



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

## A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS ATUAIS NO CONTEXTO SOCIAL DA SAÚDE PÚBLICA

Nayara Lúcia Ferreira<sup>\*</sup>  
Mairon César Araújo Capitinga<sup>†</sup>  
Mariane Santos Nogueira<sup>‡</sup>  
Paloma Mendes Guimarães<sup>§</sup>  
Rafael Martins Custódio Mendonça<sup>\*\*</sup>  
Lúcia Abadia de Carvalho Queiroz<sup>††</sup>  
Maisa Miralva da Silva<sup>‡‡</sup>

**Resumo:** Esta produção integra os estudos e pesquisas de Graduação e Mestrado em Serviço Social, tendo por referência os objetos de pesquisas inscritos na política de saúde e saúde mental. Nessa perspectiva, propõe analisar os desafios atuais no contexto da saúde pública, bem como elucidar o desenho do cenário atual em que está se desenvolvendo a (re)configuração da política de saúde e de saúde mental.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde Mental. Saúde Pública. Privatização.

**Abstract:** This production integrates the studies and researches of Undergraduate and Master's in Social Work, having as reference the objects of research inscribed in the politics of health and mental health. In this perspective, it proposes to analyze the current challenges in the context of public health, as well as to elucidate the design of the current scenario in which the (re) configuration of health and mental health policy is being developed.

**Key words:** Mental Health Policy. Public health. Privatization.

### Introdução

Para compreender as tendências que vêm se desenvolvendo na política de saúde e da saúde mental, faz-se necessário aprofundar-se nas problematizações que abarcam historicamente concepções e contradições existentes na formação da política social.

---

<sup>\*</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>†</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>‡</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>§</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>\*\*</sup> Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>††</sup> Professor com formação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

<sup>‡‡</sup> Professor com formação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, E-mail: nay\_2305@outlook.com.

A política social, ao ser compreendida a partir da relação dialeticamente contraditória, estrutural e histórica, tem a sua gênese implicada com o nascimento do Estado moderno capitalista, precisamente com o agravamento das expressões da questão social e de demandas voltadas para as necessidades sociais, e constitui-se em pautas como políticas sociais e direitos sociais. Neste contexto, as políticas sociais se configuram tanto como reivindicações dos trabalhadores organizados em movimentos sociais na luta por melhores condições de vida e trabalho, quanto como concessões realizadas pelo Estado para manter a ordem social e conter os movimentos sociais, sobretudo os revolucionários (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

É importante ressaltar que a política social é configurada conforme a particularidade de cada país, o desenvolvimento das forças produtivas, as condições históricas e sociais e as relações sociais, cuja proposta de intervenção do Estado na economia compreende um sistema de serviços sociais “com mecanismos de ajustes entre oferta e demanda, através do pleno emprego e das medidas assistenciais” (BRAVO, 2013, p. 60).

Na formação econômica e social brasileira, há as peculiaridades de um país colonizado e por vários séculos adotando uma economia extrativista baseada na exploração do trabalho escravo. A incorporação ao capitalismo mundial se deu no século XX de forma periférica (FAUTO, 2015). No campo da política social temos o tensionamento com a sua subordinação à política econômica, situação agravada pelo desenvolvimento em programas e projetos sociais norteados pela concepção de pobreza absoluta, isto é, caracterizada na fragmentação desta, e não pela sua concepção ampliada de universalidade.

Nessa perspectiva, o cenário da política social brasileira se configurou por um contexto histórico marcado por conquistas e retrocessos. A política de saúde e de saúde mental é emblemática nessa correlação de forças, delineada por décadas como direito restrito a poucas pessoas. O formato dominante até a Constituição Federal de 1988 foi de acesso à saúde por meio de entidades filantrópicas (caridades) ou da medicina previdenciária, e não como direito social. Bravo (2013, p. 84) “considera que as melhores condições de saúde e do nível de vida são resultantes da luta política, manifesta em reivindicações organizadas, que as classes trabalhadoras com consciência social travam em busca da transformação das relações sociais”.

