem sobre os princípios da descentralização político-administrativa, da universalização, da integralidade e da participação da comunidade (Lei n. o 8.142/1990), garantindo a saúde como direito de todos (FERREIRA et al., p. 79. 2022). A Reforma Psiquiátrica (RP) abre um campo propício para o Serviço Social na atenção psicossocial, devido ao caráter crítico de sua prática profissional ocasionando um grau elevado de requisição da categoria nesse âmbito.

É preciso levar em conta que, quando se debate sobre cuidados em saúde, devem ser consideradas não somente as questões biológicas, mas também as dimensões mental e social dos indivíduos, pois o universo da drogadição ocasiona rebatimentos que fragilizam e vulnerabilizam os usuários e usuárias nas três esferas. Por isso, ao falar a respeito da intervenção do/da assistente social no bojo da Saúde, é imprescindível que as ações desenvolvidas por profissionais presentes na área, primam por um atendimento interdisciplinar e humanizado. De acordo com Coutinho

a compreensão dos/as profissionais frente suas atribuições e competências ao desenvolver as intervenções e quais possibilidades imprimem o direcionamento ético e político da profissão no desenvolvimento dessas ações. Atualmente o Serviço Social na saúde mental atua no enfrentamento às expressões da questão social, considerando o sujeito interligado ao meio familiar e ao contexto social no qual está inserido. Assim, faz-se necessário que o profissional consiga compreender o indivíduo em sua complexidade e para tanto, exige-se um posicionamento crítico, ao passo que, é preciso

⁹ O Movimento de Reconceituação, deflagrado em 1965 na América Latina, é um marco na história do Serviço Social que culminou na ruptura de práticas tradicionais e conservadoras. Com base em três vertentes; modernização conservadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura, o movimento legou um novo perfil profissional ao reconfigurar o seu direcionamento crítico.

transcender às demandas imediatas que chegam e que estão voltadas para o adoecimento em si. Por isso, uma intervenção efetiva não deve considerar apenas o sujeito e suas necessidades aparentes, mas enxergá-lo além do uso de drogas, superando os estigmas e construindo articulação com outros serviços da rede de saúde, educação, assistência, etc., com vistas alcançar a integralidade do atendimento aos usuários (COUTINHO., *et al.* 2016, p. 95, 102).

Ademais, conforme examina Mota (2016), o/a assistente social, firmado em seu projeto ético-político, articula suas ações profissionais no propósito de cooperar para a garantia de cidadania do/a usuário/a, pela via da mobilização rumo à construção de uma nova ordem societária; para tanto, desenvolve ativismo político e propõe alternativas e estratégias emancipatórias, ainda que se defronte com limitações ante ao conservadorismo burguês presente no Estado e na sociedade. Sempre é cabível problematizar com visão crítica os processos de trabalho em Saúde Mental, a realidade social, a existência crescente de transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas numa conjuntura complexificada pelos rebatimentos do avanço do neoliberalismo no Estado brasileiro.

Cabe ressaltar que os inegáveis avanços das diretrizes do SUS, da RAPS e da direção ético-política profissional, não escamoteiam os impactos da contrarreforma da Saúde. No campo de estágio ficaram explícitas limitações ao pleno atingimento do devido padrão assistencial oriundas das restrições orçamentárias, as quais impõem dificuldades à atuação profissional e, especialmente, à população usuária do Serviço, refletidas na superlotação, número insuficiente de unidades de saúde e equipes incompletas.

Outro obstáculo concreto, são projetos conservadores em oposição ao modelo CAPSad. No contexto recente de priorização de contrarreformas de cunho neoliberal, foram muitos os rebatimentos no campo da Saúde e que repercutiram na atuação do/da assistente social, com ênfase para:

a desigualdade de acesso da população aos serviços, a dificuldade em construir práticas baseadas na integralidade, os desafios para alcançar a equidade, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras (ARAGÃO e ROSA, 2019).

Além do mais, é necessário sublinhar que, a crescente ascensão do número de Comunidades Terapêuticas, conforme abordado no capítulo anterior, no âmbito da atenção a usuários e usuárias de substâncias psicoativas e da intensificação de repasse de recursos do Estado neoliberal para tais instituições (ARAGÃO e ROSA,

2019), ocorreram rebatimentos no mercado do trabalho profissional, com mutações em forma de precarização nas relações empregatícias e contratações de assistentes sociais.

