



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JAKELINE BEZERRA JUVENTINO

**A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
BRASILEIRA: estratégias e contradições**

**LINHA DE PESQUISA:
Serviço social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais**

Campina Grande, Paraíba
2016

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Jakeline Bezerra Juventino

**A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
BRASILEIRA: estratégias e contradições**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Banca Examinadora do Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB).

Orientadora: Dr^a Maria Aparecida
Barbosa Carneiro

Campina Grande, Paraíba
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

J97c Juventino, Jakeline Bezerra
A centralidade da família na política nacional de saúde mental brasileira [manuscrito] : estratégias e contradições / Jakeline Bezerra Juventino. - 2016.
196 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.
"Orientação: Prof. Ma. Maria Aparecida Barbosa Carneiro, Departamento de Pós Graduação em Serviço Social".
1. Cuidado familiar. 2. Relação familiar. 3. Política de saúde mental. 4. Saúde mental brasileira. 5. Política social. I.
Título. 21. ed. CDD 362.2


JAKELINE BEZERRA JUVENTINO


**A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
BRASILEIRA: estratégias e contradições**

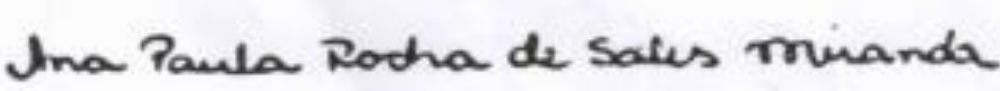
Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.
Área de Concentração: Serviço Social, Estado e Políticas Sociais.

Aprovado em: 16/11/2016

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª. Dr.ª. Maria Aparecida Barbosa Carneiro (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)


Prof.ª. Dr.ª. Alessandra Ximenes da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)



Prof.ª. Dr.ª. Ana Paula Rocha de Sales Miranda (Membro Externo/UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido essa etapa, que não foi apenas acadêmica, mas serviu como lição de vida diante tantas experiências.

Em segundo lugar, agradecer aos meus queridos pais pelo trabalho duro na minha formação pessoal e por entender os meus lapsos de ausência diante esse processo acadêmico. Papai, quero te dizer que sem você eu não teria sido quem sou hoje. Meu “muito obrigado”.

Aos meus amados Madrinha Zefa e Titio Paizinho, que tanto me ajudaram ao longo da infância e adolescência, partiram durante os últimos meses, deixando saudade de tempos de outrora. A dor dificultou a fluidez da minha escrita neste trabalho, mas sei que devo seguir...

Ao meu esposo Marcílio pelo entendimento e carinho de sempre.

À minha orientadora professora Aparecida Carneiro pela experiência da autonomia, incentivo à vida acadêmica, compartilhamento de saberes e reconhecimento afetivo dos meus “sumiços”.

Aos meus amigos da Turma do Mestrado 2014, da qual pude compartilhar tantas emoções e dividir momentos inesquecíveis: José, Samara, Juliana, Viviane e Fernanda. A você, Fernanda, meu “muito obrigado” pelos atendimentos quando extremamente necessários (!).

À minha (ex)professora do Mestrado Jordeana Davi pela paciência e compreensão diante tantas dúvidas e interrogações.

A tantas pessoas que passaram pela minha vida deixando rastros de alegria, prazer e crescimento pessoal e profissional, que prefiro manter na lembrança e não mencioná-los.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto a centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental, percebida como parceira do cuidado ao usuário na reinserção social. Em uma perspectiva crítico-dialética, que parte do pressuposto de que a família sofre um processo de responsabilização nessa política, considerando o contexto das responsabilidades familiares nas requisições das políticas sociais brasileiras e de que a política social absorve tanto os interesses demandados pelo trabalho quanto pelo capital, a pesquisa objetivou analisar as contradições da centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental. Para tanto, metodologicamente optou-se por um estudo qualitativo, com base na pesquisa de documentos oficiais internacionais (Organização Mundial de Saúde) e nacionais (normativas, relatórios finais das Conferências e publicações ministeriais em saúde mental), entre os anos 2000 e 2015, para investigar as estratégias e as contradições subjacentes a essa centralidade do cuidado familiar. Para compreender essas articulações em torno da família, partiu-se do fenômeno para chegar à essência, trabalhando com as categorias marxistas da totalidade, da contradição e da mediação para compreender essas questões. Assim sendo, podem-se compreender a partir dos resultados da pesquisa, que a OMS exerce influência sobre o Estado brasileiro, que incorpora as suas orientações internacionais e repassa à família uma responsabilização na política de saúde mental brasileira, enquanto se desresponsabiliza de suas ações como estratégia para beneficiar o capital. A família exerce um papel ativo e passivo, recebe o dever de zelar os direitos assegurados dos usuários, como ainda é requisitada para atender as inúmeras demandas dos usuários no domicílio e extradomiciliar, com sobrecarga emocional e material, sobretudo às mulheres. Como propostas de trabalhar com essas famílias, os profissionais em saúde intervêm com práticas subjetivas e micropolíticas, orientados pelo Ministério da Saúde. Assim, o tema da família deve ser rediscutido, para ser compreendida sob o horizonte da macropolítica, dos seus direitos sociais, e não apenas dos deveres, e receber a assistência necessária para cuidar de seu membro familiar sem sobrecarregá-la.

Palavras-chave: família, cuidado, política de saúde mental.

ABSTRACT

The family has received in the Brazilian mental health policy as a centrality in the psychiatric deinstitutionalization, perceived as care partner to the user in social reintegration. In a critical-dialectical perspective, which assumes that the family suffers an accountability process in this policy, considering the context of family responsibilities in requests of Brazilian social policy and that social policy absorbs both the interests demanded by the work and by capital, research aimed at analyzing the family centrality of contradictions in the care of people in mental distress. Therefore, we opted for a qualitative study, based on international and national official documents research to investigate the strategies and the underlying contradictions of the influence of the World Health Organization (WHO), as an international agency in the mental health policy, the treatment of national normative families, discussions of Mental Health national Conference and the direction of the Ministry of Health on the centrality of family care. To understand these joints around the family, broke the phenomenon to reach the essence, working with the Marxist categories of totality, contradiction and mediation to understand these issues. Therefore, it can be understood from the results of the research, the WHO influences the Brazilian state, which incorporates its international guidelines and passes on to the family accountability in the Brazilian mental health policy, as it removes responsibility of their actions as strategy to benefit the capital. The family plays an active and passive role, it receives a duty to ensure the rights guaranteed to users, but also required to meet the numerous demands of users at home and extradomiciliary with emotional overload and material. As proposed to work with these families, health professionals involved with subjective and micropolitical practices, guided by the Ministry of Health. Thus, the theme of the family be reconsidered, to be understood in the horizon of macro policy, their social rights, not only of duties, and receive the necessary assistance to care for your family member without overwhelming it.

Keywords: family, care, mental health policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionamento, Descapacidade e Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Álcool e outras Drogas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRU	Desvinculação de Recursos da União
DSM	Diagnostic and Statistics Manual
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Funad	Fundo Nacional Antidrogas
GATT	Acordo Geral de Tarifas e Comércio
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MARE	Ministro da Administração e Reforma do Estado
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OCDE	Organização da Comunidade Econômica Europeia
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSFL	Organizações Sem Fins Lucrativos
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPP	Parceria Público-Privada
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

LISTA DE TABELA

Tabela 01 – Recursos liquidados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) (2000-2012) (Em bilhões de reais)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Capítulo 1: Crise capitalista e reconfiguração do Estado: rebatimentos na Política Nacional de Saúde	20
1.1 Crise capitalista e respostas estratégicas: neoliberalismo e social-liberalismo	20
1.2 Particularidade brasileira e social-liberalismo: implicações para a política social	37
1.2.1 Neodesenvolvimentismo no Brasil sob o véu do neoliberalismo.....	46
1.3 A política social no contexto da seguridade social e a particularidade da saúde	50
Capítulo 2: Política Nacional de Saúde Mental e família	61
2.1 Política Nacional de Saúde Mental brasileira: trajetória internacional e nacional	61
2.2 A centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental na política de saúde mental brasileira	83
2.2.1 Noções conceituais sobre família: mediação complexa e dinâmica.....	90
2.2.2 Noções conceituais sobre cuidado: conceito polissêmico.....	99
Capítulo 3 A responsabilização do cuidado familiar na Política Nacional de Saúde Mental: estratégias e contradições	105
3.1 Aspectos metodológicos	106
3.2 A Organização Mundial de Saúde e as tendências internacionais sobre política de saúde mental	113
3.3 Tendências nacionais da política nacional de saúde mental: repercussões internacionais	125
3.3.1 Normativas em saúde mental.....	126
3.3.2 Relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	133
3.3.3 Documentos oficiais do Ministério da Saúde.....	140
3.3.4 Centralidade do cuidado familiar?.....	152
3.4 Processos de responsabilização familiar na política de saúde mental	165
Considerações finais	181
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICES	195

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho foi desenvolvida a partir de aproximações sucessivas da pesquisadora com a política de saúde mental. Inicialmente, através da formação acadêmica, passando, posteriormente, a sentir inquietações durante a experiência profissional, gerando o interesse acadêmico pelo aprofundamento do tema no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Com relação à formação acadêmica, houve proximidades com o campo da saúde mental durante o Curso de Serviço Social na UEPB, no estágio supervisionado, entre 2007 e 2009, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, do município de Campina Grande-PB. Posteriormente, em 2012, houve a conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, na UEPB, que teve o objetivo de aprimorar os conhecimentos outrora adquiridos para uma maior aproximação com a temática.

Diante a trajetória acadêmica na saúde mental, foram acrescentadas as experiências profissionais como assistente social no CAPS tipo I, no município de Boqueirão-PB e, mais recentemente, no município de Campina Grande-PB.

