



**“Questão Social, Pandemia e Serviço Social:
em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um panorama das modificações recentes e sua relação com o cenário político brasileiro

MARIA LUIZA LOPES DA CONCEIÇÃO ¹
VALTER MARTINS ²

RESUMO: O presente texto apresenta uma análise acerca da temática de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e das recentes modificações decorrentes da perspectiva do cenário político brasileiro. Para subsidiar o debate posposto contextualiza-se a Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos legais; apresenta-se um diálogo com análises de pesquisas acerca do tema Saúde Mental e, por fim, relaciona-se as alterações com as principais movimentações políticas no âmbito nacional. O recorte temporal utilizado para a análise é o período correspondente de 2001 – ano de criação da Lei 10.216- à 2021, último ano concluso.

1 Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Fluminense

2 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal Fluminense

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde, Serviços de saúde.

ABSTRACT: This text presents an analysis on the subject of mental health, the Psychosocial Care Network (Raps) and the recent changes arising from the perspective of the Brazilian political scenario. To support the postponed debate, the Psychiatric Reform and its legal consequences are contextualized; a dialogue is presented with research analyzes on the subject of Mental Health and, finally, the changes are related to the main political movements at the national level. The time frame used for the analysis is the corresponding period from 2001 - year of creation of Law 10.216 - to 2021, the last year concluded..

KEYWORDS: Mental Health Policy, Psychosocial Care Network, Health, Health Services.

I. Introdução

O presente texto apresenta uma análise acerca da temática de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e as modificações recentes a partir das transformações do cenário político do Brasil. Para subsidiar o debate busca-se contextualizar a Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos legais; apresentar a exposição de pesquisas acerca do tema Saúde Mental e relacionar as alterações com as principais movimentações políticas no âmbito nacional. O recorte temporal utilizado para a análise é o período correspondente de 2001 – ano de criação da Lei 10.216- à 2021, último ano concluso.

A Reforma Psiquiátrica questiona as práticas manicomiais destinadas aos sujeitos com transtornos mentais, incentivando outras formas de cuidado. No cenário internacional, recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável sugeriram que os países desenvolvessem uma rede integrada e territorializada de atenção em saúde mental que substituísse o modelo hospitalocentrico e asilar (ALMEIDA, 2019). As recomendações direcionam-se ao fechamento dos chamados “manicômios” e ao estímulo de políticas públicas de cuidado em rede e de regime comunitários, garantindo a saúde mental como um direito humano.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira aparece junto ao movimento de Reforma Sanitária no final da década de 1970. Os movimentos buscavam novas formas de pensar o binômio saúde e doença. Assim, junto ao processo de redemocratização do Brasil, a Constituição Brasileira dá lugar legal às reivindicações dos movimentos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou princípios de integralidade da assistência, regionalização, descentralização, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, por exemplo (BRASIL, 1990).

Na bandeira da Reforma Psiquiatria estabeleceu-se novas perspectivas na relação de sociedade, adoecimento mental e instituições. Assim, orientada pelo paradigma psicossocial e pelo cuidado dos sujeitos nas suas múltiplas dimensões, bem como a luta pela desconstrução do até então modelo manicomial com práticas de caráter segregador, biologizante e desumanas foi um grande embate de dimensão política e ideológica (DELGADO, 2019).

Isso porque, como construção de política pública, esse espaço é permeado de

desejos e interesses antagônicos. Como nos lembra Nogueira sobre a política, nela:

Estão associados coisas tão complicadas – poder, autoridades, interesses, ambições, força e persuasão, leis e armas, afeto e repressão – que seria impossível a política ser apenas e tão somente, expressão do justo, do correto e daquilo que é bom (NOGUEIRA, p. 23).

O processo não se deu de maneira constate e progressiva, pelo contrário: encontrou desde a sua construção resistências provocando ora ganhos e ora perdas.

A Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é um grande marco do processo de reorientação do modelo de cuidado (BRASIL, 2001). Da proposta a sua implementação, foram realizados ajustes e cerceamentos. Ainda assim, marca o redirecionamento da nova forma de assistência aos sujeitos em sofrimento mental.

II. Desenvolvimento

Apropriar-se das complexas relações presentes na Política Social é necessário para a compreensão da política de saúde mental. De acordo com Pereira (2021) chama de “truísmo” de análise da política social o seu caráter dialético, em que ela não se apresenta como o que realmente é em sua essência. Sua análise deverá necessariamente ultrapassar sua compreensão nos aspectos técnicos de cunho estatais ou institucionais. A confusão de sua essência com os seus resultados visíveis e tangíveis podem contribuir para esconder o que ela tem de profundo: Sua natureza contraditória. Para a autora essa ocultação não é inocente -é criada e alimentada pelo capitalismo para negar “a existência, em seu próprio seio, de contraofensivas epistemológicas, teóricas, metodológicas e práticas que, ao tempo em que denunciam os limites e fragilidades da razão burguesa, acalentam projetos transformadores” (PEREIRA, 2021, p.34).

