



CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS DA REGIÃO OESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO:

mudanças e permanências no cotidiano dos serviços

Milena Mendes Chiodi e Bruna Suruagy do Amaral Dantas

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

A presente pesquisa analisou os impactos da lógica neoliberal nas políticas públicas de saúde mental e no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de São Paulo. O estudo destacou as mudanças que ocorreram em nível federal nas normativas legais e projetos político-administrativos que regulam os serviços de cuidado em saúde mental. Foram realizadas dezenove entrevistas semiestruturadas com seis gestores, sete psicólogos e seis usuários de seis CAPS da região Oeste da cidade de São Paulo. A fim de conduzir adequadamente as conversas, foram preparados previamente três roteiros distintos, considerando as especificidades de cada grupo de participantes (gestores, psicólogos e usuários). Para interpretar os discursos, adotamos como metodologia a Análise de Conteúdo, a qual é dividida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Os temas abordados incluíram a precarização do SUS, a alta rotatividade dos profissionais, a terceirização da saúde, os retrocessos da reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas e as mudanças nas políticas públicas de saúde mental. Concluiu-se que o neoliberalismo tem contribuído para a fragilização dos serviços, pois promoveu sua terceirização e reduziu os recursos públicos destinados a seu financiamento, alterando as práticas cotidianas e comprometendo a qualidade e a equidade no atendimento.

Palavras-chave: CAPS. Neoliberalismo. Precarização.

ABSTRACT

This research is an analyzes of the impacts of neoliberal logic on public mental health policies and on the daily operations of Psychosocial Care Centers (CAPS) located in the city of São Paulo. The study highlighted the changes that occurred at the federal level in legal regulations and political-administrative projects that regulate mental health care services. Nineteen semi-structured interviews were conducted with six managers, seven psychologists and six users of six CAPS in the western region of the city of São Paulo. In order to properly conduct the conversations, three different scripts were previously prepared, considering the specificities of each group of participants (managers, psychologists and users). To interpret the speeches, we adopted Content Analysis as a methodology, which is divided into three stages: pre-analysis, material exploration and results treatment. The topics covered included the precariousness of the Unified Health System (SUS), the high turnover of professionals, the health outsourcing, the setbacks of the psychiatric reform, the therapeutic communities and the changes in public mental health policies. It was concluded that neoliberalism has contributed to the weakening of services, as it promoted their outsourcing and reduced public resources allocated to their financing, changing daily practices and compromising quality and equity of care.

Keywords: CAPS. Neoliberalism. Precariousness.

1. INTRODUÇÃO

Fruto da efervescência política e do poder popular, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado por uma reforma sanitária e psiquiátrica, incorporada à Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela Lei nº 8.080/1990. Desde então, a saúde passou a ser dever do Estado, ou seja, um direito constitucional garantido a todo e qualquer brasileiro, cujos princípios fundamentais são a universalidade, a integralidade e a equidade. No entanto, a partir de 1990, com o avanço das políticas neoliberais, a saúde pública e, especificamente, a saúde mental sofreram um permanente processo de sucateamento devido ao “aumento da mercantilização, de parcerias e convênios” que favoreceram exclusivamente o setor privado (Bezerra; Macêdo; Santos, 2019, p.4).

A implementação do SUS proporcionou uma mudança significativa no conceito de saúde. Outrora associada ao binômio doença-cura e concebida como privilégio ou caridade, com a redemocratização a saúde tornou-se um direito civil. Em vez do tratamento e da cura, defende-se prioritariamente a promoção da saúde e a prevenção da doença, baseadas no modelo de vigilância à saúde. Realizou-se a substituição do modelo manicomial e estritamente hospitalar para um modelo aberto e assistencial (Mendes, 2013).

Um dos equipamentos que integra o SUS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço especializado, aberto e comunitário, que adota a lógica da territorialidade e da interdisciplinaridade, trabalha com uma perspectiva dialógica e oferece um cuidado multiprofissional a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes a partir da construção do vínculo terapêutico (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Desde a década de 1990, o cenário político e econômico brasileiro tem se transformado devido ao recrudescimento do neoliberalismo. No campo da atenção pública em saúde mental, as consequências são contundentes: os CAPS têm enfrentado um generalizado processo de subfinanciamento e precarização, comprometendo a abrangência e qualidade desses serviços (Macedo, et al., 2017). A escassez de recursos federais reflete na dificuldade de substituição total do modelo manicomial e na consequente coexistência do parque asilar e dos serviços substitutivos (Rosa, 2009 apud Macedo, et al., 2017). Segundo Santos e Vieira (2018), a diminuição dos investimentos em saúde pública resulta da expansão do programa neoliberal, que preconiza a política de austeridade e a responsabilidade fiscal, cujo efeito imediato é o enfraquecimento das políticas sociais de caráter universal.

A austeridade, como pressuposto econômico, consiste “na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social” (Santos; Vieira, 2018, p. 2305). Em decorrência da exigência de ajuste fiscal e da restrição dos investimentos públicos, são incentivados o fortalecimento do setor privado

e a privatização da saúde. Não obstante o neoliberalismo tenha afetado a saúde pública brasileira já na década de 1990, foi a partir de 2016 que se assistiu a um acelerado processo de desmonte dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica, ocasionando, assim, uma retomada do modelo hospitalar e asilar em contraposição aos serviços de base comunitária (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95, instituindo o chamado “Novo Regime Fiscal”, que estabeleceu um teto de gasto público por um período de 20 anos, definido pelos gastos do ano anterior – reajustados pela inflação acumulada – para as despesas primárias da União (saúde e educação). Dessa maneira, as despesas perderam a vinculação com as receitas e passaram a ter as aplicações mínimas congeladas, sendo o valor corrigido anualmente apenas para a recomposição das perdas inflacionárias (Santos; Vieira, 2018).