Segundo a Portaria 336/2002, os CAPS apresentam várias modalidades de serviços, como CAPS I, II e III (sofrimento mental grave), ad (álcool e outras drogas), e i (infantil e adolescente), definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. São serviços direcionados a atender pessoas em sofrimento mental¹ grave, segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram criados diante um contexto de crítica ao hospital psiquiátrico e aos paradigmas da psiquiatria clássica, portanto, são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, e não devem ser complementares.

Além disso, os CAPS são os principais dispositivos inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que abrange uma série de serviços alternativos, mantidos pelo Ministério da Saúde, como: Centros de Convivência (espaços de socialização, arte e cultura), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (moradias assistidas para egressos de longas internações hospitalocêntricas), leitos psiquiátricos em hospitais gerais,

¹ Nesta proposta de trabalho está sendo privilegiada a expressão “pessoa em sofrimento mental”, decorrente dos ideais de reforma psiquiátrica, que remete a uma experiência de sofrimento inerente à condição de ser humano, com as suas vicissitudes, problemas diários, expectativas de trabalho, família, entre outros elementos que se opõem à doença (AMARANTE, 2007).

consultórios de rua (para atender usuários de álcool e outras drogas), associações e cooperativas em saúde mental, entre outros. Além disso, existe o auxílio-reabilitação, integrante do Programa de Volta para Casa (PVC), que consiste na concessão de um benefício mensal mínimo dirigido para usuários oriundos de 2 anos de internamentos, conforme dispõe a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003².

A RAPS, da qual o CAPS faz parte, foi desenvolvida através da Política Nacional de Saúde Mental, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) (instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990), que direciona o planejamento e as ações da política de saúde brasileira, integrante do sistema de Seguridade Social, tendo como referência a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto no artigo 196, da Constituição Federal de 1988.

No entanto, diante as garantias legais relacionadas aos direitos sociais, incluindo a saúde, vivem-se as repercussões da crise capitalista mundial eclodida nos anos de 1970, que vem promovendo estratégias de crescimento econômico para a manutenção do capital (GUERRA, 2013), com incidências diretas nas políticas sociais no Brasil a partir dos anos 1990, promovendo a reforma do Estado, que prioriza a focalização, privatização e descentralização (BEHRING, BOSCHETTI, 2010; BEHRING, 2009b; SILVA, 2010).

Na configuração de tendência atual, com a retração do Estado no contexto neoliberal, a família recebe uma centralidade no conjunto das políticas de assistência social, saúde, idoso, criança e adolescente, entre outras (CAMPOS; MIOTO, 2003; RIZZINI, 2007). Embora, percebe-se que, historicamente, o Estado sempre desenvolveu uma proposta familista, a qual representa a família como a principal fonte de apoio de seus membros, mas no contexto neoliberal essa centralização à família se intensifica, segundo Miotto (2009).

² O Programa de Volta para Casa (PVC) consiste em um auxílio-reabilitação destinado a usuários em sofrimento mental egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conforme decisão judicial. É regulamentado através das leis nº 10.708/2003 e da Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, atendendo ao disposto na Lei nº 10.216/2001 que regulamenta os direitos sociais e reorienta a rede de atendimento em saúde mental. Com relação ao seu financiamento, o Ministério da Saúde custeia o seu orçamento, conforme preconiza a Lei nº 10.708/2003, sendo recentemente reajustado o seu valor para R\$ 412,00 mensais por meio da Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013.

Assim sendo, Campos e Miotto (2003) afirmam que, atualmente, a responsabilidade familiar está espelhada na própria Constituição Federal brasileira, no Capítulo VII, artigo 229³, que especifica essa concepção familista.

Do ponto de vista espaço-temporal, a reforma do Estado brasileiro acontece simultaneamente com o desenvolvimento da rede de serviços substitutivos, com a passagem da responsabilidade estatal para a sociedade civil, incluída a família, quando passa a ser convocada a ser “amiga” e “parceira” dos serviços em saúde mental (BRASIL, 2011a).

Dessa maneira, a família recebe uma “hiper-responsabilidade” por parte das políticas sociais, de acordo com Cariaga (2013, p. 67), em que são estabelecidas obrigações de cuidado de todos os membros, incluindo crianças, adolescentes, idosos.

Vários autores mencionam que a família sofre uma responsabilização no âmbito das políticas sociais brasileiras, inclusive na política de saúde, a partir da ofensiva neoliberal (BARCELOS, 2011; CAMPOS; MIOTO, 2003).

Segundo Barcelos (2011), a temática da família na política de saúde vem sendo pouco problematizada, especialmente quando questiona o chamamento da família pelo aparato estatal, assim como relacionando a temática da família com os aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais.

Com relação à política de saúde mental, percebe-se uma significativa produção do conhecimento que reforça os princípios da “parceria” da família nos CAPS, como também a sua “importância” face ao processo de desinstitucionalização.

Aqui não se nega a relevância do grupo familiar na vida dos indivíduos, nem se desqualifica a sua importância sociohistórica, mas busca estar atento ao movimento da realidade, em desvendar os elementos subjacentes aos discursos e práticas presentes no âmbito da política social, enquanto conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado capitalista.

Dessa maneira, foi realizado um levantamento bibliográfico preliminar sobre família e política de saúde mental, constatando-se que existe uma escassez na produção bibliográfica que aborda a temática da família em uma perspectiva crítica (BORBA *et al*, 2011; SILVA, MONTEIRO, 2011; MIELKE *et al*, 2010).

³ Constituição Federal de 1988, artigo 229: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Diante esses apontamentos, observando o espaço institucional e atuando em conjunto com outros profissionais no CAPS, surgiram questionamentos e inquietações a partir de situações cotidianas no exercício profissional que enfatizam a culpabilização e penalização das famílias, por parte da equipe de saúde mental, para que essas compareçam regularmente ao serviço para participar de reuniões, de atendimentos em grupo, entre outras atividades inerentes ao atendimento dito substitutivo.

Algumas dessas dificuldades de comparecimento da família nesses serviços foram observadas por Rosa (2005):

Mas, mesmo nas reuniões semanais, uma das principais dificuldades é assegurar a presença dos familiares. A sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador do portador de transtorno mental, que tende a ser o único cuidador direto no grupo, e as dificuldades econômicas da família explicitam-se na alta rotatividade nas reuniões. Alguns serviços disponibilizam vale-transporte para o cuidador doméstico comparecer a elas, mas é raro algum deles manter frequência semanal, apesar de as considerar importantes e participarem ativamente delas (p. 212).

Rosa (2010) pontua que os trabalhadores em saúde mental não consideram as condições reais da família e da comunidade para a realização do cuidado em saúde mental, agendando reuniões em horários inconvenientes para pessoas engajadas no mercado de trabalho e em afazeres domésticos, limitando assim a sua participação.

As precárias condições de inserção/manutenção no mercado de trabalho, a discriminação social que a pessoa em sofrimento mental padece, que é extensiva à sua família, as crises quando precisa ser acompanhada e vigiada pelos familiares em função dos riscos de agressão, as condições materiais e subjetivas para o cuidado, entre outros, são fatores geradores de fonte de angústia no grupo familiar.

A família passa a ser convocada a participar de atendimentos individuais e familiares, reuniões, eventos, atividades comemorativas, controle de medicação, acompanhamento, associações, cooperativas, além do cuidado diário doméstico. Assim, o Ministério da Saúde (2004, p. 29, grifos nossos) menciona:

Os familiares podem participar dos CAPS, não somente *incentivando* o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também *participando diretamente* das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como *parceiros* no tratamento.

Para a autora, no modelo hospitalar, com abordagem biomédica e psicofarmacológica, centrado na figura do psiquiatra, as famílias deixavam seus parentes em internamento integral, liberadas de uma série de encargos, e conseqüentemente se desvinculavam do “doente” durante o período da internação. Dessa maneira, a instituição hospitalar tornava-se responsável por todo o processo de cuidado à pessoa em sofrimento mental.

Rosa (2010) afirma que a família de baixa renda ainda sente falta do aparato hospitalocêntrico no processo de internação, porque nesse modelo havia um suporte estatal que aliviava a sobrecarga emocional e material.

Por outro lado, este trabalho não objetiva cair no fatalismo com relação à família e política de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Pelo contrário, busca-se refletir sobre os seus avanços, estratégias e contradições subjacentes, para repensarmos essa política sob uma perspectiva crítica, de afirmação de direitos, de luta pelo fortalecimento do processo de desinstitucionalização e analisar os seus aspectos positivos e negativos para construir novas práticas e abordagens de lidar com o sofrimento (ROSA, 2010).

Diante a escassez da produção científica que relaciona a tendência de responsabilização da família no âmbito dos CAPS e as preocupações vivenciadas cotidianamente no exercício profissional, estas preocupações justificam o interesse acadêmico pelo tema e a escolha do objeto de estudo.

A pesquisa ora apresentada buscou compreender algumas contradições eleitas como principais, presentes na política de saúde mental. Uma dessas contradições diz respeito à família, pois ao mesmo tempo em que é um espaço de referência de proteção, cuidado, apoio e acolhimento dos indivíduos, é também culpabilizada pelo sofrimento mental.

Outra contradição é que, embora seja importante a sua participação no processo de desinstitucionalização, como cuidadora e promotora de reinserção social, a família também é responsabilizada pela política de saúde mental, através dos profissionais dos serviços.

Além de que na participação da família é imprescindível a sua importância para a (re)inserção social das pessoas em sofrimento mental no processo de Reforma Psiquiátrica. Mas diante os limites e sobrecarga das famílias, compreende-se que o

Estado, no contexto neoliberal, não oferece o suporte necessário para que a família possa estar presente e desenvolver uma assistência qualificada.

Essas contradições acontecem devido às estratégias do Estado para atender as demandas do capital instrumentalizando a família pelo cuidado.