Entre o período de 1945 a 1975 as políticas sociais surgem com a efervescência dos direitos humanos e as reivindicações sindicais. A passagem do capitalismo monopolista para o Estado Social demandou tentativas de conciliação entre o capital e a sua geração e lucro e o trabalho e as condições de viver/sobreviver da classe subalterna. As políticas sociais nos países centrais da Europa ganharam força e culminaram em criação e expansão de serviços públicos, especialmente de saúde e educação; estabelecimento de padrões

básicos de vida, com garantia de renda mínima; expansão da taxa de empregos masculinos e outras conquistas, Esse período ficou mundialmente conhecido como *WelfareStates*.

No final dos anos de 1970, fruto das crises cíclicas próprias do sistema capitalista - nesse momento impulsionado pela alta do preço do petróleo, aumento da inflação e da recessão - a manutenção do Estado às políticas sociais foi minimizada. Os chamados anos de ouro do capitalismo deram lugar ao Neoliberalismo econômico.

No âmbito nacional o país passou por um período ditatorial que finalizou em 1985, o cenário político fez com que no Brasil o processo de direitos sociais acontecesse mais tardiamente. As lutas de movimentos democráticos que emergiam deram luz a Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã. Na saúde mental, o grande marco é o movimento de reforma psiquiátrica com a primeira grande normativa em 2001, por meio da lei 10.216, de Paulo Delgado, o então político petista no penúltimo ano de mandato do governo do Fernando Henrique Cardoso, do PSDB.

Após mais de vinte anos de criação da Lei, é possível estabelecer panoramas que tornem visíveis a implementação da Política de Saúde Mental. Ressaltamos ainda que há mais de cem portaria relativas à saúde mental, as quais estabelecem diretrizes de tratamento e assistência a pacientes e seus familiares. Algumas delas, inclusive, estão em desuso, nesse sentido, estabelecemos análises iniciais sobre o que considera-se como sendo os principais marcos normativos.

Sinalizamos, contudo, uma tendência ao que os autores chamam de “marchar para trás”, (DELGADO, 2019), “retrocessos” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019), e “marcha ré” (CAMPOS, 2019) da Política de Saúde Mental e, conseqüentemente, na Rede de Atenção Psicossocial nos últimos anos.

A democracia brasileira teve em 2002 o primeiro presidente de um partido assumidamente de esquerda com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva do PT. O período de 2001 a 2014 foi marcado pela redução dos leitos psiquiátricos. Nesse período os 53.962 leitos psiquiátricos de 2001 transformaram-se em 25.988 no ano de 2014 (FIOCRUZ, 2015). Os processos de auditorias que levaram o encerramento de hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos para funcionamento, as denúncias de violação dos direitos humanos e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foram elementos de apoio a essa redução considerável.

Outra característica da reorientação refere-se ao porte dos hospitais psiquiátricos. O desestímulo financeiro aos grandes hospitais, somado a desinstitucionalização de pacientes de internações de longa permanência forçaram a inversão de proporções dos portes

hospitalares. A Fiocruz (2015) oferece um importante panorama do cenário: Os hospitais de grande porte, com mais de 400 leitos, em 2002, representavam 30%. O número foi reduzido de forma gradual e em 2011 esse modelo de hospital representava 10,5%. *Vis a vis*, os hospitais menores que representavam 22% do total de leitos, em 2011 já representavam 52%.

Concomitantemente, foram criados os serviços de cuidado de base territorial, próximo a comunidade e a família, os chamados serviços substitutivos. Os Centros de Atendimento Psicossocial constituíram o núcleo fundamental desses serviços, tendo sido projetados para atender às principais demandas de assistência aos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. Os Caps foram criados em 2002, inicialmente com três classificações as quais indicam o porte do equipamento – I,II e III- com indicações de implementação conforme tamanho do território a ser inserido. Posteriormente, foram criados os Caps I, para atendimento de crianças e adolescente e os Caps Ad para atendimento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Como estratégia de desinstitucionalização de pacientes com histórico de internação de longa permanência foram criados as Residenciais Terapêuticas para acolhimento de paciente que não conseguiram retornar para o núcleo familiar e tampouco conseguiram se autossustentar. Também foi instituído, em 2003, o programa De Volta para Casa, que oferece auxílio financeiro para paciente internados ininterruptamente durante, no mínimo, o período de um ano (FIOCRUZ, 2015).