Caso a regra da EC 95 estivesse em vigor no período 2003-2015, as perdas acumuladas do Sistema Único de Saúde (SUS) alcançariam R\$ 135 bilhões. Já em um exercício prospectivo, estimou-se que elas poderiam variar de R\$168 bilhões a R\$738 bilhões entre 2017 e 2036, a depender do crescimento do PIB nos próximos anos (Santos; Vieira, 2018, p. 2308).

No mesmo ano em que a EC 95/2016¹ foi aprovada, o relatório anual “Saúde Mental em Dados”, que estava sendo produzido desde 2006 para o Ministério da Saúde, deixou de ser elaborado. Esse relatório, além de anualmente compilar os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, realizava o tratamento e análise dessas informações, favorecendo a identificação dos desafios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a construção de estratégias para enfrentá-los².

Considerando os retrocessos que atingiram o campo das políticas públicas no Brasil, é ainda mais grave e alarmante a sistemática ausência dessas informações, especialmente em um cenário de degradação dos serviços públicos de base territorial e comunitária, com as alterações das normativas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Outro fator importante que vem impactando a forma de se fazer o cuidado, o tratamento em liberdade respeitando os direitos humanos e a política preconizada na formação do SUS, é a crescente terceirização da administração destes equipamentos. Atualmente, segundo a Prefeitura de São Paulo, 93 das 102 unidades deste serviço (cerca de 92%) do município

¹ Cabe salientar que, nesse momento da conjuntura política brasileira, a regra do teto dos gastos federais – criada pela EC 95/2016 – fora substituída por um novo arcabouço fiscal (LC 200/2023). Entretanto, apesar da suspensão, os efeitos deletérios da última norma fiscal sobre a saúde pública são profundos e duradouros.

² Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. DESINSTITUTE, 2021. Disponível em: <[Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015 – Desinstitute](#)>. Acesso em 17 de nov. de 2022.

encontram-se sob a administração das Organizações Sociais da Saúde (OSS). As OSS são organizações consideradas do terceiro setor, que começaram a surgir no país entre 1994/1995. O terceiro setor é uma modalidade voltada à função social da gestão e provisão de serviços de saúde, vinculada ao modelo das parcerias público-privadas (Morais et al., 2018).

Reforçando os contínuos e persistentes recuos da Reforma Psiquiátrica e o desmantelamento da saúde pública, foi elaborada e publicada em 2019 a nota técnica nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS, atualmente revogada, a qual propunha modificar a caracterização dos CAPS, eliminando sua natureza substitutiva aos manicômios (Lei nº 10.216/2001) e reduzindo-os à condição de mero instrumento de saúde mental dentre tantos outros. Essa modificação – que a princípio poderia parecer trivial e irrelevante – tinha como finalidade transformar o modelo assistencial, abrindo espaço para a implantação de novos manicômios no futuro. Além de descaracterizar o CAPS, a nota técnica resgatava a eletroconvulsoterapia como aparato terapêutico, apontava para a necessidade de aumentar o número de leitos psiquiátricos, repudiava o fechamento dos hospitais e salientava que não havia impedimento legal para a internação de menores, ferindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Entre os anos de 2018 e 2022, houve outras ações que configuraram significativo retrocesso no campo da saúde mental, dentre eles a revogação da portaria nº 131/2012 em 2021, legislação que instituíra incentivos financeiros destinados a todas as unidades federativas, com o propósito de custear e apoiar as comunidades terapêuticas (Silva; Nascimento; Almeida, 2021).

Outro movimento recente que demonstra contínua desaposta no tratamento em liberdade e aposta no cuidado em isolamento, foi a criação, em 2023, do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas. Pouco depois da sua instalação, foi anunciada sua revogação, visto que as Comunidades Terapêuticas vão na contramão da Lei 10.216, por tratar-se de instituições fechadas, com algum tipo de restrição ao contato externo e possui isolamento para os residentes, não faz parte do SUAS, não há protocolos de monitoramento e avaliação destes equipamentos (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

Cabe ressaltar que, embora contribua com o desmonte dos serviços públicos, especialmente dos serviços de saúde mental, a austeridade econômica no país não é um mecanismo universal, tampouco momentâneo, mas seletivo, visto que preserva – e em muitos casos amplia – os subsídios e privilégios da elite brasileira às custas da precarização dos direitos sociais da população, indo no sentido contrário às recomendações de entidades

internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) (Santos; Vieira, 2018).

Em razão dos postulados neoliberais e da premissa da privatização, evidenciam-se o sucateamento da saúde pública e o enfraquecimento das conquistas da Reforma Psiquiátrica. Em face da crise que atinge esse modelo de atenção e cuidado, difundem-se discursos em defesa da necessidade de reformulação da saúde sob o pretexto de que o SUS como política universal é inviável (Soares, 2018), sendo recomendada a busca por convênios e parcerias privadas. A gestão pública tem se concentrado na definição de estratégias para redução dos gastos com a saúde (Bezerra; Macêdo; Santos, 2019); no entanto, sendo a saúde um direito constitucional, é dever do Estado assegurá-la de modo que privatizá-la e mercantilizá-la são formas de violação de uma garantia pública universal (Soares, 2018).

Considerando as modificações políticas e econômicas que atingiram a realidade brasileira nas últimas décadas, o presente trabalho pretende analisar os impactos das medidas neoliberais nos serviços de saúde mental a fim de identificar de que forma os avanços da contrarreforma da saúde e do neoliberalismo têm prejudicado o SUS e quem dele se utiliza (Soares, 2018). Os objetivos específicos dessa pesquisa são: 1) compreender as condições de trabalho dos técnicos dos CAPS e as dificuldades que enfrentam em seu cotidiano; 2) examinar se a expansão do programa neoliberal gerou impacto nas práticas institucionais e, caso tenha gerado, buscar-se-á entender a natureza dessas mudanças, verificando se atingiram diretamente os trabalhadores e/ou usuários; 3) averiguar se estão ocorrendo retrocessos da reforma psiquiátrica, e em caso de resposta afirmativa, de que modo é possível notá-los. 4) verificar se o crescente investimento federal em comunidades terapêuticas está afetando a natureza dos Centros de Atenção Psicossocial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Criado no final do século XVIII, o modelo manicomial possuía como fundamento central o isolamento terapêutico. Segundo Amarante e Torre (2018), os denominados “loucos” passaram a ser excluídos da vida social, sendo retirados da cidade, do trabalho, da cultura, da família e do lazer. Nesse momento, foram institucionalizados, perdendo, assim, a condição de cidadania, o direito à participação social e o direito à cidade.