Esse estudo apresenta relevância para a comunidade acadêmica, para gestores e profissionais de saúde, e para as famílias, que possivelmente poderão usufruir de relações menos culpabilizadas e responsabilizadas pelos profissionais. Isso porque o estudo discute o tema família, articulado ao cuidado na política de saúde mental é pouco refletido pelas equipes de saúde, conforme a ser visto, podendo servir de subsídio para futuras pesquisas nesse âmbito, que procura articular os determinantes da totalidade concreta.

Para tanto, o presente trabalho tem como objetivo analisar as contradições da centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental, tendo como objetivos específicos:

- Analisar os aspectos históricos e econômicos da centralidade da família no CAPS;
- Verificar as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde sobre a inserção da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental;
- Analisar a documentação/legislação referente aos serviços substitutivos e sua relação com o grupo familiar;

Diante as observações no cotidiano profissional no CAPS, percebe-se que as famílias consideram a rede substitutiva importante no cuidado em saúde mental, mas quando o sofrimento mental do seu ente se agrava, a família busca o serviço do sistema hospitalar, com internação em tempo integral, para sentir-se mais aliviada da sobrecarga do cuidado doméstico.

A partir dessas reflexões e experiências em saúde mental, devem-se questionar as estratégias que norteiam a política de saúde mental. Por isso, problematiza-se: por que existe uma centralidade da família no cuidado em saúde mental?

A fim de buscar responder a essa questão, torna-se necessário compreender as estratégias e as contradições acerca da relação entre família, mercado e Estado, partindo do seguinte *pressuposto*: a família sofre uma responsabilização na política de saúde mental brasileira, pois atende aos interesses das demandas das lutas do trabalho como também serve aos interesses do capital. Nesse sentido, a família aparece como

supervalorizada para atender as demandas do sofrimento mental dos seus membros, considerando o direcionamento que as políticas sociais sofrem nesse processo de diminuição da proteção estatal.

Diante disso, as famílias vêm sendo chamadas a cuidar dos seus membros em sofrimento mental. Mas para que possam desenvolver o cuidado no âmbito doméstico e na participação ativa nos serviços substitutivos, conforme mencionam as orientações do Ministério da Saúde, o Estado terá que garantir políticas sociais efetivas para que possa ser desenvolvido esse cuidado almejado com qualidade (BARCELOS, 2011; ROSA; SILVA, 2014).

A partir dessas indicações, o método crítico-dialético está norteando a discussão a fim de desvendar o fenômeno da centralidade da família como cuidadora da pessoa em sofrimento mental, e conhecer a essência, as determinações subjacentes ao processo social, econômico, político e cultural. Haja vista que a realidade se apresenta de forma complexa, dinâmica, estruturada, dialética e articulada de mediações que requisita do pesquisador conhecer a política social nas suas diversas manifestações e dimensões.

O método crítico-dialético fornece elementos para explicar as estratégias capitalistas internacionais de acumulação prevalentes, os ditames político-econômicos das instituições, as suas alianças com o Estado brasileiro, a regulamentação de legislação em saúde mental nacional, a implementação de uma rede de serviços de cuidado, o fortalecimento da sociedade civil, a retomada dos valores liberais, entre outros elementos.

Para tanto, este estudo privilegiou a revisão de literatura e a pesquisa documental como caminhos metodológicos para alcançar os resultados. Na revisão bibliográfica foram consultados livros, revistas e artigos como referências, a fim de subsidiar as discussões, enquanto etapa imprescindível a qualquer pesquisa (MIOTO, LIMA, 2007). Por sua vez, foram roteirizados e analisados os documentos oficiais internacionais (relatórios da OMS) e nacionais (normativas, relatórios e material do Ministério da Saúde) para entender as estratégias e as contradições que se pretende estudar.

Optou-se ainda pela escolha das seguintes categorias conceituais para a análise do presente trabalho sobre as discussões aqui apresentadas: família, cuidado e política de saúde mental.

Com relação à categoria conceitual *família*, entende-se a família como um produto sociohistórico complexo, construção privada e pública, permeada de mediações

entre o indivíduo e a sociedade. Vem sofrendo diversas transformações ao longo do tempo, enquanto resultado das mutações políticas, econômicas, sociais e culturais, próprias do movimento dinâmico da realidade (MARX; ENGELS, 2009).

A família aparece entendida como espaço altamente complexo, construída e reconstruída cotidianamente, através de relações sociais entre ela, seus membros, trabalho, mercado e Estado (MIOTO, 2010).

No contexto brasileiro, Miotto (2010) e Rosa (2010) percebem que a família sempre foi a principal fonte de suporte e apoio para os seus membros, embora reconheçam o seu aprofundamento no neoliberalismo. Reconhece-se as mudanças em curso na sociedade que rebatem nas configurações de família, produzindo “novos” arranjos e colocando demandas que ela não tem condições objetivas de atender, exigindo do Estado políticas sociais que acompanhem essa dinâmica.

Por sua vez, a categoria conceitual *cuidado* tem origem em sociedades pré-capitalistas a fim de promover proteção e suporte aos seus membros. Resulta de transformações sociohistóricas, continua adquirindo centralidade na sociedade contemporânea coexistindo os cuidados formais e informais. Na sociedade capitalista encontra-se relacionado à família, mercado e Estado, uma vez que constituem as principais instâncias de proteção social (ZOLA, 2014).

Rosa (2010, p. 285) explica que “o cuidado na família envolve não só afeto, características psicológicas, relações sociais interpessoais significativas, mas também condições materiais concretas para o seu desenvolvimento”, com suporte de proteção social estatal.

Com relação ao cuidado em saúde mental, historicamente foi prestado institucionalmente pelos hospitais, a partir de lutas em torno dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, houve a implementação de serviços que se propõem a serem substitutivos, no qual a família vem sendo a cuidadora de referência ao suporte do usuário na reinserção social comunitária. Mas, segundo Rosa e Silva (2014), a família também precisa de cuidados e atenção por parte do Estado, uma vez a carga de atribuições materiais e emocionais que o membro familiar em sofrimento mental causa ao cuidador familiar, em especial, a mulher (ROSA, 2011; MIOTO, 2013; ZOLA, 2014).

E a categoria conceitual *política de saúde mental* resulta das contradições socioeconômicas, demandando respostas às refrações da questão social, onde o Estado

se refuncionaliza e se legitima político-econômica para atender ao capital e ao movimento de trabalhadores que reivindicam proteção social como direito (NETTO, 2011).

Nesse campo de reivindicações, as lutas pelo direito às pessoas em sofrimento mental demandam novas estratégias estatais de reformas, impulsionadas por mudanças internas institucionais nos anos 1960 (AMARANTE, 1995; 2007). No Brasil, a influência da experiência italiana criou o ambiente propício para repensar a assistência psiquiátrica, uma vez as denúncias de violações de direitos de usuários e trabalhadores nos hospitais, dando início ao processo de desinstitucionalização, ainda em andamento no país.

Diante as conquistas legais, a rede de serviços abertos inserem os usuários no contexto dos vínculos da comunidade e família e na garantia dos direitos dos usuários. Nesses novos serviços, a família é estimulada a cuidar dos seus membros em sofrimento mental no seio doméstico e comunitário (BRASIL, 2013a).

Assim sendo, o trabalho em tela encontra-se com a sua exposição dividida em três capítulos para fins de compreensão.

O primeiro capítulo faz referência a uma visão global da dinâmica social concreta, conjugando o conhecimento acerca do modo de produção e reprodução capitalista, seus desdobramentos em fases de acumulação, as suas respostas estratégicas a partir da crise dos anos 1970, com a reestruturação produtiva, mundialização e neoliberalismo e sua mediação com a particularidade da formação social brasileira. As implicações dessas estratégias capitalistas no conjunto das políticas de seguridade social no país, sobretudo na política de saúde.

No segundo capítulo, foram analisadas as principais mediações que vinculam a política de saúde mental brasileira com as expressões da questão social em torno das Reformas Psiquiátricas no contexto internacional. Para tanto, foi realizada uma breve retrospectiva acerca da emergência da sociedade capitalista com a produção e reprodução da “loucura” nos hospitais, perpassando as reformas institucionais até chegar em proposições extra-hospitalares que influenciaram mudanças no modelo de atendimento brasileiro através de lutas sociais para fins de direitos das pessoas em sofrimento mental. Nesse processo, a família adquire novas responsabilidades para o cuidado entre seus membros, sobrecarregando-a emocional e materialmente.

Por fim, no terceiro capítulo, a exposição dos dados com os resultados da investigação documental, identificando as tendências internacionais a partir dos documentos sobre saúde mental da OMS e a sua influência na política nacional de saúde mental, tendo em vista os processos de responsabilização do cuidado familiar. Os resultados analisados partem do fenômeno para alcançar a essência, articulando as questões subjacentes, as estratégias e as contradições presentes no objeto de estudo.

CAPÍTULO 1 Crise capitalista e reconfiguração do Estado: rebatimento na Política Nacional de Saúde

Das ruínas da estrutura social, econômica e política do feudalismo, o capitalismo se apresenta como uma etapa do desenvolvimento da história da humanidade historicamente situado, como modo de produção e reprodução da classe dominante na sociedade moderna. O sistema do capital caracteriza-se como um modo de funcionamento organizado e contínuo que garante a subordinação permanente do trabalho ao capital, baseado na alienação do controle dos reais produtores da reprodução social à condição de objetividade reificada (MÉSZÁROS, 2011).

Tem como base a divisão de classes sociais fundamentais (capitalistas e trabalhadores), a propriedade privada dos meios de produção, a exploração da classe trabalhadora por meio da mais valia⁴ (sujeito real da reprodução social que vende a sua força de trabalho em troca de um salário para a sua sobrevivência e a de sua família) cujo objetivo é expandir e acumular capitais.

Essas estratégias de acumulação e manutenção de lucros capitalistas obtidos por meio do trabalho, segundo Mandel (1982), sofrem periódicas interrupções no processo de reprodução ampliada, denominadas de crise de superprodução. Essas crises de superprodução são ocasionadas pela queda das taxas de lucro, baixa nos investimentos e nível de emprego (MANDEL, 1982), buscando saídas na superexploração de quem vive do trabalho (HUBERMAN, 2013; MARX, 2011).