Durante esse processo os recursos financeiros destinados a rede hospitalar foram progressivamente realocados para os serviços substitutivos. Segundo os dados da Fiocruz (2015), os gastos hospitalares que representavam 95% do recurso total utilizado em saúde mental transformaram-se em 30%.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, meio de controle e participação social, que aconteceu em 2010 teve como tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O título do evento já direcionava o desejo popular dos usuários e dos profissionais na permanência dos avanços e na resistência à retrocessos.

O período de 2011 a 2016 marca o governo presidencial de Dilma Rousseff, também do PT. Malgrado os avanços aqui expostos, é necessário destacar que a expansão dos serviços comunitários correu com maior lentidão após o ano de 2011 (DELGADO, 2019). Somado a isso, desde 2015 o acesso aos dados oficiais do Ministério da Saúde encontra-se

fragilizado. Algumas pesquisas apontam que os serviços comunitários têm mostrado uma importante debilidade institucional com financiamento inadequado e na sua legitimação enquanto assistência psicossocial (DELGADO, 2019).

Em 2016, a deposição da presidenta Dilma Rousseff, significou uma interrupção do processo democrático no país, com uma clara e radical reorientação das políticas públicas/sociais³. Durante o governo de Michel Temer, do PMDB, de 2016 à 2019, mudanças normativas e de perspectivas políticas foram tomadas.

Em 2017 foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017). Nesta nova Pnab,

é retirada a palavra “democrática” do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. [...] O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual [...]. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF (MELO *et al.*, 2018, p. 43-44).

A fragilização gerada na Atenção Básica contribui diretamente para a diminuição das potencialidades de cuidado integrado e territorializado na articulação da Raps.

Cruz, Gonçalves e Delgados (2019) analisaram de maneira muito lúcida os caminhos que a Política de Saúde Mental percorreu no período de 2016 a 2019. Na pesquisa os autores afirmam que a “nova” política tem como marco inicial a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da Raps. A Resolução traz pela primeira vez o hospital psiquiátrico como componente de cuidado da Raps.

Entre os itens analisados e criticados pelos autores encontram-se: maior financiamento dos hospitais psiquiátricos; falta de esclarecimento das diretrizes clínicas e como elas se diferem das já previstas na Lei 10.2016 e pela portaria 3.088; reajuste de valor das internações dos hospitais especializados; e o estímulo do fortalecimento de parcerias entre os Ministérios em relação às Comunidades Terapêuticas” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019).

Não parando no Hospital Psiquiátrico, o documento oficial inclui na Raps os

3 Indícios de uma reorientação na Saúde Mental foram percebidos pela nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental do ex diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. A Instituição que o mesmo dirigia havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada por irregularidades. Após 121 dias de protestos e ocupação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Valencius Wurch foi exonerado do cargo.

hospitais-dia, que configuram-se como espaços similares ao Caps, mas sem a lógica territorial, princípio amplamente defendido na Reforma Psiquiátrica. A inserção desse componente na Raps para alguns autores fortalece a centralidade do modelo hospitalar e biomédico. No caminho inverso dos anos anteriores, a Resolução estabelece ainda “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”. Novas roupagens aos já conhecidos e pouco resolutivos ambulatorios psiquiátricos (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019). O orçamento previsto para custeio mensal é de 12 a 30 mil reais, a depender do porte (BRASIL, 2017). Os autores realizam comparações entre as “novas” equipes e os Caps:

Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019, p.6).

No final de 2017, a Portaria nº 3.588, foi tida como um grande retrocesso para política de saúde mental. Nessa portaria foi instituído o Capsad IV, além de aumentar o tamanho das Residências Terapêuticas, das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral e dos recursos hospitalares (BRASIL, 2017).

O Capsad IV não parece com o serviço já conhecido, desvirtua-se ao apresentar-se como capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico. Possui enfermarias de inacreditáveis 30 leitos, e não o “acolhimento noturno”. As configurações do novo equipamento são mais próximas a de um pequeno hospital psiquiátrico do que ao de um Caps. Insta frisar que os chamados Capsad IV devem ser construídos “junto a cenas de uso”. Na análise de Cruz; Gonçalves e Delgado(2019, p 7) essa orientação:

afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas.

A Portaria aumenta o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60%. Também altera as regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental em hospitais gerais, no novo modelo apenas hospitais com, no mínimo oito leitos, podem

ser credenciados. Também há incentivo financeiro para a taxa de ocupação maior ou igual a 80% (BRASIL, 2017), o que pode acarretar tendências a internações desnecessárias.

O Conselho Nacional de Saúde publicou em 2018 a recomendação da revogação da referida portaria, uma vez que ela fere a Lei 8.142, sendo publicada “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde”, e a Lei 10.216, pois apresenta retrocessos à PNSM e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Raps, trazendo alterações e retrocessos “quando as equipes do Nasf, Saúde da Família e do Caps poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda”. (BRASIL, 2018, p. 1-2).