O isolamento terapêutico, como princípio institucional e teórico, tinha a função de garantir a possibilidade da cura e o conhecimento da loucura. Entretanto, ele funcionava com uma metodologia semelhante à observação *in vitro*, com um controle experimental e laboratorial, com a ideia de que para tratar é preciso conhecer, e para conhecer é necessário retirar

quaisquer interferências externas, afastando a contaminação e as influências maléficas (Amarante; Torre, 2018).

Por conta do isolamento e do discurso da época, o “louco” passou a ser visto como um sujeito socialmente perigoso, irracional e alienado. O manicômio tornou-se sinônimo de regramento da desordem por meio da disciplina, e uma possibilidade de retorno à razão, como se a institucionalização alterasse a experiência da “alienação” ou do sofrimento mental (Amarante; Torre, 2018).

Contudo, o movimento de exclusão, causado pela institucionalização, gera nos asilados processos de des-historização, dessubjetivação e perda das relações sociais, de modo que os comportamentos e sintomas não derivam do quadro psiquiátrico que levou à internação, mas são efeitos da internação, devido à destruição da subjetividade e à mortificação do eu (Goffman, 1978 apud Amarante; Torre, 2018).

Tendo em vista todos os malefícios dos manicômios, após a Segunda Guerra Mundial o modelo manicomial passou a ser muito criticado por ferir diversos direitos humanos. Em 1978, na Itália, foi promulgada a primeira lei sobre a reforma psiquiátrica, a Lei Basaglia, a qual marca um novo olhar sobre a loucura e determina o fechamento dos manicômios no país. No decorrer das décadas, a ideia de desinstitucionalização e a necessidade da reforma psiquiátrica foram se difundindo até que, em 2001, em meio à consolidação da saúde pública brasileira – formada por uma rede de serviços com atendimento humanizado, democrático e coletivo – o Brasil aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº10.216), e desde então, instituiu-se a substituição dos manicômios por serviços de saúde mental e dispositivos de atenção psicossocial (Paladino; Amarante, 2021).

A reforma psiquiátrica, concebida como processo social complexo destinado à substituição dos manicômios, não se reduz à transformação dos serviços e tecnologias de cuidado, mas engloba também outras estratégias, como “o estímulo à participação social na construção das políticas, tanto no âmbito dos serviços, quanto nos fóruns mais gerais” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2070).

A rede substitutiva é composta por serviços descentralizados distribuídos pelo território, e também por dispositivos que contemplam outras dimensões da vida e demandas vitais, como moradia, transporte, lazer, trabalho, cultura, educação, dentre outros (Amarante; Nunes, 2018). Sendo assim, os atendimentos no SUS se comprometem com a territorialidade, com o serviço contextualizado, integral, multiprofissional e interdisciplinar (Boing; Crepaldi, 2010). E para além das estruturas de cuidado, conforme Paladino e Amarante (2021), deve-se adotar uma concepção de cidade aberta, com uma construção coletiva e permeável, pois nela os espaços da loucura devem se configurar segundo uma lógica integral e intersetorial de saúde.

Os CAPS são serviços oferecidos pelo SUS desde 2002 e funcionam como equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, sendo definidos como unidades de saúde regionalizadas, que fornecem cuidados intermediários entre a internação hospitalar e a rede ambulatorial.

Atualmente, existem alguns modelos de CAPS: CAPS IJ (infantil ou infanto-juvenil), CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS Adulto. Além da caracterização quanto ao público-alvo, também há a caracterização entre os tipos de CAPS, podendo ser I, II, III e IV. A mudança quanto ao número do serviço, altera, de forma crescente, a capacidade de atendimentos e profissionais naquela unidade, além do período de abertura e presença ou não de leitos para acolhimento noturno (Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Esses equipamentos substitutivos são mais humanizados, trabalham no formato aberto (assegurando ao usuário o direito de ir e vir ao serviço), com tratamento individualizado e reduzida medicalização. Eles devem buscar a intersetorialidade e espaços transversais da cidade em alternativa à repetição de respostas técnico-sanitárias (Amarante; Torre, 2018). Para que os CAPS respeitem essas diretrizes de funcionamento, é fundamental que haja resistência e luta contra a nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que elimina a principal característica desses serviços: sua condição de substituição da lógica do confinamento institucional.

Segundo Dimenstein, Simoni e Londero (2020), o projeto político da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem perdendo força gradativamente na última década, por meio da ocupação do Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Mental por membros da Associação Brasileira de Psiquiatria, os quais muitas vezes não são favoráveis à Reforma Psiquiátrica. Após o ano de 2016, a situação da saúde mental no Brasil tornou-se periclitante devido à aprovação da Emenda Constitucional 95, o fim dos relatórios anuais “Saúde Mental em Dados”, o aumento significativo da alteração da administração direta dos equipamentos de saúde para as OSS, a alteração da nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, em 2019, o financiamento das comunidades terapêuticas iniciado no governo Bolsonaro (revogada a portaria nº 131/2012) e a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas em 2023 (também revogada no mesmo ano).

Está ocorrendo no país um desmantelamento geral das políticas públicas, em especial no campo da saúde mental, o que se evidencia em uma clara tendência de imposição de interesses institucionalizantes e remanicomializantes. A saúde tem sido transformada paulatinamente em mercadoria e, como consequência, o sistema público vem sofrendo os efeitos do subinvestimento, negligenciando as necessidades de quem depende do SUS. Outro aspecto a ser considerado é o retorno do modelo biomédico, que pode resultar na

hierarquização das práticas de saúde, representando risco de pouca interferência popular nas decisões territoriais sobre os tratamentos (Amarante; Torre, 2018).