1.1 Crise capitalista e respostas estratégicas: reestruturação produtiva, mundialização do capital e neoliberalismo

Segundo Huberman (2013), as crises são comuns no período da história da humanidade. Em épocas pré-capitalistas eram geralmente ocasionadas pela escassez de alimentos, pela guerra ou por algum acontecimento atípico. Por seu turno, na sociedade capitalista as crises decorrem da superabundância, que implica em uma concentração de renda nas mãos de poucos, de modo não naturalizado, mas historicamente determinado, enquanto grande parte da população no mundo vive em condições sub-humanas.

⁴ Mais valia, em Marx (2014), significa o sobretrabalho, o valor excedente, que o proprietário dos meios de produção retira do trabalhador durante o processo produtivo e reprodutivo das relações de trabalho.

Mas a crise que conhecemos, a crise que começou a existir com o advento do sistema capitalista, não é devida a fatos anormais – parece parte de nosso sistema econômico; é caracterizada não pela escassez, mas pela superabundância. [...] O paradoxo da pobreza em meio à abundância é visto por toda parte (HUBERMAN, 2013, p. 207-208).

As causas da crise, já diziam Marx e Engels (1998, p. 13), em 1848, se localizam na “epidemia da superprodução”, ou seja, o capital superproduz e não encontra o devido mercado para escoar as suas mercadorias. Por conseguinte, períodos difíceis são vividos para o conjunto da classe trabalhadora, com o aumento da superpopulação relativa⁵ e da exploração das famílias que vivem do trabalho.

Deflagra-se nas crises uma epidemia social que a todas as épocas anteriores apareceria como contra-senso - a *epidemia da superprodução*. A sociedade encontra-se remetida subitamente a um estado de momentânea barbárie [...] (MARX; ENGELS, 1998, p. 13-14, grifos nossos).

As várias crises econômicas vivenciadas pela sociedade capitalista⁶ acontecem devido à natureza contraditória do capitalismo. Elas são naturais e próprias do sistema, que é formado por estruturas com limites absolutos, funcionando por meio de suas próprias contradições insolúveis, segundo Mészáros (2011).

Para tanto, Mészáros (2011) afirma que, diante da absoluta necessidade material da ordem sociometabólica do capital em corrigir os seus limites intrínsecos à sua estrutura, exige a intervenção corretiva do Estado moderno, que tem a função de retificar as “forças centrífugas insubmissas do capital” enquanto sistema reprodutivo social antagonicamente estruturado para assegurar e proteger de modo permanente o sistema.

O autor (2011) define o Estado como “estrutura totalizadora de comando político do capital” (p. 106) que deve, portanto, sempre ajustar as suas funções reguladoras em sintonia com dinâmica variável do capital, complementando política e economicamente,

⁵ Superpopulação relativa, em Marx (2011), diz respeito ao aumento da parte do capital constante (meios de produção) em relação ao capital variável (trabalhadores empregados), provocando mudanças na composição orgânica do capital, conforme o aumento da produção. Em outros termos, a superpopulação relativa compõe a população trabalhadora sobrando em busca de emprego que decresce com o aumento das necessidades do capital, passando este a investir crescentemente em montantes de meios de produção.

⁶ Segundo Braz e Netto (2012, p. 169, grifos do autor), “de 1825 até às vésperas da Segunda Guerra Mundial, as fases de prosperidade econômica foram *catorze vezes* acompanhadas por crises”.

além de reforçar o domínio do capital contra forças que procuram desafiá-lo, como a crise econômica dos anos 1970 com repercussões atuais.

Para o autor (2011), essa crise se origina dentro de suas dimensões internas (produção/controlar, produção/consumo e produção/circulação), não se restringindo apenas à esfera socioeconômica, mas as suas manifestações podem ser identificadas em todas as esferas da vida social, inclusive à família. Assim, uma crise estrutural torna-se insustentável devido ao seu processo sociometabólico que “põe em questão a própria existência do complexo global envolvido, postulando sua transcendência e sua substituição por algum complexo alternativo” (MÉSZÁROS, 2011, p. 797).

Para Mézáros (2011), diferente das demais, a crise capitalista iniciada nos anos 1970, chamada de “crise estrutural”, apresenta uma novidade histórica: caracteriza-se de modo estrutural, de caráter universal, de alcance global, com duração temporal permanente e rastejante que vigora até os dias atuais, podendo ser localizada no percurso do século XX.

Nesse século, uma série de determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ideológicos resultam na crise dos anos 1970, alinhando-se social e historicamente ao exaurimento do pleno emprego keynesiano-fordista e do formato social-democrata das políticas sociais do Estado de Bem Estar Social, vivenciado pelos países centrais capitalistas à custa do imperialismo imposto aos países periféricos, como a América Latina, a África e o Oriente Médio (GUERRA, 2013).

Guerra (2013) e Souza (1995) informam que, para conhecer as múltiplas determinações que conduziram à crise dos anos 1970, deve-se procurar entender o epicentro do problema: os Estados Unidos (EUA)⁷.

A configuração da economia mundial até o início do século XX estava centrada na Europa, especialmente na Inglaterra, com o seu apogeu durante a Primeira e a Segunda Revoluções Industriais, respectivamente nos séculos XVIII e XIX. No entanto, ao longo do século XX, os EUA substituem a Europa para se colocar no papel de centro econômico, político, militar e cultural da ordem mundial (GUERRA, 2013, MÉSZÁROS, 2011).

Inicialmente, os EUA sofrem as consequências da crise de 1929, com sérios problemas econômicos e sociais (MÉSZÁROS, 2011). Então, o país decide investir em

⁷ Segundo Mézáros (2011, p. 804), “ao final de 1870, Marx já havia observado que o capital dos EUA representava de longe a força mais dinâmica do sistema global: uma verdade que se tornou ainda mais evidente meio século depois, na década de 1920”.

estratégias e mudanças nos planos político e econômico para desenvolver a sua dinâmica capitalista, durante a presidência de Roosevelt, nos anos 1930. Precisavam remodelar o capital à sua imagem e semelhança, com o chamado New Deal (“Novo Acordo”) e o pacto da industrialização fordista com o Estado keynesiano.

Uma vez que, em paralelo, a União da República Socialista Soviética (URSS)⁸, formada a partir da revolução russa em 1917, desenvolveu uma economia socialista planificada, com centralização do poder estatal, participação da população nas decisões, produção de usufruto coletivo ao invés do individual, comércio exterior, abolição da propriedade privada, entre outras medidas de socialização da produção e consumo que provocaram temor às economias dos países capitalistas, especialmente aos EUA (GUERRA, 2013; SOUZA, 1995).

Ao mesmo tempo, os países da Europa passaram a competir pela dominação sobre as terras colonizadas em outros continentes (Ásia, África e América) cujo resultado desse imperialismo desencadeia na Primeira Guerra Mundial (1914-1918). No período entre guerras, Mészáros (2011, p. 805, grifos do autor) denuncia a estratégia do presidente Roosevelt em fomentar o caminho para o percurso da II Guerra Mundial:

Contudo, os fatos se expressaram de modo totalmente diferente, na medida em que puseram amargamente em relevo uma das maiores ironias da história, qual seja: embora houvesse um dinamismo econômico incomparável e um novo avanço produtivo de proporções potencialmente enormes nas raízes da estratégia rooseveltiana original, sua implementação real – longe de satisfazer mecanismos *econômicos*, tal como ocorre ainda hoje com o persistente mito da “modernização” – exigiu, para sua “decolagem”, a guerra mais devastadora conhecida pelos homens, a Segunda Guerra Mundial, para não mencionar o aparecimento e a dominação do “complexo industrial-militar” em seu “percurso até a maturidade”.

Os EUA lançam estratégias político-econômicas e ideológicas para subsidiar os países aliados europeus durante a II Guerra Mundial. Para isso, investem na industrialização bélica e de mantimentos para serem vendidos aos países integrantes do conflito, gerando enormes lucros aos cofres norte-americanos (GUERRA, 2013).

⁸ A URSS era formada pela Polônia, Tchecoslováquia, Alemanha Oriental, Hungria, Albânia, Romênia, Bulgária e Iugoslávia. Ainda havia os países da Europa Central, que, nos acordos de paz celebrados no pós-II Guerra fazia parte da zona de influência soviética (GUERRA, 2013).

No papel de reconstruir o capitalismo no pós-guerra, os EUA montam a Conferência de Bretton Woods⁹, cuja estratégia comercial e ideológica, em 1944, unifica uma série de medidas monetária e financeira: torna o dólar americano a moeda-padrão (até então o ouro era o padrão) do sistema econômico, como também imprime o Plano Marshall¹⁰, em 1947, um programa de recuperação político-econômica aos países europeus aliados envolvidos com a guerra para reconstrução de seus países¹¹ (GUERRA, 2013; IAMAMOTO, 2011; MÉSZÁROS, 2011).

A Conferência de Bretton Woods contou com a criação do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), que dá origem ao Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), organismos multilaterais porta-vozes da classe dominante internacional (GUERRA, 2013, IAMAMOTO, 2011), que concedem empréstimos a países de Terceiro Mundo com problemas de financiamento com a devida imposição de condicionalidades.

Além dos organismos internacionais propostos por Bretton Woods, o governo americano criou a Organização das Nações Unidas (ONU), um conjunto formado por seis instâncias, dentre as quais a OMS, que “teve início formalmente em 1948, quando a primeira Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, ratificou sua criação” para desempenhar funções políticas internacionais em torno da saúde (BROWN *et al*, 2006, p. 627).