Os direitos sociais são concebidos a partir de campos tensionados, onde ocorrem as chamadas correlações de forças. Para Pereira e Stein (2010, p. 112), foi a partir dos direitos sociais que “se impôs como antídoto a toda sorte de agressões e constrangimentos impingidos aos pobres, no processo de satisfação de suas necessidades básicas, e como arma de luta coletiva por melhores condições de vida e cidadania”.

Pereira (2008, p. 116) compreende que a política social jamais poderá ter uma

conotação exclusivamente desta ou daquela classe. Na realidade, ela tem mostrado simultaneamente positiva e negativa e beneficiando interesses contrários de acordo com a correlação de forças prevalente. É isso que torna a política social dialeticamente contraditória. E é essa contradição que permite à classe trabalhadora e aos pobres em geral também utilizá-la a seu favor.

Compreender a política social não como a superação das desigualdades sociais que são intrínsecas ao sistema capitalista, mas como uma questão que está no bojo desse sistema. Para Boschetti (2018), a questão da contradição de lutas e direitos sociais está justamente na possibilidade de impor alguns limites aos ganhos do capital, contudo, é limitado pelo próprio processo em que se desenvolve a sociabilidade capitalista.

Nesse sentido, entende-se que a essência dessa análise está na complexidade de sua alocação como medidas de acesso aos bens materiais e riquezas socialmente produzidas. E ao se transitar por esse viés, sobretudo pelos avanços e retrocessos das políticas, busca-se abarcar a reflexão sobre o processo de despolitização da política social na atualidade, especificamente nos campos da política de saúde e de saúde mental.

## **1. A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL: um sistema (in)completo**

A partir da concepção de Estado de direito constituído por pensadores no viés da filosofia liberal, com a premissa nos direitos naturais, consolidaram-se teorias políticas que fundamentaram as construções de tendências e de concepções ideológicas contemporâneas, bem como a relação entre o Estado e o capital.

Por outro lado, Souza (2010) refere a esse Estado como burguês capturado pelo projeto da burguesia, cria disputas entre interesses particulares, estes que se materializam na anarquia dos mercados, tornando a mercadoria a mediação universal das relações sociais, lançando milhares de seres humanos na situação de pobreza.

Para Mandel (1985), que analisa essa relação a partir do capitalismo tardio, da valorização do capital e da incorporação do Estado nos setores produtivos e reprodutivos da estrutura social, o Estado tem tanto a função de dar a sustentabilidade referente às crises econômicas e políticas desenvolvidas por meio da supercapitalização e da superacumulação do capital, quanto o papel de administrar medidas como políticas governamentais anticíclicas na estratégia de amenizar o campo de tensão entre as classes antagônicas.

Nesse sentido, a interferência do Estado se dá a partir de uma contradição, pois se aumentam as condições de valorização do capital e manutenção dos lucros mediante os salários indiretos, ao passo que, ao atender às necessidades reivindicadas pela classe trabalhadora, tende a pôr em xeque a própria legitimidade do sistema. É nesse sentido que caminha a consolidação dos direitos sociais nos limites da sociedade burguesa, nos quais

se incluem pelo menos em nível jurídico as garantias fundamentais, tais como a segurança alimentar, a segurança pública, a moradia, a educação e, sobretudo, a política de saúde em suas ramificações.

Na particularidade brasileira, a saúde está inscrita na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde, em que se apresentam as diretrizes e princípios da política, entre eles a universalidade, a descentralização com comando único em cada esfera de governo, a integralidade (promoção, proteção e recuperação), a igualdade, a preservação da autonomia e a participação popular<sup>8</sup>.

Cabe ressaltar que a constituição do Sistema único de Saúde (SUS), conforme delineado no atual ordenamento jurídico, é caudatária do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), o qual, delineado na década de 1970 e com ampla participação de setores da sociedade brasileira, preconizava a consolidação dos direitos à saúde como um direito à cidadania e se contrapunha às tendências que até então a delineavam: transitavam entre a benesse e/ou privilegiamento do setor privado, perspectivas predominantes entre os anos de 1930 e 1980.