Para finalizar, é necessário questionar a permanência – por longo período– de sujeitos em sofrimento mental em instituições ditas “abertas”, produzindo uma nova institucionalização dentro dos CAPS, que corre o risco de tornarem-se espaços “protegidos”, com tendência ao fechamento e à priorização dos protocolos tradicionais (como consultas psiquiátricas, medicação psicofarmacológica e restrição às atividades internas à instituição). Nesse contexto, é inquestionável a relevância de consolidar novamente o CAPS como equipamento substitutivo, mantendo sua condição de serviço aberto e comunitário, proporcionando atendimentos contextualizados no território, com práticas pautadas no paradigma psicossocial, atuando nas macro e micropolíticas em constante diálogo com grupos culturalmente diversos e movimentos sociais, a fim de resistir e manter tal serviço para toda a população (Macedo; Dimenstein, 2013).

3. METODOLOGIA

Para realizar esse estudo, foi utilizado o método de pesquisa qualitativa, que busca compreender, por meio das narrativas compartilhadas, a cultura e o contexto de vida dos participantes, suas vivências, histórias, significados e sentidos atribuídos, além dos motivos, interesses, valores, crenças e atitudes (Minayo, 2002).

A pesquisa qualitativa aborda a realidade múltipla e subjetiva dos entrevistados por meio da inserção no ambiente estudado. Nela, a pesquisadora deve observar e questionar o fenômeno, mantendo-se a uma distância segura do objeto de estudo para não perder a capacidade de análise crítica, não se imiscuir com a realidade e preservar a objetividade da pesquisa. Ao analisar o material coletado, deve-se exercer a flexibilidade (ou autorreflexão), para que vieses do entrevistador não interfiram no entendimento e na interpretação dos dados do estudo (Patias; Hohendorff, 2019).

3.1 Participantes e Instrumentos

Como recurso para obtenção dos dados, foram realizadas dezenove entrevistas individuais, algumas presenciais e outras à distância (via plataforma *Teams*), no formato semiestruturado, as quais foram analisadas a partir de teorias e hipóteses que fundamentam a pesquisa. Algumas perguntas foram previamente elaboradas e formaram o roteiro de entrevista que orientou a conversa conduzida pela entrevistadora; novas perguntas puderam ser formuladas no momento da entrevista, garantindo, assim, certa espontaneidade e informalidade no encontro (Gil, 2008). As narrativas foram gravadas, com a permissão dos

entrevistados, e transcritas integralmente, com a finalidade de acessar todos os conteúdos enunciados pelos participantes.

Foram entrevistados dezenove participantes, sendo eles seis gestores, sete psicólogos (devido à participação voluntária de uma psicóloga em uma das unidades autorizadas) e seis usuários dos serviços públicos de Saúde Mental, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 16 anos. No caso dos adolescentes, na faixa etária dos 16 aos 18 anos, a entrevista foi realizada mediante autorização do responsável, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para atestar o consentimento.

Foram selecionados seis CAPS do município de São Paulo, na região Oeste. Dentre as seis unidades, duas eram CAPS Adulto, duas CAPS Infanto-juvenil e duas Álcool e Outras Drogas. Entre essas unidades, cinco estavam sob administração terceirizada (por OSS) e uma sob administração direta. Em cada unidade, foram entrevistados um gestor, um psicólogo e um usuário, totalizando três participantes por serviço. Os critérios de exclusão dos participantes são: 1) ter idade inferior a 16 anos; 2) não trabalhar no CAPS; 3) não ser usuário dos serviços de Saúde Mental do município de São Paulo.

O objetivo da presente pesquisa consiste em analisar os impactos das medidas neoliberais, especificamente o controle dos gastos públicos (EC 95), e a publicação da nota técnica nº 11/2019 sobre o funcionamento cotidiano dos CAPS. Para tanto, os gestores foram entrevistados a fim de obter informações a respeito das questões administrativas, financeiras e técnicas com vistas a compreender as implicações do congelamento, o destino das verbas públicas, o programa de cortes de gastos e os critérios de escolha para definir a alocação dos recursos. Aos psicólogos, foram formuladas questões sobre possíveis e eventuais mudanças no funcionamento do serviço e no cotidiano de trabalho decorrentes da publicação da nota técnica; ainda foi indagado se as reduções orçamentárias produziram impactos nas políticas públicas de Saúde Mental e como a população sentiu essa alteração. Aos usuários dos serviços, questionamos se perceberam mudanças nas formas de cuidado, na infraestrutura das unidades, nas atividades e nos projetos oferecidos. Também buscamos verificar se houve mudança nos discursos e práticas dos trabalhadores e técnicos.

3.2 Procedimentos

Após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da instituição proponente (Número do Parecer: 6.663.840), buscou-se a autorização da Escola Municipal de Saúde da Região Oeste (EMSR Oeste) para realizar entrevistas com gestores, psicólogos e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em seguida, a EMSR Oeste enviou solicitação para as unidades de Saúde Mental da região e recebemos autorização de seis unidades. Após essa etapa, entrou-se em contato com as respectivas unidades e as entrevistas foram

agendadas conforme disponibilidade de cada participante. Solicitou-se a gravação da entrevista, e obtivemos autorização de todos os participantes. Todos os dados pessoais foram protegidos pelo sigilo para preservar a identidade dos participantes e a confidencialidade das informações fornecidas.

3.3 Considerações Éticas

Os benefícios da presente pesquisa consistem na produção de um conhecimento científico específico e na avaliação das políticas públicas de Saúde Mental a partir da perspectiva dos indivíduos que utilizam os serviços e daqueles que colocam a política em ação, o que poderá contribuir para o aprimoramento da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A fim de respeitarmos o sigilo do estudo, não serão divulgados os nomes das unidades e dos participantes. Para dificultar uma possível identificação do entrevistado, os colaboradores foram nomeados de acordo com os cargos que ocupam e numerados da seguinte forma: “psicólogo 1”, “usuário 1” ou “gestor 1”; seguido da data da realização da entrevista.