No entanto, o BM e a OMS, enquanto agências internacionais desenhadas pelo governo norte-americano para reproduzir a ordem político-econômica mundial, engajaram-se em oferta de ideias diversificadas sobre a saúde, mantendo o padrão de reprodução capitalista, lançando em uma dinâmica competitiva, conforme Mattos (2001) e Brown *et al* (2006).

⁹ A conferência de Bretton Woods acontece na cidade norte-americana de mesmo nome, realizada em julho de 1944, na qual 44 países foram representados por cerca de 700 delegados. No caso do Brasil, quem foi representando o país foi o economista e ministro Eugênio Gudin, que mais tarde lançou o livro que descreve detalhadamente a história desse encontro, chamado *Em lanterna na popa*. O sistema de Bretton Woods modelou regras para as relações econômicas e financeiras entre países centrais e periféricos (GUERRA, 2013).

¹⁰ Segundo Iamamoto (2011), o Plano Marshall recebeu o nome do Secretário de Estado dos EUA, George Marshall, em 1947. Ainda criou o Plano Dodge, um plano de recuperação econômica ao Japão no mesmo período.

¹¹ Na conferência de Bretton Woods foi também criada a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), que culminou na Organização da Comunidade Econômica Europeia (OCDE) (Iamamoto, 2011).

No fim dos anos 1980 e 1990, a OMS perde progressivamente a sua liderança na condução dos debates sobre a política de saúde e tem de lidar com a proeminência do BM, que passou a defender reformas na saúde e mobilizar recursos neste setor aos países em desenvolvimento. Contudo, “a OMS vem tentando obter um lugar mais relevante quanto ao oferecimento de conselhos para os governos dos países-membros, sobre as reformas em seus sistemas nacionais de saúde” a partir do final dos anos 1990 (MATTOS, 2006, p. 377). Essas agências internacionais têm em comum oferecer aos países alocação de recursos com papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento.

Esses mecanismos econômicos, políticos, sociais e ideológicos imprimiram aos norte-americanos a sua hegemonia no ocidente capitalista, consolidando a sua liderança mundial, enquanto representante do capitalismo (GUERRA, 2013).

A expansão dos EUA no pós-guerra levou a um período de prosperidade, chamado de “anos dourados” por Hobsbawn (1995), também chamado de Estado de Bem Estar Social, entre os anos 1950 a 1970, pertencente essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos, caracterizado como um pacto entre capital, trabalho e governo, uma espécie de casamento entre liberalismo econômico e democracia social, com garantias de seguridade social e política de pleno emprego aos trabalhadores, desde que não interferissem nos lucros capitalistas.

Foi um período marcado pela expansão imperialista dos EUA aos países europeus e, mais tarde, aos países de Terceiro Mundo, em busca de consolidar a sua hegemonia capitalista, articulando a internacionalização da economia no contexto histórico de Guerra Fria a fim de reformar o capitalismo (HOBBSAWN, 1995).

Esse momento histórico se relaciona com a difusão industrial fordista (promovido pelo avanço tecnológico do capitalismo monopolista), e do Estado de Bem Estar Social (com a política de segurança social – aposentadoria, salário-desemprego, ensino, saúde etc.), que, juntos, capital e Estado, formam um pacto para se legitimar ideologicamente, frente à sociedade socialista, no contexto da Guerra Fria.

Porém, gradualmente os EUA, para manter a soberania capitalista, foram realizando crescentes gastos no exterior como a manutenção das bases militares, investimentos para recuperação dos países, financiamento de guerras localizadas, a recuperação econômica da Europa e do Japão, cujo mercado não necessitava mais das exportações advindas dos norte-americanos, entre outros problemas. Mais tarde, a longa

e onerosa Guerra do Vietnã, nos anos 1960, foram gerando um *deficit* persistente no balanço de pagamentos e “as luzes vermelhas se acenderam totalmente quando, em 1971, a balança comercial norte-americana ficou negativa em US\$ 2,7 bilhões” (GUERRA, 2013, p. 271).

Essa situação gerou inflação, desemprego, queda na geração da produção e consumo, mostrando que a solução do pacto fordista-keynesiano não havia sido capaz de mitigar as crises capitalistas. Guerra (2013) informa que esse quadro de instabilidade econômica fez com que os EUA rompessem unilateralmente com o acordo firmado na Conferência de Bretton Woods, em 1944.

Dessa vez, a fim de buscar novas estratégias, em 1971, o presidente dos EUA, Richard Nixon, decretou o fim da paridade do dólar em relação ao ouro, adotou medidas protecionistas e articulou a elevação gradual dos preços do petróleo em parceria com o Irã, beneficiando-se com transações bancárias e comerciais com os países da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), estes enquanto “cartéis do petróleo” (HOBBSAWN, 1995), sobressaindo vantajosamente dos países europeus e do Japão. Quando a OPEP quadruplica o preço dos barris, a elevação dos preços de matérias-primas e alimentos, assim como a produção industrial, afeta a economia global¹² (GUERRA, 2013, p. 273).

Diante essa situação de crise, o capitalismo se reconfigura utilizando três estratégias de enfrentamento, intrinsecamente inter-relacionadas, capazes de provocar inúmeras transformações societárias, que envolvem a *reestruturação produtiva*, com inúmeras mudanças relacionadas à organização da produção e o mundo do trabalho; a *mundialização do capital*, que modifica o cenário da economia mundial, com a financeirização do capital; e o *neoliberalismo* como uma “reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar”¹³ (ANDERSON, 1995, p. 09), adotada pelos países centrais na economia, que prevê a intervenção do Estado como gerenciador do livre mercado (GUERRA, 2013).

A primeira estratégia, a reestruturação produtiva, diz respeito à revolução tecnológica e organizacional que envolve o trabalho, com o objetivo de acumular e

¹² Embora os EUA estivessem em uma posição de maior vantagem em relação ao demais países capitalistas centrais, a elevação dos preços do petróleo, mais tarde, em 1979, fez o país retornar a sofrer consequências econômico-sociais significativas (GUERRA, 2013).

¹³ Ver Anderson (1995).

expandir o capitalismo, tendo em vista o esgotamento do pacto keynesiano-fordista desenvolvido no início do século XX.

A transição da produção fordista para a reestruturação produtiva configura uma nova ordenação da economia e sociedade, onde empresas transnacionais (como EUA, Japão e Alemanha) expandem a internacionalização do capital em busca de mercados com mão de obra barata.

O exaurimento do pacto fordista-keynesiano deve-se à superprodução de mercadorias que não atingiram o devido consumo, como também os movimentos em torno do trabalho contra o sistema produtivo em série e a elevação dos preços do petróleo em 1973, através de articulação entre EUA e membros da OPEP.

A produção rígida e em massa cede lugar a uma flexibilização da produção, das relações e leis trabalhistas como fonte de superlucros (HARVEY, 1994; ALVES, 1999). A produção agora se torna personalizada com flexibilidade do tempo e redução de salários para os trabalhadores.

A corrida tecnológica em busca do diferencial da produtividade do trabalho tem como consequência o massivo desemprego crônico e estrutural. Nesse processo, o capital procura desorganizar politicamente a resistência operária e popular, fragilizando o papel dos sindicatos. O desenvolvimento da tecnologia desencadeia um exército industrial de reserva crescente e a subjetividade do trabalhador passa a compor o processo produtivo e os trabalhadores que continuam empregados sofrem uma intensificação da mais-valia absoluta e relativa.

Assim, o trabalhador passa a desenvolver múltiplas atividades dentro de uma mesma empresa, tendo de atingir metas, controle de qualidade, competitividade, entre outros fatores que resultam em precarização do trabalho, subcontratação, informalidade, terceirização, insegurança, obsolescência (advindos da produção tecnológica que se espraiam nas relações sociais) e adoecimentos físicos e mentais.

Apoiada na robótica, na microeletrônica, na informática, dentre outros avanços científicos, a reestruturação produtiva afeta radicalmente a produção de bens e serviços, a organização e gestão do trabalho, as condições e relações de trabalho, assim como o conteúdo do próprio trabalho. Verificam-se, em decorrência, mudanças nas formas de organizar a produção e consumir a força de trabalho, envolvendo amplo enxugamento dos postos de trabalho e a precarização das condições de trabalho (IAMAMOTO, 2012, p. 51).

Na reestruturação produtiva não acontece uma ruptura histórica com outros modos de produção e reprodução capitalistas, mas se apresenta como um novo modo de organização do trabalho abstrato, a partir da relação entre capital e trabalho, tendo o Estado como viabilizador da economia e que vem se ausentando cada vez mais das suas obrigações com os direitos sociais (ALVES, 1999).

Essa discussão leva à centralidade do trabalho na vida do homem. A palavra trabalho tem origem atribuída ao latim *tripalium*, instrumento de tortura, na perspectiva de carga de esforço e desprazer, que se apresenta compreensível em sociedades escravistas, de trabalho forçado, nas palavras de Carcanholo (2011).

No sentido ontológico, próprio da transformação da natureza, o homem precisa atender as suas necessidades mais básicas, evoluindo para satisfazer outras necessidades, adquirindo habilidades e produzindo e reproduzindo riqueza social coletiva. Mas na sociedade capitalista, o trabalho ganha uma centralidade na produção de riqueza, chamando a atenção de diversos autores da era moderna (John Locke, Adam Smith, David Ricardo etc.), mas cabe a Marx a articulação com a exploração do trabalho, onde o capitalista se apropria da força de trabalho humana para produzir mercadorias, retirando excedente (vantagem, lucro) sobre o trabalhador por meio da força de trabalho.

Portanto, o trabalho abstrato, criador de mais-valia, tem a sua particularidade na sociedade capitalista que abstrai, oculta e aliena o trabalhador da sua essência de classe e da sua forma de mercadorização na sociedade (LESSA, 2002).