Segundo Teixeira (2011), a saúde no movimento da reforma sanitária é compreendida em concepção histórico-estrutural que se baseia no reconhecimento do caráter de classe da sociedade moderna para explicar o desenvolvimento das práticas e políticas de saúde no interior do Estado a partir de uma concepção ampliada para além do fenômeno da doença e que considera as determinações sociais do processo saúde-doença. Pauta-se [...] “em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas aos direitos humanos”. (MOTA *et al.*, 2009, p. 230).

Apreende-se com os dados do Ministério da Saúde que o SUS “é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população” (BRASIL, 2011).

Com isso, entende-se que são diversos os desafios e as limitações para o desenvolvimento do SUS como sistema universal de saúde, entre eles pode-se apontar a disputa de projetos antagônicos desde que o movimento da reforma sanitária se expressou nos projetos e concepções de saúde pública e privada.

Bravo (2013) afirma que o eixo central do Projeto de Reforma Sanitária está na pauta e defesa de um Estado que atue em função da sociedade, de concepção democrática e de direito, e que seja responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Porém, esse projeto tem sido questionado desde 1990, com a ascensão de forma aguda do projeto privatista, de ajuste neoliberal em todas as dimensões econômicas e políticas, que consiste como tarefa do Estado “garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando

---

<sup>8</sup>Regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, define o controle social, em que é assegurada a participação da população para a construção e fiscalização da política de saúde.

para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (MOTA *et al*, 2009, p.101).

Apreende-se que a proposta desse projeto privatista é a subordinação da política social à política macroeconômica, uma vez que tem buscado desconstruir a concepção do SUS resultante da reforma sanitária, resgatando práticas focalizadas e individuais, de modo que o seu reordenamento estratégico é de emergir “uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecem às leis de mercado” (BRAVO, 2013, p. 178).

Efetivamente, o quadro enfrentado é composto por grandes interesses econômicos e financeiros, com uma onda que vem agudizando a questão do “descrédito no sistema, apoiado ideologicamente pelos atores sociais interessados em reduzir a confiança da eficácia do sistema público” (MOTA *et al*, 2009, p. 235).

Com essa proposta em curso, as tendências reformistas que restauram a ordem conservadora com um perfil ideológico sob a lógica de privatização retomam suas discussões na perspectiva de (re)configuração de sua política nacional; cria-se uma imagem de um sistema (in)completo, de questionamentos em torno do financiamento, da gestão e da resolutividade como modelo de saúde vigente.

## **2. FOCALIZAÇÃO/UNIVERSALIZAÇÃO: tensão da Seguridade Social/princípios de universalização do SUS**

A Seguridade Social é promulgada no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, que prevê “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Com base no que está prevista em lei, a Seguridade Social tem como objetivo reduzir as desigualdades sociais em busca de alcançar a justiça social por meio da universalidade da cobertura e do atendimento.

Como espaço de proteção social contributiva e não contributiva, a Seguridade Social obteve cobertura que abarca tanto a “flexibilização” para o acesso aos direitos sociais, como a previdência social, quanto o reconhecimento de que a saúde e a assistência social são “objeto de intervenção pública e como campo do direito social, um conjunto de necessidades e provisões cujo atendimento se encontrava anteriormente restrito ao âmbito privado” (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p.17).

Não obstante que haja inúmeras conquistas na legislação, historicamente a trajetória desse conjunto de direitos, sobretudo na política de saúde pública, tem permanecido, conforme já sinalizado, entre dois projetos distintos. De um lado, na defesa de um modelo de saúde fundado com a vocação universal/universalização, que busca a “relação direta com o objetivo democrático de não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços

que, por serem públicos, são *indivisíveis* e deveriam estar à disposição de todos” (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 111). Por outro lado, um projeto que defende o distanciamento do Estado, a lógica de mercado e o processo de privatização da “coisa pública”, bem como os rearranjos no princípio de universalidade.

Para Pereira e Stein (2010, p. 106-107), “a antinomia entre universalização e focalização” é a lógica do esvaziamento da concepção de universalização, para “expressões adjetivadas como universalismo ‘segmentado’”.

O princípio da universalidade, de conotação eminentemente pública, cidadã e igualitária/equânime, vem perdendo terreno para um discurso focalista neoliberal, de extração pós-moderna, para o qual o ser humano é construído culturalmente e, assim, despossuído de vínculos universais e de convergências éticas, políticas e cívicas (2010, p. 107).