3.4 Metodologia de Análise de Conteúdo

Com as entrevistas já realizadas e transcritas (totalizando 228 páginas), foi utilizada a Análise de Conteúdo como procedimento técnico de interpretação, a qual é composta por três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise corresponde à fase de organização e leitura dos dados coletados, a fim de encontrar trechos significativos e orientações para a análise. Após essa etapa, foi feita a exploração do material mediante a construção de categorias temáticas, que decompõem provisoriamente as narrativas em temas específicos. A terceira etapa refere-se ao tratamento dos resultados, cujo objetivo é desvendar o conteúdo subjacente aos discursos, identificando “ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos” (Minayo et al., 2002, p. 76).

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

As temáticas mais abordadas nas entrevistas foram sucateamento e precarização dos equipamentos, crescente terceirização da saúde coletiva para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), as mudanças das políticas públicas (especialmente no período entre 2016 e 2024), alta rotatividade dos profissionais e perda do vínculo com os usuários, impacto da gestão municipal, silenciamento dos trabalhadores, aumento das metas e diminuição da qualidade dos atendimentos comparado aos anos anteriores.

A análise tornou evidente que os temas mais mencionados nas conversas e, portanto, mais relevantes têm relação entre si. De acordo com os entrevistados, o sucateamento dos CAPS, decorrente de mudanças legislativas e políticas públicas mencionadas anteriormente, vem ocorrendo especialmente após a instalação do governo Temer em 2016 (Soares, 2018). Além do sucateamento, foi possível perceber nos discursos que a precarização ocorre em função da terceirização da administração da saúde para as OSS. Segundo o gerente 3 (10/04/24), o CAPS que gerencia “está vivendo uma fase de muito pouco investimento [...]. Estamos na época do desinvestimento das unidades da administração direta, o foco está nas terceirizações”.

De acordo com Bezerra, Macedo e Santos (2019), o processo de reformas que a política de saúde vem sofrendo no decorrer dos últimos anos, tem ocorrido devido ao avanço do neoliberalismo, que visa a autorregulação dos mercados e a garantia do funcionamento do setor privado. A terceirização é um imenso problema, pois se estabelece outro tipo de relação com a saúde: ela deixa de ser direito garantido constitucionalmente (pelo Estado), passando a ser uma forma de mercadoria, devido à relação público-privada estabelecida com o terceiro setor (Moraes et al., 2018). O gerente 3 (10/04/24) apresenta sua perspectiva sobre esse processo:

A saúde como um bem público essencial, eu acho que não tem como não ficar a cargo do poder público. Para mim, é uma dissonância você ter uma área essencial como a saúde, dentro de uma lógica de lucro, de produtividade; para mim, não funciona, não combina... falando em termos da saúde pública, do SUS voltado a todo cidadão. Enquanto dever de Estado, enquanto garantia constitucional de saúde, é um bem a ser cuidado e gerido pelo Estado, porque é ele quem tem essa obrigação em primeiro lugar. Ainda que em algum momento isso possa até ir contra uma lógica econômica. Pode ser que custe caro, se tiver que custar caro, vai custar caro, porque a questão não é a do lucro, de ter que lucrar ou não lucrar, que é, sem julgamento nenhum, como sobrevivem as estruturas privadas. Elas têm que sobreviver, então sobrevivem [sic] com essa lógica do que entra e do que sai, tem que dar uma diferença, senão não se sustenta. O Estado não tem que atender a isso, constitucionalmente foi assim que a gente se formou. Então, eu ainda acho que é uma pena esse caminho, esse rumo que se tornou a saúde de uma maior terceirização. Eu acho que isso tem trazido prejuízos enormes à qualidade da saúde.

Em relação às desapostas e apostas entre a gestão pública e a privada, houve grande mudança nas formas de contratação, pois deixaram de ser por concurso (vagas de servidores públicos na administração direta), sendo substituídas por vínculos empregatícios via CLT. O psicólogo a seguir expressa algumas diferenças e impactos dessas mudanças:



Tem as questões da administração direta [...] que são intencionais a meu ver. Quando você monta um serviço, você pensa numa lógica de serviço, você coloca lá os trabalhadores. Aí, você começa a deixar aquilo ali abandonado. Aí, as pessoas vão seguir caminhos na vida, elas vão se aposentar, elas vão sair, elas não vão estar mais. Enfim, e aí você vai deixando aquilo ali abandonado, é muito fácil olhar depois e falar: “veja como não funciona”. Então, a gente vai precisar seguir esse outro caminho: “precisa privatizar, hein?”. E assim, você tem outras condições de trabalho. Se eu presto concurso, eu tenho estabilidade, esse trabalho aqui, ele é essencialmente político. Não dá pra dizer que é outra coisa. Até nesses aspectos de “peraí, qual que é o norte do cuidado?”. Se eu não penso nisso, vai ter um monte de opressão que eu vou... no pequeno poder que eu tenho aqui, enquanto profissional de saúde, que eu vou reproduzir. Então, a gente precisa ter um olhar político o tempo inteiro, tem um monte de enfrentamentos que precisam ser feitos para garantir equidade, que é um dos princípios do SUS. [...] Agora, se eu tenho estabilidade, eu posso me levantar, me organizar como trabalhadora, é uma história. Se eu sou CLT e alguém não foi com a minha cara ou eu disse alguma coisa que foi desagradável, eu posso ser demitida. Então, você tem outras condições de trabalho. E tem outras coisas que vão operar aí, para você conseguir pensar o trabalho, pensar o processo do próprio trabalho, então tem uma autonomia mesmo que se perde (psicólogo 6, 13/05/24).