A segunda estratégia diz respeito à mundialização do capital, ou seja, a internacionalização da economia com vistas a um “mundo sem fronteiras”, com a globalização dos mercados e capitais em escala mundial (IAMAMOTO, 2011; SOUZA, 1995). Diz respeito a uma divisão internacional do trabalho mais avançada, segundo Hobsbawn (1995), com um desenvolvimento necessário de um sistema globalizado de dominação e subordinação, sujeito à lei absoluta do desenvolvimento desigual, intrínseca à natureza do capitalismo (MÉSZÁROS, 2011).

Essa mundialização torna-se possível com o desenvolvimento da fase do capitalismo monopolista em que as grandes empresas vão formando grupos oligárquicos, resultando em fusões empresariais, como trustes e cartéis, que dão forma

às empresas multinacionais, que investem seus negócios cada vez mais em âmbito internacional¹⁴.

Para Chesnais (1996, p. 14), a mundialização do capital implica em diferenças em comparação com o período fordista, pois na fase atual o sentido, o conteúdo da acumulação de capital e seus resultados mostram o triunfo do capitalismo e sua expansão global, em que os porta-vozes dos Estados centrais capitalistas propagam a ideia de progresso social e “fim da história” com o esgotamento do modelo socialista soviético.

Entretanto, no decorrer das décadas foi gerando no modelo socialista a perda de legitimidade através da dificuldade em acompanhar os avanços técnico-científicos, abandono das práticas de participação social, ações de corrupção do governo, entre outros elementos. Assim, o governo procurou viabilizar formas de recuperar o desgaste do planejamento russo com as reformas da *perestroika* e *glasnost*¹⁵.

Mas o colapso do mundo socialista aconteceu com a Queda do Muro de Berlim, em 1989, símbolo da polarização da Guerra Fria. Em seguida, em 1991, a URSS deixa de existir após uma série de acontecimentos de desagregação política e econômica entre os seus países (GUERRA, 2013)¹⁶ representando o fim do socialismo e o triunfo do capitalismo, com promessas de uma vida próspera para todos.

Assim sendo, a “mundialização da economia”, conforme defende Chesnais (1996), foi construída não pela integração crescente da economia, mas pelas influências das instituições internacionais sob liderança dos EUA e países capitalistas centrais, como o BM, FMI e o apoio da Organização Mundial do Comércio (OMC).

Essa integração internacional ocorre com a liberalização e desregulamentação da abertura de mercados dos Estados-nacionais, com parceria das grandes empresas industriais multinacionais com as instituições financeiras (bancos, companhias de seguro, fundos de pensão etc.), abrindo espaço para o capital financeiro, ou capital fictício (GUERRA, 2013; IAMAMOTO, 2011).

¹⁴ A formação de grandes grupos empresariais já ocorre na fase do pós-II guerra com a expansão dos mercados para escoar as mercadorias produzidas em série pelo modelo fordista articulado à intervenção do Estado norte-americano.

¹⁵ Ver Guerra (2013)

¹⁶ Além desses acontecimentos, Guerra (2013), pontua que o neoliberalismo em voga nesse período, como estratégia contra a crise dos anos 70, obtém êxito sobre a inflação, contribuindo assim para o colapso socialista soviético.

Para Iamamoto (2012) e Guerra (2013), com a lógica financeira, a economia dos países se reestrutura, delineando modificações no perfil da economia mundial: por um lado, as economias de países de economias centrais passam a aplicar tecnologias estruturalmente poupadora de mão de obra, crescendo exponencialmente o índice de desemprego, deslocando as indústrias para regiões do mundo onde possam pagar baixos salários, recebendo “paraísos fiscais”, visando a redução de custos e acumulação.

Por outro lado, os países de terceiro mundo passam a sofrer um processo de abertura abrupta, conforme orientação dos organismos multilaterais, redundando em ampliação do *deficit* na balança comercial, em fechamento de empresas nacionais (desindustrialização) que não conseguem competir com os grandes oligopólios, elevação da taxa de juros e ingresso maciço de capital especulativo (financeiro).

Diante esse quadro, aumenta a necessidade de países de terceiro mundo buscarem financiamento externo para recuperar as suas economias, submetendo-se à dívida interna e externa geradoras de escassez de recursos para investimento em políticas sociais e que favorecem os investimentos lucrativos da especulação financeira¹⁷ (IAMAMOTO, 2012).

No capital financeiro existe um deslocamento do capital produtivo (formado pelo capital industrial) para a esfera financeira que, sem nada produzir, gera valor. Sendo assim, Iamamoto (2011) pontua que a financeirização nutre-se da esfera produtiva, onde se cria a mais-valia resultante da relação capital-trabalho, ganhando cada vez mais espaço na obtenção de lucro, fetichizando o funcionamento e a dominação do capital internacional com o respaldo dos Estados-nacionais, sob orientação dos organismos internacionais (BM, FMI, OMC).

O fetichismo dos mercados financeiros, que apresenta as finanças como potências autônomas diante das sociedades nacionais, *esconde* o funcionamento e a dominação operada pelo capital transnacional e investidores financeiros, que atuam mediante o efetivo respaldo dos Estados nacionais sob a orientação dos organismos internacionais, porta-vozes do grande capital financeiro e das grandes potências internacionais (IAMAMOTO, 2011, p. 109, grifos nossos).

¹⁷ Em suma, tem-se um mercado mundial que tende a ser homogêneo, do ponto de vista ideológico e da prática de consumo, porém essa homogeneização associa-se a uma heterogeneidade e desigualdade entre as economias nacionais (IAMAMOTO, 2011).

Partindo disso, Souza (1995) observa algumas tendências e contradições no processo de internacionalização da economia: de um lado, a desregulamentação das barreiras entre os Estados-nacionais direcionadas aos países de terceiro mundo, e por outro lado, o protecionismo estatal das grandes potências mundiais (EUA, Japão e Alemanha), formando blocos econômicos e nova redivisão do mundo em parceria com os monopólios e Estado. Além disso, a perda do papel de vanguarda tecnológica que sofre os EUA, dividindo cada vez mais espaço com a Alemanha e Japão, formando um policentrismo, com consequências à sociedade (NETTO, 2012).

Diante disso, Souza (1995), informa que a crescente ampliação econômica exige um instrumento de regulação econômica de âmbito mundial, agora não mais o Estado intervencionista, mas o mercado, que promove um mundo sem fronteiras, uma economia global que anula as fronteiras dos países de Terceiro Mundo, considerados de economias débeis.

Com relação ao Estado, Mandel (1982) e Iamamoto (2011) analisam que ele se refuncionaliza a cada fase do capital para sustentar a estrutura de classes e as relações de produção, adquirindo um papel-chave estratégico nessa fase da mundialização do capital: administrador das crises através de políticas anticíclicas e impulsionador da expansão global das multinacionais. Nesse momento, o Estado recebe uma hipertrofia para fortalecer o capital privado, criando condições para o trabalhador se enquadrar ideologicamente, indo desde funções integradoras a coercitivas (MANDEL, 1982).

Sendo assim, o sistema do capital tem uma estrutura inerente ao vínculo entre desenvolvimento e subdesenvolvimento, hierarquicamente constituído de desigualdade entre países, tendo em vista a fuga de qualquer nivelamento da taxa de lucros (BEHRING, BOSCHETTI, 2010; MÉSZÁROS, 2011).

A terceira estratégia de responder à crise capitalista dos anos 1970 foi o neoliberalismo. Pontua Souza (1995, p. 09), que ele “não é uma teoria científica. Nem muito menos uma corrente de pensamento científico. Não chega a ser uma doutrina. É uma ideologia [...]”. Por sua vez, Anderson (1995, p. 09) define o neoliberalismo como “reação teórica e política”, e em seguida defende a ideia do “neoliberalismo como ideologia” (p. 14).

O neoliberalismo reafirma o valor positivo da desigualdade, da competição desenfreada e do mercado, que “volta a ser o rei”, representando a nova ordem de elevar os lucros e aumentar a desigualdade (GUERRA, 2013, p. 275).

Segundo Guerra (2013), nos anos 1970, o austríaco Friedrich August von Hayek e o norte-americano Milton Friedman recebem o prêmio Nobel de Economia, representando os críticos dos mecanismos de intervenção do Estado de Bem Estar keynesiano, considerados de excesso de proteção social que atentam contra a liberdade e vitalidade da concorrência¹⁸.

Para os economistas Hayek e Friedman, o centro do problema da crise estavam no poder dos sindicatos e do movimento operário que reivindicavam salários mais elevados e intervenção estatal através de políticas sociais, com serviços (saúde, educação, transportes, habitação etc.) e benefícios sociais (seguro-desemprego, auxílio-doença etc.). Isso aumentava os custos das empresas e os gastos do Estado que não retornavam em forma de lucros, ocasionando assim problemas inflacionários.

Para isso, segundo os economistas, o Estado precisava reduzir os gastos com bem-estar social, considerados desnecessários e parasitários, evitando proteção ao emprego para aumentar o exército industrial de reserva, que, conseqüentemente, reduziria os salários e enfraqueceria o poder sindical.

Para eles, a solução para a crise seria “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas”. Como também, estimular o crescimento através da redução de impostos sobre a produção e transferindo para o mercado a viabilização de serviços públicos como saúde, educação, habitação, transporte, segurança, entre outros.

Conforme Anderson (1995) e Souza (1995), a hegemonia neoliberal gradualmente passa a movimentar ideologicamente os países de economias centrais, tendo início na Inglaterra, durante o governo de Margareth Thatcher, em 1979, um ano depois, o segundo país a implementar foram os EUA, no governo de Ronald Reagan, em 1980, porém com características específicas em seus respectivos países e depois em outros continentes¹⁹.

¹⁸ Segundo Guerra (2013) e Anderson (1995), Hayek, em 1944, escreve *O caminho da servidão*, livro em que defende as suas ideias críticas à intervenção estatal do Estado de Bem Estar Social. Essas ideias eram compartilhadas com o próprio Friedman, entre outros intelectuais da economia que realizavam debates em encontros internacionais a cada dois anos, chegando a fundar a Sociedade de Mont Pèlerin, na Suíça. São eles: Ludwig von Mises, Walter Lipmann, Lionel Robbins, Michael Polanyi, Salvador de Madariaga, Walter Eupken, entre outros.