Em 2018, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) divulgou um relatório de fiscalização em relação à inserção dos/das assistentes sociais em Comunidades Terapêuticas. As informações contidas no relatório foram coletadas por meio de visitas de fiscalização em Comunidades Terapêuticas de 18 estados brasileiros, revelando questões importantes sobre a categoria profissional nas instituições. O documento intitulado Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas, mostra que na maior parte das instituições apenas um/uma profissional assistente social encontra-se presente no corpo profissional da instituição e que, muitas vezes, aparece em trabalho voluntário (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018). De acordo com o relatório, dentre outras atividades, os/as assistentes sociais dessas instituições ficam responsáveis por desenvolver ações que não se configuram como atribuições profissionais, como, atividades de cunho religioso e grupos de auto-ajuda, o que desvela um retorno ao passado profissional, superado pelo projeto ético-político do Serviço Social. De acordo com (ARAGÃO e ROSA, 2019), essa realidade expressa a atual e contraditória configuração do mundo do trabalho que respinga mutações em forma de precarização dos vínculos empregatícios do Serviço Social.

Outro elemento a se pensar é a respeito do papel de Técnico em Saúde Mental, como requisição posta aos/às profissionais da equipe multiprofissional do CAPSad, incluindo assistentes sociais. É notório que, por vezes, há diferentes apontamentos fazendo com que o debate não seja consensual. Por um lado, há uma crítica de que, os/as profissionais vão perdendo, em ações cotidianas, as especificidades que competem somente a categoria do Serviço Social. Alguns autores, como Coutinho (2016) e Mota (2016), afirmam que as atribuições e competências da profissão no cotidiano de trabalho, acabam por se resumir em ações imediatistas ou subordinadas à homogeneização dos saberes Psi, ferindo o projeto ético-político da profissão.

Contudo, de acordo com o nosso ponto de vista, apesar de o campo da Saúde Mental exigir do/da assistente social um aprofundamento de conhecimentos e apropriação de termos psicopatológicos e psicofarmacológicos, esse processo não necessariamente configura uma subalternização a esses saberes ou a seus

profissionais. Conhecer outras linhas acadêmicas apenas possibilita que a profissão dialogue com outras contempladas na equipe do serviço.

Ademais, vale ressaltar que a ação do assistente social na Saúde Mental tem como foco principal cooperar para o êxito do Projeto Terapêutico Singular do/da usuário/a, o que demanda que a categoria invista em outras dimensões – evidentemente preservando suas atribuições exclusivas e sua identidade profissional. Para Rosa (2012),

obviamente, tais contornos constituem avanços significativos para a categoria, melhor direcionando os rumos da ação e da identidade profissional do assistente social, num campo que requer maiores investimentos teórico-metodológicos e, sobretudo, sistematização de experiências, tendo em vista a crescente diversificação de demandas para o profissional de Serviço Social (ROSA, 2012. p. 29).

Posto isso, fica evidente que na mesma medida que o saber Psi tem o seu lugar nas equipes, o fazer do/da assistente social em sua dimensão investigativa e interventiva frente às diversas repercussões da questão social, agrega elementos inovadores e qualificados ao campo da Saúde Mental no SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, ao longo das reflexões sistematizadas neste trabalho, lançar um olhar sobre a relação existente entre o avanço da onda neoliberal e a contrarreforma da Política de Saúde Mental e da Política de Drogas no Brasil contemporâneo. Com base nas reflexões éticas presentes nos princípios herdados da Reforma Psiquiátrica (RP), aderimos ao movimento de Luta Antimanicomial com sua pauta de enfrentamento contra práticas hospitalocêntricas e manicomiais na Saúde Mental.

A análise crítica que percorremos, aponta o neoliberalismo como um sistema que retoma antigos ideais do liberalismo clássico ao defender e estimular a mínima intervenção do Estado na economia e a expansão da regulação pelo mercado. Ao incidir sobre o Estado brasileiro, marcadamente a partir da década de 1990, impactou em altos níveis de privatização com ampla redução de investimentos públicos e privatização de empresas estatais. Tal retração da função social do

Estado, repercutiu no aprofundamento do pauperismo da classe trabalhadora e na quase total desassistência da população mais empobrecida do país.

Para mais, estas inflexões da onda neoliberal expressam a precarização da Política de Saúde e de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e esse percurso desvela o agudizado desmonte das garantias históricas e constitucionalmente estabelecidas e dos direitos arduamente conquistados no processo democrático, num processo de transferência tanto de responsabilidades, como também de recursos. Dessa maneira, constatamos que se materializam no desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Este conjunto de elementos do debate, permitiu-nos evidenciar que o supracitado cenário, face à brutalidade da ofensiva neoliberal, ameaça o SUS e seu alcance enquanto política universal, além de atacar a proteção social em seu propósito de atender às necessidades humanas e sociais.