Sendo assim, alguns dos problemas advindos da terceirização são as novas relações de trabalho que desencadeiam outras formas de vivenciar o serviço e desenvolver as ações de cuidado, já que não há garantia de permanência na vaga. O gestor 4 (29/04/24), quando questionado sobre esse tema, reafirma o posicionamento do psicólogo 6, acrescentando que a contratação via CLT e a falta de equiparação salarial nas OSS desencadeiam o aumento da rotatividade dos profissionais: [essa situação é] “muito ruim, porque a gente não consegue manter os profissionais, o que afeta diretamente o usuário”. A gestora 3 (10/04/24) complementa dizendo que as regras que regem as carreiras são diferentes [comparando o contrato CLT com o serviço público], pois favorecem vínculos mais pulverizados e mais frágeis: [os profissionais] “reclamam menos, obedecem sem questionar, porque estão ali no fio da navalha e não têm condição nenhuma de participar”.

Tendo em vista a questão da rotatividade, a psicóloga 5 (20/05/24) afirma que muitas vezes o vínculo entre profissional e usuários não é criado, e quando se cria, se perde e precisa ser refeito com outro profissional. Em sua concepção, a frequente saída de funcionários “desorganiza absurdamente” principalmente os usuários com transtornos mentais graves. Pela perspectiva do gestor 3 (10/04/24), a alta rotatividade traz o “pior dano possível para o serviço”, pois piora a qualidade do atendimento. Para justificar seu posicionamento, ele exemplifica: “tem um médico lá o tempo inteiro, só que esse médico troca de mês em mês. Então, o paciente volta, já não é mais o mesmo médico [...]. Parece que está sempre começando do zero”. Segundo Boing e Crepaldi (2010), a equipe deveria estabelecer vínculo

e responsabilização pelo cuidado dos atendidos. Porém, como observado nos discursos dos entrevistados acima, na prática, devido à rotatividade, isso não tem ocorrido com êxito.

Além da qualidade do atendimento estar sendo prejudicada, o gestor 3 (10/04/24) alega que a articulação com as equipes se tornou muito difícil, pois frequentemente há trocas de profissionais, e quando o novo funcionário chega, ele não conhece o território e os profissionais dos outros equipamentos que compõem a rede, o que prejudica muito o trabalho em saúde mental, já que este depende da formação de uma rede e da equipe multiprofissional, dado que os outros serviços também são responsáveis pelo cuidado (Boing; Crepaldi, 2010)

Partindo-se do ponto de vista dos usuários acerca da permanência dos profissionais nas unidades, o usuário 4 (06/05/24) apresenta com clareza sua posição: “o que é bom manter aqui hoje são os mesmos funcionários, isso para mim é importante. Porque eu frequento aqui desde 2020. Eles sabem a minha história”. O usuário 6 (06/05/24) relata a importância do tratamento que recebeu no CAPS e da sua referência no cuidado, que segundo ele foi a mesma por aproximadamente 5 anos: “[...] minha primeira referência salvou a minha vida. Ela teve a sensibilidade de saber o que estava acontecendo comigo [...] Tenho dificuldade de falar com você agora, mas quando eu cheguei eu não conseguia”. A psicóloga 3 (03/05/24) conta que alguns usuários falam que atualmente ninguém que está na unidade conhece eles desde o início, e que é difícil contar a história da própria vida tantas e tantas vezes para pessoas diferentes.

As mudanças nas políticas públicas, implementadas entre os anos 2016 e 2023 e posteriormente revogadas, demonstram as tentativas de mudanças legislativas em prol da diminuição do investimento público nos equipamentos de base territorial e comunitária, contrariando, assim, a lei 10.216, que prevê a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Segundo Dimenstein, Simoni e Londero (2020), “grande parte dos recursos públicos tem sido desviada para hospitais psiquiátricos e para a abertura e manutenção de comunidades terapêuticas” (p.9), provocando o avanço da lógica asilar. A autora complementa afirmando que estamos vivendo um quadro preocupante de retrocessos da PNSM, pois ela não tem se firmado como política de Estado, mas flutua de acordo com os governos.

Segundo Macedo *et al.* (2017), registra-se no país o enorme crescimento das comunidades terapêuticas, as quais pertencem ao setor privado, instituições religiosas ou filantrópicas, sem regulação nenhuma do Estado e sem compromisso com as diretrizes da atenção psicossocial. A respeito do tema, o gestor 6 (22/05/24) relata que as comunidades terapêuticas “não são submetidas a qualquer tipo de vigilância, fiscalização. Não tem

profissional obrigatório nem profissionais de nível superior nessas instituições. [...] Acho que é o inverso do que tem que ser a saúde mental”.

Todos os gestores e psicólogos entrevistados mostraram-se preocupados com as mudanças nas políticas de saúde mental que ocorreram nos últimos anos e representam, em sua avaliação, retrocessos à Lei da Reforma Psiquiátrica e, por consequência, à saúde pública no país. O gestor 5 (18/03/24), quando questionado sobre o tema, disse:

Acho que hoje a gente tem políticas públicas que não estão em consonância com a reforma psiquiátrica. Elas não estão em consonância com a consolidação de direitos dos cidadãos que utilizam os serviços, elas não estão em consonância até mesmo com questões básicas do SUS, de equidade, de universalidade. Então, acho que precisa rever algumas coisas.

Ainda sobre as políticas públicas de saúde mental, o gestor 5 (18/03/24) acredita que, no momento atual, existe uma política de governo contra a redução de danos e favorável às comunidades terapêuticas, e pontua que “o governo não vai poder dizer que é contra porque fez uma portaria sobre isso, e tem convênios, senão municipais, estaduais”. O psicólogo 1 (10/04/24) acrescenta:

Permitir o financiamento público para comunidades terapêuticas, é uma forma de remanicomialização, [...] é outra forma de manicômio. A gente tem que desmontar isso! Tem mais coisa pra fazer, tem outra forma de tratar. Atravanca também no sentido de que os recursos que poderiam vir para as redes alternativas são desviados para isso.