¹⁹ Mais adiante, a Alemanha (1982), a Dinamarca (1983), e em seguida, os países do norte e sul europeus, a Austrália e Nova Zelândia, o leste europeu, a Ásia e a América Latina, foram tomados pela ideologia neoliberal (GUERRA, 2013).

No entanto, essas medidas neoliberais sofreram resistências dos trabalhadores em vários países, como Inglaterra, Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Suécia, Holanda. Diante os protestos, os capitalistas e representantes políticos passaram a apoiar uma reação conservadora de ditaduras militares, influenciadas pelo governo norte-americano, inclusive em países da América Latina como Brasil, Paraguai, Argentina, Bolívia. Segundo Guerra (2013, p. 277), “todos vivenciaram a crise, o controle do movimento popular e nacionalista e o processo de abertura ao capital estrangeiro”.

O objetivo do neoliberalismo, para Anderson (1995, p. 14), era a reanimação do capitalismo, em deter a grande inflação dos anos 1970 e “nesse aspecto, o seu êxito foi inegável”. A razão principal dessa mudança foi a derrota do movimento sindical, com a diminuição de greves e notável contenção dos salários. Conclui o autor que o balanço do neoliberalismo, do ponto de vista econômico fracassou, pois não conseguiu uma revitalização básica do capitalismo. Todavia, do ponto de vista ideológico e político, alcançou êxitos significativos disseminando a ideia de que “não há alternativas” ao capitalismo no período simultâneo frente à derrocada do socialismo na URSS.

Diante o fim do socialismo real são largamente efetivadas as ideias de “cultura da crise” (MOTA *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2010), implicando assim em uma despoltização da classe trabalhadora, relações entre capital e trabalho sob nova ordem, desregulamentando as relações de trabalho e ampliando reformas para o Estado.

O neoliberalismo, enquanto estratégia político-ideológica da classe dominante, no processo de mundialização do capital, requisita dos Estados-nacionais um amplo conjunto de reformas, traduzidas nas políticas de ajuste recomendadas pelos organismos internacionais.

Para os neoliberais, a intervenção estatal garantida pelo Estado de Bem estar Social, através de políticas sociais, prejudica o desenvolvimento da economia, defendem que o Estado não deve interferir na regulação de comércio exterior e mercados financeiros. Dessa forma, o neoliberalismo contribui para o fortalecimento das estratégias burguesas da reestruturação produtiva e da mundialização do capital, em que o capital deve prevalecer acima das fronteiras dos Estados Nacionais para a expansão e acumulação das taxas de lucro, conforme observa Mészáros (2011).

Esses mecanismos resultam em processos de privatização da coisa pública, desorganizando os princípios de universalidade e gratuidade, restringindo os direitos do

trabalho, focalizando investimentos na pobreza, transferindo responsabilidades para a sociedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

O avanço do neoliberalismo proposto pelo Consenso de Washington e executado pelos diversos países, colocou em patamar mais intenso a lógica destrutiva do capital, pois nas atuais condições históricas não há mais novos espaços geográficos significativos a explorar, nem mercados genuinamente novos, implicando em intensificar e ampliar a exploração dos já existentes, com custos sociais para as famílias da classe trabalhadora (MARANHÃO, 2014).

Os custos sociais da crise são resultantes da política empreendida pelo Consenso de Washington, formulada por economistas dos organismos multilaterais, onde apresentam um “receituário” com dez recomendações aos países latino-americanos para executarem medidas neoliberais de ajuste macroeconômico²⁰. Sobre a desigualdade mundial nas últimas décadas, o *Relatório do Desenvolvimento Humano*, de 2002, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apresenta alguns dados estatísticos sobre essa realidade:

Embora possa ser difícil distinguir tendências claras na desigualdade mundial, nas últimas décadas, o seu nível é extremamente elevado - uma razão suficiente para preocupação. [...] As estimativas mais recentes disponíveis são para 1993, mas a estagnação nos países mais pobres e um crescimento robusto em muitos dos mais ricos implica que não seja provável que tenham melhorado.

- O 1% de pessoas mais ricas do mundo recebe tantos rendimentos como os 57% mais pobres.
- Os 10% mais ricos da população dos EUA têm um rendimento igual ao dos 43% mais pobres do mundo. Ou seja, o rendimento dos 25 milhões de americanos mais ricos é igual ao rendimento de quase 2 mil milhões de pessoas.
- O rendimento dos 5% mais ricos do mundo é 114 vezes o dos 5% mais pobres (PNUD, 2002, p. 19).

Diante esses resultados problemáticos para o conjunto de vida da população, o neoliberalismo vai perdendo legitimidade política²¹, pois “subestimou os elementos de consenso político e ideológico que devem acompanhar todo processo de mudanças sociais” (MARANHÃO, 2012, p. 85). Desse modo, na década de 1990, o FMI e o BM

²⁰ Segundo Montañó (2008, p. 29), “as recomendações dessa reunião abarcam dez áreas: disciplina fiscal, priorização dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira, regime cambial, liberalização comercial, investimento direto estrangeiro, privatização, desregulamentação e propriedade intelectual”.

²¹ Maranhão (2012) cita que até o ex-presidente do BM, Joseph Stiglitz, tece suas críticas à condução do consenso político das propostas neoliberais.

dão início a um movimento de reformulação das estratégias capitalistas de renovar as “promessas” de desenvolvimento com um novo pacto conciliatório (MARANHÃO, 2012).

Como alternativa, os formuladores intelectuais, representantes dos organismos internacionais de financiamento (FMI e BM), lançam uma nova concepção de desenvolvimento, adotando um conjunto ideológico estratégico aliando crescimento econômico e desenvolvimento social, chamada de concepção “social-liberal”, a fim de atenuar o saldo negativo do neoliberalismo.

Para isso, desenvolvem pesquisas/diagnósticos sociais para avaliar os impactos sociais, criando instrumentos estatísticos, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para medir a pobreza, com uma concepção ampliada, integrando níveis de renda, expectativa de vida e educação²².

Uma das figuras da intelectualidade burguesa que tem destaque nesse momento chama-se Amartya Kumar Sen. Economista indiano, pesquisador da ONU, colaborou com a construção do IDH, reconhecido “como um autor progressista, crítico do neoliberalismo, apresentador de alternativas concretas e possíveis para minimizar o quadro de social de desemprego, da pobreza e das desigualdades” (MARANHÃO, 2012, p. 88).

Amartya Sen recorre teoricamente a Adam Smith, John Rawls, Jeremy Bentham (MARANHÃO, 2012), e se apresenta como um dos principais contribuintes da aliança entre crescimento humano e desenvolvimento social. O autor faz uso da ideia de justiça social com influência da filosofia política e moral, sustentando em sua obra *A ideia de justiça* que “o objetivo é esclarecer como podemos proceder para enfrentar questões sobre a melhoria da justiça e a remoção da injustiça, em vez de oferecer soluções para questões de natureza da justiça perfeita” (SEN, 2011, p. 11) com base em utopias.

Defende o mercado como espaço da liberdade humana e regulador da vida social, a responsabilidade individual, a competitividade, a equidade com eficiência, a intervenção estatal pontual focalizada nos incapacitados para o mercado e a parceria

²² Segundo Maranhão (2012), o intelectual e economista paquistanês Mahabub Ul Haq criou o IDH que o Programa das Nações unidas (PNUD) vem utilizando e divulgando desde os anos 1990 em seus relatórios. Segundo o PNUD (2002, p. 34), “o Índice de Desenvolvimento humano (IDH) é uma medida resumo simples de três dimensões do conceito de desenvolvimento humano: viver uma vida longa e saudável, ser instruído e ter um padrão de vida digno”.

mútua entre Estado, organizações sociais (OS) e mercado, visando o equilíbrio econômico.

Amartya Sen avalia a liberdade como valiosa, na certeza de que o indivíduo não seja forçado a algo que cause restrições impostas pelos outros, que retire as suas capacidades. Afirma que o indivíduo deve ter liberdade de escolher o seu caminho, sem que as instituições burocráticas interfiram nas suas decisões (SEN, 2011).

Para ele, no social-liberalismo, as políticas sociais não devem ser universais e nem interferir no mercado, mas precisam ser mínimas para que os indivíduos possam disputar, escolher e expandir as suas capacidades (MARANHÃO, 2012).

Apoia medidas liberais de corte de gastos estatais, controle da inflação, limites orçamentários, entre outros, além de programas de transferência de renda aos mais pobres com imposição de condicionalidade. Também a aplicação de “testes de meios” (critérios de seleção) do público usuário das políticas sociais para acesso a serviços e benefícios, necessitando de comprovação de incapacidade e baixo rendimento, uma vez que reduz o ônus fiscal e identifica as incapacidades individuais.

Nesse sentido, as ideias de Amartya Sen, de justiça social, equidade e liberdade, vem sendo respaldada e publicizada pelo BM que, desde os anos 1990, vem desenvolvendo esforços no sentido de investigar a população pobre mundial e buscar estratégias de desenvolvimento social e econômico.

No entanto, as ideais de Amartya Sen não visa questionar, nem permite críticas sobre a concentração de renda, a desigualdade intra-países, as questões subjacentes à condição de pobreza, entre outros. Observa-se que há a mistificação da naturalização da desigualdade social e do rompimento com o neoliberalismo, ocultando a sustentabilidade das taxas de lucro, o aumento da concentração de renda, a intensificação da exploração do trabalho e a efetividade das estratégias sociais-liberais.