Soma-se a esse panorama, as profundas marcas deixadas para a parcela populacional dependente química e suas famílias, com o aumento das instalações de Comunidades Terapêuticas no território nacional, a prova indubitável do retrocesso da Reforma Psiquiátrica. Problematizamos que tal financiamento poderia estar sendo adequadamente investido em dispositivos da RAPS, que desde 2016, sofrem com o desfinanciamento, desmonte e sucateamento dos seus serviços, assim, prejudicando os/as profissionais e precarizando o atendimento prestado aos indivíduos que deles necessitam. Desvelamos que essas instituições traduzem a desresponsabilização estatal na Saúde Mental e evidenciam a execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao mercado privado.

A pesquisa nos permitiu constatar que uma das maiores consequências da incidência da iniciativa privada na Saúde e da desregulamentação da Política de Saúde Mental foi o retorno de discursos e práticas repressivas, a exemplo das Comunidades Terapêuticas, que se contrapõem às premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, realçando um movimento de regressividade institucional e estrutural das políticas sociais no cenário neoliberal, sobretudo, em mecanismos que projetam e elencam diversos desafios à continuidade dos grandes avanços alcançados na Política de Saúde Mental, tendenciam à higienização, patologização e mercadorização de vidas humanas no Brasil.

Diante disso, mostra-se oportuno enfatizar que os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas possuem papel imprescindível

no SUS e que o acesso gratuito, universal, integral, descentralizado e igualitário deve ser assegurado a todos os indivíduos. A superação da ordem neoliberal se dá em uma luta conjunta, é necessário comprometimento com a Luta Antimanicomial para continuar resistindo ao modelo hospitalocêntrico (internação compulsória, manicômios, violação de direitos, intolerância, desrespeito etc) no afã de assegurar o exercício da cidadania, com o devido respeito aos direitos inerentes a todo cidadão. Consideramos urgente retomar os princípios básicos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária e o marco da criação do SUS, para falar de Saúde como um direito do cidadão e dever permanente do Estado.

Há um caminho desafiador a ser trilhado, pois exige um minucioso planejamento ao considerar os diversos serviços da RAPS em desmonte, contudo, estima-se que, com o novo governo que assume a Presidência da República, aconteça uma guinada na condução da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Vislumbramos o governo Luiz Inácio Lula da Silva em parceria com a Ministra Nísia Trindade Lima, um governo que além de planejar e executar as ações necessárias, aplicando corretamente os recursos para este setor, também retomará a temática da Saúde Mental como pauta e uma agenda da Saúde Mental alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que o governo vigente é marcado pela preocupação com as parcelas mais vulnerabilizadas e marginalizadas da sociedade brasileira. Também, nosso entusiasmo e luta baseiam-se numa realidade de melhor qualidade dos vínculos profissionais, condições salariais e de trabalho no setor, para que a oferta do cuidado possa ser otimizada e fornecida em sua amplitude. Somente assim, o Estado brasileiro será capaz de cumprir seu importante papel em garantir e colocar em prática os direitos arduamente conquistados ao longo dos últimos anos, previstos na Constituição Federal.

Por fim, cabe reforçar a importância da defesa do SUS, pois mesmo sofrendo ataques bárbaros, é o sistema mais eficaz frente à universalização do acesso à saúde com vital importância frente ao cuidado e bem estar dos usuários de substâncias psicoativas e para a população em sofrimento psíquico. De fato, os desafios são muitos, mas ainda sim *esperançamos* e lutamos pela “Saúde: direito de todos, dever do Estado”.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2a ed. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

ARAGÃO, Indira e ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **POLÍTICA SOBRE DROGAS E NEOLIBERALISMO: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DEBATE NO SERVIÇO SOCIAL**. Temporalis, Brasília (DF), ano 19, n. 37, p. 222-238, jan./jun. 2019.

BARROS, Sônia, SALLES, Mariana. **Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde**. São Paulo, SP. Out de 2011.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PEC muda regras para futuros servidores e altera organização da administração pública**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/690350-pec-muda-regras-para-futuros-servidores-e-altera-organizacao-da-administracao-publica/>. Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Lei no 8.080, de 9 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Um olhar sobre a importância da Reforma Psiquiátrica Italiana e o fechamento dos manicômios**. 2 de agosto. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/comunicacao/noticias/um-olhar-sobre-a-importancia-da-reforma-psiquiatrica-italiana-e-o-fechamento-dos-manicomios>. Acesso em: 23 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Fns. **Sobre o FNS - FNS**. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. (p. 6-9). Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. BRASÍLIA, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP. 2000.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. Revista Outubro, n 06, 2002 (pp.115-128): São Paulo, SP.

CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. Abril, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acessado: 24 fev. 2023.

CLEMENTE, Márcia da Silva. **CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE: o lugar das Comunidades Terapêuticas**. 2020. Recife.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Relatório Técnico: Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas**. Brasília (DF), 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em 14 mar. 2023.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo et al. **O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS EM DEBATE**. Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03- Nº 1/Jan-Jun 2016.

CRESCER consumo de bebida e drogas por adolescentes; cai uso de preservativo. CORREIO BRAZILIENSE, [S. I.], 13 jul. 2022.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. et al. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. 2020. Rio de Janeiro. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/#>. Acesso em 26 ago. 2022.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acessado: 24 fev. 2023.

FERREIRA, Felipe Alexandre et al. **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: CAPS AD – Um Estudo de Caso**. Revista Saúde em Foco. Edição nº 14. 2022

FERREIRA, Nayara Lucia. **A (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais**. Dissertação de Mestrado. p, 2020. Goiânia-Goiás. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Nayara-Lucia-Ferreira.pdf. Acessado em: 15 ago. 2022.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Data alerta para desafios na prevenção e cuidado quanto ao uso problemático de substâncias**. 18 fev. 2022. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52783>. Acesso em: 30 ago. 2022.

GOHN, Maria da Glória. **500 ANOS DE LUTAS SOCIAIS NO BRASIL: MOVIMENTOS SOCIAIS, ONGS E TERCEIRO SETOR**. Mediações Revista de Ciências Sociais. Julho de 2000.

G1. **Ao assumir Ministério da Saúde, Nísia Trindade promete revogações, diz que gestão será pautada pela ciência e anuncia indígena no secretariado**. Jan. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/02/nisia-trindade-e-apresentada-como-nova-ministra-da-saude.ghtml>. Acesso em 8 mar. 2023.

MALBERGIER, André. et al. Curso de Capacitação em Dependência Química. **Álcool e Outras Drogas**. Módulo 3, p. 9, 2013, São Luís-MA. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2046/3/Mod%2003%20UNIDADE%2001.pdf>. Acesso em 15 ago. 2022.

MENEGAT, Marildo. **A crise da modernidade e a barbárie**. Jun, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mVgW4Tnq3hpZpDpg377f3Zt/abstract/?lang=pt#>. Acessado: 24 fev. 2023.

MENEZES, Debora Holanda Leite et al. **O SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E DROGAS – CAPS. AD RENATO RUSSO – RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2016.

MOTA, Mirella de Lucena et al. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional**. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

OLIVEIRA, E. A. **Política social: políticas para o capital ou para o trabalhador?** Argumentum, Vitória, v. 10, n. 3, p 232-243, set./dez. 2018

ONU. UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas 2022 do UNODC destaca as tendências da pós-legalização da cannabis, os impactos ambientais das drogas ilícitas e o uso de drogas por mulheres e jovens**. 2022. Disponível em: [PEREIRA, Fabiano De Almeida. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2016.](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20relat%C3%B3rio%2C%20cerca%20de%20284%20milh%C3%B5es%20de,superiores%20aos%20da%20gera%C3%A7%C3%A3o%20anterior. Acesso em: 23 de jan. 2023.</p></div><div data-bbox=)

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Reorientações éticas da política social: do primado do ethos solidário ao império da moral individualista possessiva**. Vol. 17 Núm. 43, jun. 2019.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. **AFINAL, O QUE FAZ O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL?**. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27-50 jan./ jun. 2012.

SOUZA, Ana Laura da Silva. et al. **Avanços da saúde mental e os acontecimentos envolvidos ao longo da história**. (p. 2-5). Dezembro de 2020.

SOUZA, Lucas Nunes Nora. **O PAPEL DA POLÍTICA PROIBICIONISTA DE DROGAS NA GESTÃO DA POBREZA NO CONTEXTO NEOLIBERAL**. 2021. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/congresso-internacional-de-ciencias-criminais/assets/edicoes/2020/arquivos/101.pdf>. Acesso em 17 de jan. 2023.

UOL. **Após anos de polêmicas, OMS comemora Nísia Trindade na Saúde: "Excelente"**. Jan. 2023. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2023/01/04/apos-anos-de-polemicas-oms-comemora-nisia-trindade-na-saude-excelente.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em 8 mar. 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Editora da Fundação Oswaldo Cruz. 2010.