No mesmo ano o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) edita sua resolução n. 1⁴ (BRASIL, 2018), definindo diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da Pnad - Política Nacional sobre Drogas” baseando-se pela resolução 32/2017 da CIT e pela portaria n. 3.588/201. Dessa maneira, foi formalmente registrado o “realinhamento” da Política de Saúde Mental e não maquiados por nas supostas “diretrizes para o fortalecimento da Raps”, como o texto da Resolução 32 da CIT expressava.

Em síntese a resolução colocava-se contra “iniciativas de legalização de drogas”; indicando uma necessidade de apoio e produção científica que garanta de maneira equânime “participação de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas”; além de defender o fomento de comunidades terapêuticas. (BRASIL, 2019).

Em 2019, o presidente Jair Messias Bolsonaro assume a presidência brasileira. Figura política de origem militar e falas polêmicas. Nesse mesmo ano, uma Nota Técnica nº 11 de 2019, define que a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): Caps (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (BRASIL, 2019). Apesar de todas as críticas emitidas pelos Conselhos Profissionais (dentre eles destacam-se o Cfess, CFP, Cofen) e outras manifestações contrárias, a nota endossa a nova política informando que:

4 Naquele momento aprovado pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 que em 2019 foi substituído pelo decreto presidencial 9.761

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. **O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza.** A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. (BRASIL, 2019, p 3, grifo nosso).

Em nota, em 2020, o Ministério da Saúde, informou que Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems analisaria e discutiria as políticas de assistência psicossocial. No texto informam ainda a tendência de retirada das Residências Terapêuticas da Raps: “por não se tratarem de equipamentos médicos e serem destinadas, exclusivamente, ao acolhimento e reabilitação social, discute-se a sua transferência para o âmbito do Ministério da Cidadania” (BRASIL, 2020, s/p).

Em respostas aos caminhos percorridos pelas normativas brasileiras no que tange a saúde mental, bem como a orientação teórica distinta, o CNS, em 2020, por meio da resolução 652, convoca a V Conferência Nacional de Saúde Mental.

III. Conclusão

Não há como estabelecer resultado óbvio do futuro das Políticas em Saúde Mental, contudo, algumas tendências são possíveis de serem observadas. Ao analisar o caminho da Política de Saúde Mental percebe-se que propostas e serviços de caráter progressistas são mais aplicados em períodos de maior mobilização e participação social e de cenário político e econômico mais favorável.

Essa afirmação se demonstra quando percebe-se que em governos de esquerda se observa que as perspectivas normativas são mais orientadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Já no governo ilegítimo de Temer e no novo governo do presidente Bolsonaro, ambos de origem partidária conversadoras, as orientações dos mecanismos de controle e participação social sequer são consultadas e os direcionamentos normativos se contrariam as propostas vigentes nesses espaços.

Ao refletir sobre as tendências das políticas sociais a partir da perspectiva de participação política popular, Pereira (2022) indica que:

O grande empecilho nessa tarefa não é a ausência de consciência da população a respeito das limitações da democracia vigente, mas a descrença nos políticos e nas instituições. Por isso, há que se libertar a democracia das cadeias neodireitistas que a circunscrevem aos quadrantes de um Estado comprometido com o sistema do capital, para estendê-la ao conjunto da sociedade. É preciso democratizar as relações desiguais de poder que penetram todos os poros da vida pública e privada.

Elaborar e realizar práticas radicais é tarefa complexa e difícil, contudo, é possível estabelecer formas de resistências contra hegemônicas dentro do sistema capitalista. É possível conquistar vitórias significativas se nessas batalhas as classes subalternas se unirem para democratizar os meios de domínio. Pereira (2020) é cirúrgica ao sinalizar que “talconscientização ecológica tardia, principalmente das hostes intelectuais socialistas, é sem dúvida um débito analítico que lhe deve calar fundo e cobrar mea-culpa”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(11):e00129519.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 2ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MONOSTRO. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Estabelece os CAPS e dá outras providencias.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017;

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Resolução nº 1 de 09 de março de 2018**.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 023**, Brasília, 17 de maio de 2019.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº11. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, **Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

ESPIRITO SANTO, 2019. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em 23 de junho de 2022.

Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.

MELO, Eduardo A. et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, set. 2018. Número Especial. DOI: 10.1590/0103-11042018S103.

Ministério da Saúde. Notícias. **Nota: Saúde Mental**. Data da Publicação: 08/12/2020. Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. e outros. (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A POLÍTICA SOCIAL ENTRE DEUS E O DIABO: Determinações e funcionalidades no sistema capitalista. MORAES, C. A. S; SENNA, M. C. M; FREITAS, R. S. (Orgs.). In: **Política Social no Brasil: trajetórias, sujeitos e institucionalidades**. Editora CRV, Curitiba, 2020, p. 33 -50.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013.

,