Com enfoque maior na política econômica de concepção neoliberal, a política social, com caráter segmentado, eleva a um estigma de que a política social é somente para a população empobrecida. Diante disso, a estratégia é de que “a focalização na pobreza, ou a seletividade dos gastos sociais, significa garantir que os subsídios públicos cheguem aos cidadãos mais necessitados, sem que os grupos menos necessitados deles se apropriem ‘indevidamente’” (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 113).

Nesse processo de desconstrução da concepção ampliada de saúde, que abarca e objetiva os direitos sociais para todos, de melhorias em programas sociais e políticas sociais com a finalidade de qualidade de vida, passa a ser concebida a ideia de focalização, com a tendência de gerar impactos por meio do achatamento de orçamentos nas políticas sociais. Nessa perspectiva, Bahia *apud* FIOCRUZ (2018) alerta sobre a direção do retrocesso por meio das políticas economicistas, que atacam e congelam os gastos sociais. Tais medidas geram os indicadores sociais de políticas sociais, no Brasil, regressivas,

devido ao avanço do setor privado na área, com apoio e subsídio estatal, [...] ‘a perda da soberania e a desnacionalização’ no campo da saúde, os embates com farmacêuticas e empresas que atuam mundialmente na aérea. Não ter uma política pública em várias frentes – também na pesquisa – é ceder aos gigantes do setor. [...] Os grupos financeiros que passaram a atuar na saúde estão focados no curto prazo e podem ter compromisso com a preservação de serviços e no atendimento à população (BAHIA *apud* FIOCRUZ, 2018).

Portanto, nesse processo o atendimento às necessidades sociais se dá de modo cada vez mais focalizado e rebaixado ao nível premente da sobrevivência, transformando a política social preventiva e pública em paliativa e estigmatizadora da pobreza. A tendência em curso é a de desmonte da Seguridade Social, tendo, portanto, sérios rebatimentos para consolidação, manutenção e ampliação das ações do SUS constitucional, impactando, entre outras ações, a rede de serviços de saúde mental.

### **3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: desafios atuais no contexto social da saúde pública**

Diante desse contexto elucidado que impacta a política social e os direitos à saúde, destaca-se a saúde mental, que vivencia o retrocesso em suas ações e abrangência. Esse setor há 30 anos tem em seu contexto histórico a disputa entre os dois modelos de projetos, o público e o privado. Mas, nos últimos quatro anos, essa disputa tornou-se mais tensa, diante do avanço e da ascensão de concepções higienistas, com as ações dos grandes empresários dos setores farmacêuticos e, principalmente da relação e articulação destes com o poder político.

A gênese da política de saúde mental pública se circunscreve a partir das bandeiras de luta antimanicomial, em defesa da reforma psiquiátrica e na construção de um projeto de saúde mais amplo e radical. Nessa direção de concepção de desinstitucionalização dos usuários, de acessibilidade universal às unidades de saúde pública e de reorientação dos serviços prestados, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/2001, que assegura um modelo assistencial em saúde mental com o objetivo de garantir a proteção e os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais ou que fazem abuso de álcool e outras drogas.

Nessa direção, a saúde mental pública e os seus equipamentos de saúde que são organizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão sendo fechados ou sucateados, com a volta dos serviços de institucionalização do usuário, por meio de internações em leitos psiquiátricos ou pelas chamadas comunidades terapêuticas (CTs), que não se reportam aos princípios e diretrizes previstos e defendidos pelo movimento da reforma psiquiátrica.

Como parte da saúde coletiva de atenção integral e de atendimento na assistência psiquiátrica, a Política de Saúde Mental está vinculada tanto ao contexto social quanto à saúde pública. Os equipamentos de saúde que são integrados à RAPS são serviços ofertados pelo SUS, que buscam oferecer serviços de caráter universal, abertos, que assegurem o direito de ir e vir, de conviver, de acessar os serviços públicos, inclusive todos os espaços da cidade, na contraproposta de modelos de serviços hegemônicos e tradicionais, que apostam na internação psiquiátrica e na institucionalização do sujeito, afastando-o do convívio social.