De acordo com o gestor 3 (10/04/24), o período de maior retrocesso dos avanços da luta antimanicomial e de intensificação da mudança de gestão para as OSS foi a partir de 2014. Nessa ocasião, foi ocorrendo um desmonte maior dos CAPS e a passagem para as terceirizadas. O psicólogo 3 (03/05/24) compartilha da mesma opinião:

[...] um pouco antes do golpe [Dilma], existia uma aposta política muito mais consistente do que nos últimos anos. Ela foi sendo podada tanto com as OSS, as comunidades terapêuticas, o cansaço dos profissionais, o adoecimento dos profissionais. Eu acho que isso tudo vai impactando.

Em relação à administração dos CAPS pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), todos os psicólogos fizeram referência aos impactos da terceirização no trabalho cotidiano: a falta de profissionais, de capacitação para os trabalhadores e de supervisão dos casos clínicos. Eles também apontam que a carga de 40 horas semanais é muito alta e desgastante

para trabalhar nesse tipo de equipamento, devido ao público e às situações imprevisíveis que ocorrem cotidianamente.

O gestor 5 (18/03/24) demonstrou que, no cotidiano, o serviço enfrenta uma tentativa de desterritorialização. Conforme seu relato, estão tentando afastá-los da ida ao território, “[...] de ser um serviço de caráter comunitário. O importante é não estar aqui [no equipamento], mas estar lá... no modo como a pessoa está lidando com as questões de saúde mental na vida”. Essa realidade opõe-se fortemente à política pública, uma vez que o CAPS visa favorecer a reabilitação psicossocial do sujeito para ocupar o território, para redefinir sua relação com a cidade e como forma de produção de vida, autonomia e participação social (Amarante; Torre, 2018).

Já o psicólogo 2 (08/04/24) informa que vem percebendo o engessamento das práticas, com a criação de protocolos e documentos e a exigência de atualização mensal do Projeto Terapêutico Singular (PTS) por escrito. Em sua concepção, “[...] não se pensa mais tanto a partir do sujeito, e sim em respaldar a instituição [...]”. Antes, a gente tinha um esforço muito grande de pensar a forma de cuidado, muito a partir das necessidades do sujeito. E hoje, a gente faz uma inversão”. Conforme Amarante e Torre (2018), a rede substitutiva de saúde mental enfrenta inúmeras restrições e fragilidades, dado o retorno do modelo biomédico, devido à pouca interferência dos usuários do serviços nas decisões sobre os tratamentos de saúde.

Outra questão que emergiu durante as entrevistas diz respeito às metas dentro dos equipamentos. Segundo os entrevistados, as metas relacionadas às diversas modalidades de atendimento só aumentam: são metas de usuários cadastrados em acompanhamento, de visitas domiciliares, de atualização do PTS, de matriciamentos, em alguns CAPS, de ocupação de leitos (acolhimento noturno ou integral) por mês, entre outras. Todos eles criticaram a forma como essas metas são exigidas pela secretaria, pois são quantitativas, não qualitativas. O gestor 4 (29/04/24) compartilhou o seguinte relato: “eu não consigo te dar um número de atendimento de crise. Mas eu posso dizer que eu passei o dia inteiro atendendo uma crise aqui super importante, que evitou uma internação”. O gestor 3 (10/04/24) acrescentou: “você vai comprometendo a qualidade em nome exclusivamente de um número; você vai perdendo o seu objetivo principal de estar ali”. Em sua avaliação, esse nível de cobrança “tomou uma proporção muito maior nos últimos três, quatro anos”.

Há situações efetivamente graves: o psicólogo 7 (01/04/24) disse que já ouviu de um gerente de outro serviço no qual trabalhou a seguinte frase: “hoje, a gente precisa ter 100% da taxa de ocupação dos leitos”, e não importava se havia demanda ou não. Além disso, outros psicólogos expuseram situações de falta recorrente de água e, às vezes, ausência de

comida. Nessas ocasiões, os técnicos precisaram juntar dinheiro entre si para comprar comida para eles e para os usuários em acolhimento noturno.

Nota-se que o projeto político da Reforma Psiquiátrica vem gradativamente perdendo força na última década, o que se agravou, segundo Dimenstein, Simoni e Londero (2020), desde o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, já que setores mais conservadores ocuparam o Ministério da Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, com a forte presença da Associação Brasileira de Psiquiatria, que assume uma postura contrária aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Desde então, percebem-se sucessivas manobras para enfraquecer os fundamentos antimanicomiais das políticas públicas e desmontar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a lógica conservadora e privatista que prevalece no país.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente que a história da saúde pública, do SUS e da atenção a pessoas com transtornos mentais no Brasil é marcada por uma série de avanços, desafios e retrocessos. Desde 1990, com o neoliberalismo, o país vem enfrentando grandes obstáculos para efetivação dos direitos básicos de todo e qualquer cidadão, garantido pela constituição de 1988, haja vista a mercantilização da saúde, sob gestão do setor privado. Essa relação entre o público e o privado vem crescendo nas últimas décadas, e como justificativa para o movimento da austeridade fiscal, o Estado tem precarizado e sucateado os serviços, especialmente os que estavam, ou estão, sob administração direta.

O processo de sucateamento vai desde a falta de funcionários, espaços físicos, brinquedos, até água e comida em alguns casos. Os trabalhadores têm trabalhado 40 horas semanais, em um sistema de metas que não respeita quem trabalha nem quem é atendido pelo SUS, visto que elas precisam ser alcançadas até mesmo quando não há sentido cumpri-las.

Desse modo, é possível verificar que o direito à saúde tem se restringido, pois as pessoas que são SUS-dependentes, como dito por um dos entrevistados, muitas vezes não conseguem o atendimento de que precisam ou são atendidos com baixa qualidade. Observa-se, portanto, que o avanço neoliberal tem acarretado a piora do Sistema Único de Saúde, uma vez que privilegia as determinações do mercado, negligenciando a garantia de direitos aos cidadãos brasileiros.

Em razão da expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS), da constatação da falta de equiparação salarial entre as OSS, das longas e intermináveis horas de trabalho

intenso e das condições laborais precarizadas, os trabalhadores rotacionam entre as unidades ou serviços com muita frequência. Esse processo tem adoecido os profissionais e prejudicado o tratamento dos usuários do serviço, já que o vínculo entre técnico e usuário é essencial para a continuidade do acompanhamento.