Segundo os últimos dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2012 e 2017 a RAPS teve um investimento e custeio de R\$ 5 bilhões em todo o território brasileiro, prestando serviços com mais de 2.465 Centros de Atenção Psicossocial (Caps): são, deste total, 424 Centros de Atenção Álcool e Drogas (CapsAD), 106 CapsAd III, 35 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), 21 Unidades de Acolhimento para Adultos (UAA) e 1.163 leitos em hospitais gerais, além de 104 Consultórios de Rua e 493 Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT) para moradia de pessoas em situação de internações de longo prazo, em hospitais psiquiátricos ou de custódia (BRASIL, 2017).

Entretanto, o que chama atenção é que, mesmo com a implantação da rede pública, há uma ascensão do processo de institucionalização dos usuários nas CTs, em razão da insuficiência de unidades para atender a população, nos quesitos de falta de leitos em hospitais gerais ou de falta de serviços de CAPS 24 horas oferecidos por CAPS III, essa modalidade de CAPS que oferece acolhimentos noturnos e de observação no período de crise do usuário.

Neste sentido, Pitta (2011, p. 4587-4588) já ressaltava que:

Nesse vazio de alternativas oficiais públicas de rede assistencial continente, as comunidades terapêuticas seguem se insinuando na ocupação desse espaço diuturno no SUS. Se a vida é crônica, precisamos aprender a cuidar dos nossos usuários cronicamente, em liberdade, diuturnamente, oferecendo-lhes chances de sobrevivência digna nos diversos cenários em que a vida de todos os humanos se dá: moradia, locais de tratamento e reabilitação, trabalho, escola, renda, lazer, etc.

As comunidades terapêuticas, para Pitta (2011), contrapõem a luta antimanicomial. Os modelos de serviços que são ofertados contradizem a concepção configurada a partir do movimento da reforma psiquiátrica que as inclui como serviços de asilo-manicomiais, por oferecer em sua maioria apenas o enclausuramento das pessoas e serem organizadas e geridas pela sociedade civil, por meio de instituições privadas ou sem fins lucrativos, atuando na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado.

Esses espaços de concepções clínicas e de isolamento do usuário se constituem em conceitos de doenças e de tratamentos de controle da loucura ou de abstinência, desenvolvem a exclusão do “direito das pessoas mentalmente enfermas em terem tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica, não um cativeiro” (AMARANTE, 1995, p. 494).

Embora as CTs tenham características de segregação social, no ano de 2015 o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) instituiu tais serviços por meio da Resolução Conad nº 1/2015, na rede do SUS, por intermédio dos equipamentos de saúde da RAPS, bem como no conjunto do Sistema Único de Assistência Social e das demais políticas públicas, com objetivo de “acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como comunidades terapêuticas” (CONAD, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2018) atualmente existem mais de 1.800 (CTs) no Brasil, das quais, até a data desta publicação, 327 foram contratadas pelo atual Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Esse modelo de serviço é gratuito, mas, para ter acesso a ele, é preciso passar por uma avaliação



médica, que será realizada nas unidades de saúde pública, tais como: CapsAd, no SUS, Hospital Geral ou até mesmo nas próprias CTs (BRASIL, 2018).

Por meio dessas ações se dá o processo de (re)configuração das diretrizes da Política de Saúde Mental. A lógica é de privatização no campo da saúde e, nesse sentido, a reforma psiquiátrica ainda em percurso na sociedade brasileira precisa se reafirmar, tendo como parâmetros os serviços substitutivos aos dos hospitalocêntricos, uma vez que, mesmo com todas essas ofertas de serviços, essas modalidades, com a (re)configuração da Política de Saúde Mental, vão servir como triagens intermediadoras para o processo de internações de longo prazo aos modelos institucionalizados e, conseqüentemente, para o acirramento e sucateamento de seus serviços públicos opostos à lógica manicomial.