Devido à relação das OSS com os trabalhadores, a gestão tripartite tem perdido sua força, pois os trabalhadores estão sendo silenciados, já que correm o risco de perder o trabalho. Sob administração direta, os servidores podem resistir a solicitações municipais, estaduais ou federais que comprometam o funcionamento dos equipamentos de saúde; entretanto, quando a gestão é realizada por terceirizadas, os trabalhadores perdem sua voz por temerem a demissão.

Quanto aos movimentos de novas apostas, além das OSS, o governo federal tem realizado mudanças nas políticas nacionais de saúde mental a fim de destinar verba para as comunidades terapêuticas (setor privado) e para estabelecer novos convênios. Segundo Macedo e Dimenstein (2013):

Na verdade, a saúde mental tem promovido o exercício político de diferentes segmentos, tendo em vista ser um setor que está configurado por espaços de permanente embate de forças, atores e interesses. De um lado estão aqueles que fazem avançar ações para a ampliação da rede substitutiva (e demais dispositivos desinstitucionalizantes) de modo a alavancar debates e intervenções para a constituição de um novo aparato teórico-conceitual, técnico-interventivo e jurídico-legal para a loucura em nossa sociedade (Amarante, 2007; Bezerra Jr., 2007). De outro, encontramos os que se dizem reformistas, mas que na verdade reforçam o discurso de manutenção do poder psiquiátrico quando defendem práticas que reforçam a ação de tutela, isolamento e controle da vida, agregado à revalorização do aparato teórico-conceitual definidor da loucura enquanto doença – um mal passível de ser tratado e curado (Costa-Rosa, 2000). (p.298).

Dado o que foi levantado nesta pesquisa, torna-se possível perceber a importância de defender que o SUS seja administrado pelo Estado para que os trabalhadores possam se manifestar em períodos adversos, visando fortalecer as premissas da participação social e da gestão compartilhada. Para finalizar, cabe refletirmos sobre a declaração do usuário 5, entrevistado no dia 20/05/24, a fim de afirmarmos a importância da natureza comunitária, territorial e dialógica dos Centros de Atenção Psicossocial:

Aqui [CAPS] você tem a comunicação, no manicômio não. No manicômio você é amarrado, você toma injeção amarrado... Você toma injeção na perna, em qualquer lugar que eles te derem você toma injeção. Aqui não, aqui tem a conversa, você passa por um, você conversa com o outro, você vai conversando até se acalmar. É muito diferente. Você toma medicação se for

o caso, você tem profissionais ao seu dispor a qualquer hora do dia. Lá você só tinha enfermaria. A enfermaria é só medicação que eles usam, só medicação, o profissional não entrava. Chamavam um profissional depois que você passava pela crise. É diferente, né?

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 08/01/2023.

AMARANTE, P.; TORRE, E. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.52, n.6, p.1090-1107, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>>. Acesso em: 10/01/2023.

BEZERRA, A.; MACÊDO, E.; SANTOS, R. A precarização do sistema único de saúde: Os desafios e impasses da política de saúde frente ao avanço do neoliberalismo. In: **Anais Eletrônicos Civilização ou Barbárie: o futuro da humanidade**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2019. Disponível em: <trabalho_submissaoid_1420_14205cc9fece457a5.pdf (ufma.br)>. Acesso em: 18/11/2022.

BOING, E.; CREPALDI, M. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.634-649, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/X9DvXR6YCVMG4tSmh46Dhnn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20/03/2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023**. 2023. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>>. Acesso em: 28/07/24.

BRASIL. 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. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (saude.gov.br)>. Acesso em: 22/11/2022.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, v. 18, n.03, 2020, e00285117. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMOYyFxZ6hgQqBH/>>. Acesso em: 10/12/2022.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A.; LONDERO, M. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, e242817, p. 1-16, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/pNJGFN57Tbk7NzqT44Ddpvb/?lang=pt>>. Acesso em: 20/11/2022.

GIL, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

MACEDO, J.; DIMENSTEIN, M. Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 297-304, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/HjVskZfsWDG6WSSprWYQJCS/?lang=pt>>. Acesso em: 13/01/2023.

MACEDO, J. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LYYFNqLDXfYpy9BrFqxs56M/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22/11/2022.

MENDES, M. “Saúde para doença” ou patologização da saúde? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.18, n.4, p. 757-759, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/rjtcMDm4nKpBqt4Gz86xZgp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12/01/2023.

MINAYO, M. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAIS, H. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00012345, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdiPpnLsq/>>. Acesso em: 16/06/2024.

PALADINO, L.; AMARANTE, P. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.1, p.7-16, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/6GrfLKz4LCnr4LFWqv3JTyg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11/01/2023.

PATIAS, N; HOHENDORFF, J. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa.

Psicol. estud., v. 24, e43536, 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/?lang=pt>>. Acesso em: 18/03/2023.

SANTOS, I.; VIEIRA, F. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p. 2303-2314, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykcWRkccrSPQrqWjx/?lang=pt#>>. Acesso em: 18/01/2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Documento norteador dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São Paulo, 2020. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SAUDE_MENTAL_Documento_Norteador_CAPS.pdf>. Acesso em: 07/07/2024.

SILVA, L.; NASCIMENTO, F.; ALMEIDA, E. A política de saúde mental no contexto brasileiro: reflexões históricas e conjuntura atual no governo Bolsonaro. *In: Anais Eletrônicos Trabalho Alienado, Destruição da natureza e crise de hegemonia: Consciência de Classe e Lutas Sociais na Superação da Barbárie*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2021. Disponível em:

<https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_600_60061202b48667fa.pdf>. Acesso em: 05/07/2024.

SOARES, R. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>>. Acesso em: 22/11/ 2022.

Contatos: milena.chiodi@hotmail.com e bruna.dantas@mackenzie.br