Verifica-se que há uma resistência das entidades que ofertam serviços no modelo asilo-manicomial, uma vez que avançaram sob uma nova roupagem com a proposta de privatização da Política de Saúde Mental, vinculados tanto aos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas quanto ao campo ideológico e político de produção e concepção manicomiais.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme elucidado, compreende-se que a política social tem por objetivo de viabilizar acesso aos direitos sociais nos limites da cidadania burguesa, articulando necessidades e interesses contraditórios entre as classes. Todavia, as maneiras de como se configura estão condicionadas às orientações do capitalismo, que na atual fase tende a restringir tais direitos aos mínimos sociais, focais e estigmatizadores, colocando em xeque projetos e perspectivas da política social de caráter universalizante até então consideradas consolidadas, como se verifica na política de saúde, que na experiência brasileira tem particularidades e condicionantes sócio-históricos.

A saúde, nesse contexto considerada como direito fundamental, vê-se relegada à precarização e à focalização acentuada pelas orientações do mercado, esvaindo-se o fruto das lutas sociais que outrora a embasaram como direito de todos, dever do Estado, socialmente referenciada, e como indicativo de desenvolvimento humano a ser trabalhado a partir de suas determinações sociais.

Portanto, em tempos de neoliberalismo e suas contrarreformas, a tendência é a de esvaziar a coisa pública em prol de interesses privatistas. Agudizam-se cada vez mais as expressões da questão social, ao passo que se precarizam as condições de acesso aos direitos à saúde, sobretudo na área de saúde mental.

Tais políticas, na contramão das determinações legais, é um retrocesso que abrange o sucateamento dos recursos e serviços oferecidos, concepções ideológicas e conceituais

retrógradas e, ainda sob a ótica manicomial, a crescente desprofissionalização das ações ao delegarem/reconhecerem, sobretudo, as comunidades terapêuticas para a prestação dos serviços.

Encorajar este debate sobre a política de saúde e de saúde mental exige uma compreensão sobre as condições políticas, econômicas e ideológicas no atual cenário e as concepções em disputas. É também essencial examinar a complexidade que articula ambas as políticas em contraposição à predominância em voga que é a de dissociabilidade em suas concepções.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. O SUS que queremos: Sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8. n. 2. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200003)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

AMARANTE, Paulo. “Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica”. In: **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 11. n. 3. Rio de Janeiro. Julh./Set. 1995.

BAHIA, Ligia. “Tempestade perfeita” ameaça saúde no país. In: **Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ**, 2018. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=Ligia-Bahia-tempestade-perfeita-ameaca-saude-no-pais>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Eliane; LIMA, Rita de Lourdes de (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BOSCHETTI, Ivanete;. BEHRING, Eliane. **Política social: Fundamentos e história**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Constituição da República Federativa de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 06 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 abril. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2011. p. 36. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental.**

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas(DAPES); Secretaria de Atenção à Saúde. MS, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivo2.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentação-CIT-Final.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. CONAD. Resolução CONAD Nº 01/2015. Disponível em:

[https://www.justica.gov.br/sua-proteção/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](https://www.justica.gov.br/sua-proteção/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). Acesso em: 03 jun 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos.

**Seguridade Social:** redefinindo o alcance da cidadania. 2009. p. 17-37. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps\\_n17\\_vol\\_01\\_seguridade\\_social.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol_01_seguridade_social.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2019.

FAUTO, Boris. **História do Brasil.** 14ª ed. São Paulo: EDUSP, 2015.

MANDEL, Ernest. O Estado na Fase do capitalismo Tardio. *In: O Capitalismo Tardio.* 2 ed. São Paulo: Nova Cultura. 1985.

MOTA, Ana Elizabete *et al* (Org.). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Pereira. Concepções e proposta de política social: tendências e perspectivas. *In: \_\_\_\_\_.* **Política Social temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira; STEIN, Rosa Helena. Política social: universidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. *In: BOSCHETTI, Ivanete. et al.* (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições,

Atores e Políticas. *In: Ciência & Saúde Coletiva.* vol. 16. n. 12, Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://redalyc.org/pdf/630/63020981002.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

SENADO FEDERAL. Governo deve enfrentar desafio de financiar o SUS. *In: Portal Senado Notícias.* 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

SOUZA, Jamerson Murilo Anúnciação de. Estado e sociedade civil no pensamento de Marx. *In: Serv. Soc. Soc., n. 101.* p. 25-39, jan./mar. São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez/ Abrasco, 2011.