Segundo Maranhão (2012), as promessas liberais de crescimento econômico combinadas com equidade não vêm obtendo êxito, mas causando um grande problema, contrariando os seus objetivos. Segundo o autor (2012, p. 101-102, grifos do autor):

O destino das metas estabelecidas no documento *A Declaração do Milênio* da ONU (2000) é um exemplo claro deste movimento paradoxal. O referido documento, nitidamente inspirado nas ideias de Amartya Sen, desde 2000 estabeleceu oito metas sociais de enfrentamento à miséria a serem cumpridas até 2015. Recentemente, a ONU divulgou relatórios que mostram a dificuldade de cumprir estas

tímidas metas. [...] pois apenas serviram até agora para avaliar os *sintomas da pobreza*, ignorando as causas reais do avanço da miséria e da fome no mundo.

No entanto, mesmo com resultados abaixo do esperado, as proposições político-ideológicas de Amartya Sen continuam sendo propagadas pelos organismos multilaterais e sendo estratégias governamentais desenvolvidas em vários países, inclusive no Brasil. Desse modo, o BM e a OMS, em seus relatórios nas últimas décadas, defende terminologias permeadas de ideias liberais e mistificadas como: “desenvolvimento humano”, “empoderamento”, “capital humano”, “empreendedorismo”, “inclusão social”, “igualdade de oportunidades”, entre outros termos que vem dominando o planejamento, acompanhamento, execução e avaliação de políticas sociais.

Assim, percebe-se que as três estratégias burguesas (reestruturação produtiva, mundialização da economia e neoliberalismo) coexistem e se articulam mutuamente nas suas íntimas e complexas determinações, revela as conexões entre processos econômicos, políticos, sociais, ideológicos e culturais que formam a totalidade concreta, não podendo ser explicados separadamente, nem pelos aspectos superficiais da realidade, mas devem ser compreendidos em sua essência (BEHRING; BOSCHETTI, 2010; KOSIK, 1986).

Essas estratégias, enquanto respostas burguesas, têm repercussões diretas nas políticas sociais, especialmente nos países considerados de Terceiro Mundo, como no caso do Brasil, que crescentemente sofrem reformas neoliberais com corte de gastos sociais e destituição de direitos.

1.2 Particularidade brasileira, neoliberalismo e social-liberalismo: implicações para a política social

Para apreender na particularidade brasileira as implicações para as políticas sociais no neoliberalismo e social-liberalismo, é necessário estar atento ao movimento da realidade, tecendo mediações sobre a totalidade dos acontecimentos ao longo da história, perpassando a economia, política e cultura.

O processo de formação socioeconômica do Brasil constituiu um tipo específico de capitalismo, com características distantes do sistema produtivo capitalista clássico

europeu (MAZZEO, 1988)²³. Para Mazzeo (1988), a formação do processo de acumulação capitalista no Brasil não passou por via clássica, como aquelas configuradas na Inglaterra e na França, que passaram por revoluções burguesas para derruir a ordem feudal e construir o caminho capitalista.

O caso brasileiro assemelha-se com a acumulação capitalista agrária da Alemanha, chamada pelo autor de “via prussiana”, que também não passa por revoluções, mas cria uma aliança entre burguesia e nobreza durante o governo de Bismarck. Assim, o autor denomina o caminho engendrado pelo Brasil de capitalismo de “via prussiano-colonial”.

Por isso, Prado Júnior (1976) revela que “para se compreender o caráter da colonização brasileira é preciso recuar no tempo para antes do seu início, e indagar das circunstâncias que a determinaram”.

Para Mazzeo (1988), as origens do capitalismo no Brasil, com sua acumulação capitalista, imprime uma *subsunção formal do trabalho ao capital*²⁴, na medida em que “o capital incorpora, em sua estrutura orgânica, formas produtivas que não lhe pertencem dando a essas formas pré-capitalistas conteúdos capitalistas” (MAZZEO, 1988, p. 09). Ou seja, o capitalismo se apropria de formas de trabalho que o antecederam criando novas formas de apropriação de mais-valia, mesmo que diferentes do conteúdo capitalista europeu.

Assim sendo, “uma sociedade conservadora e rígida, cuja classe dominante, pela própria origem histórica, nasce subordinada, econômica e ideologicamente, aos centros avançados do capitalismo mundial” cria o seu “caráter histórico-particular” (MAZZEO, 1988, p. 13). Assume uma produção com base em um sistema agrário, colonial, exportador, escravista, de agricultura monocultora e latifúndio, com uma economia subordinada e dependente da economia mundial (PRADO JÚNIOR, 1961).

Não apenas no período colonial pode-se perceber esse conservadorismo por parte da burguesia brasileira. Mazzeo (1988) revela que mesmo diante do processo de Independência do Brasil, em 1822, a burguesia ainda carregava a necessidade de manter

²³ Um dos processos de acumulação primitiva do capitalismo foi o sistema colonial, que explorou povos de terras antes desconhecidas para serem apropriadas em forma de mercadorias, desenvolvidos pelos países europeus (Espanha, Portugal, Holanda, Inglaterra e França) durante a política mercantilista (MARX, 2011; HUBERMAN, 2013). Ver *A chamada acumulação primitiva em O capital* (MARX, 2011).

²⁴ Ver Marx (2004).

o império para evitar a “ameaça de fracionamento do território nacional, como havia acontecido nas colônias da América espanhola”²⁵ (MAZZEO, 1988, p. 17).

Por sua vez, a decadência do império deu-se com a expansão da produção do café inaugurando o período republicano no país a partir da segunda metade do século XIX, com a abolição da escravidão²⁶, da introdução do trabalho assalariado e da imigração estrangeira. Mas essa transição para a República permanece, mais uma vez, longe das massas populares, articulada pela classe dominante com decisões “pelo alto” (MAZZEO, 1988).

A produção cafeeira possibilitou a institucionalização da autocracia burguesa, a modernização nacional através da sua industrialização tardia no século XX, todavia com presença de capital estrangeiro, que desde o período colonial integra a economia brasileira.

Economicamente, a crise de 1929 e a II Guerra Mundial geraram repercussões para a industrialização no Brasil, com uma brusca queda nos preços do café no mercado internacional. Isso afirmava uma nova burguesia (de agrária a industrial), um novo quadro político-econômico e um novo momento da economia nacional durante o governo Getúlio Vargas²⁷: a ampliação da autossuficiência na produção de bens industriais, substituição de importações desenvolvendo uma industrialização nacional²⁸, uma vez que os países capitalistas centrais estavam centrados na guerra (GUERRA, 2013; MAZZEO, 1988).

Segundo Guerra (2013), setores nacionalistas e médios urbanos se articulavam em torno da perspectiva do desenvolvimento nacional.

Mais tarde, após 1945, no governo de Juscelino Kubitschek (JK), “sepultava-se, definitivamente, o sonho proporcionado pelo hiato de duas guerras mundiais: o desenvolvimento autônomo do capitalismo nacional e uma burguesia independente do capital estrangeiro” (MAZZEO, 1988).

²⁵ Como também, não implantaram o liberalismo político, uma vez que essa corrente pregava uma sociedade de homens “livres” assalariados. Isso não interessava à burguesia, pois ela necessitava do poder escravista. No entanto, “o liberalismo era aceito, apenas, no que se refere ao livre comércio [...] e dessa forma, fortemente influenciada por uma ideologia anti-industrialista” (MAZZEO, 1988, p. 18).

²⁶ Segundo Mazzeo (1988), a abolição da escravidura no Brasil deu-se depois que a Inglaterra reconheceu o direito de perseguir e afundar navios negreiros, pois era contra o tráfico de negros. Foi esse processo que obstaculizou a escravidura no país.

²⁷ O governo de Getúlio Vargas mostra-se intervencionista e centralizador, desenvolvendo uma política de repressão aos movimentos operário e sindical, como também promovia uma legislação trabalhista corporativa e autocrática (MAZZEO, 1988).

²⁸ Os recursos do Plano Marshall não estavam disponíveis para países de Terceiro Mundo (GUERRA, 2013).

Dessa vez, o governo JK, orientado pelo Plano de Metas. Segundo Guerra (2013), o Plano de Metas foi preparado por especialistas da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, que, depois de realizado um diagnóstico dos problemas da industrialização nacional, direcionou esforços no setor de bens de consumo duráveis, favorecendo a produção de eletrodoméstica e de automóveis.

O governo investe numa política econômica de ingresso massivo de capital internacional através de empresas monopolistas, da iniciativa privada nacional e do controle estatal dos recursos básicos.

Desenvolvia-se durante o governo JK a concepção *nacional-desenvolvimentista*, de influência político-ideológica, cujos principais formuladores compreendiam que, em harmonia, esses setores, poderiam realizar reformas estruturais e superar o subdesenvolvimentismo brasileiro (GUERRA, 2013).

Paralelamente a essas mudanças, altera-se o perfil do proletariado, que, devido ao quadro de investimentos econômicos, migram de áreas rurais, especialmente da região Nordeste, em busca de melhores condições de vida nos centros urbanos, “para compor o novo proletariado brasileiro, assim como seu exército industrial de reserva e a massa de marginalizados (o lúpen-proletariado)” (MAZZEO, 1988, p. 41).

Entre os formuladores da concepção nacional-desenvolvimentista, estavam o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), que reunia os principais teóricos sobre essa compreensão, e a CEPAL, formada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ONU), em 1948, para incentivo da industrialização na região. Segundo Guerra (2013), entre seus formuladores economistas, estavam Raul Prebisch, argentino, e Celso Furtado, brasileiro.

Gonçalves (2012, p. 645) analisa que o nacional-desenvolvimentismo não constitui uma característica apenas brasileira, mas “é uma concepção neomercantilista do final do século XVIII e do XIX”, originada e desenvolvida nos EUA e na Alemanha, com repercussões para outras regiões mundiais (Europa ocidental, América Latina, África, China, entre outros).

Para o autor (2012, p. 649), “a concepção neomercantilista ou nacional-desenvolvimentista aparece como um compromisso entre mercantilismo e liberalismo”, isto é, entre protecionismo e livre mercado. Como se pode perceber, no caso brasileiro após 1930, por um lado, havia a proteção à industrialização nacional (no pós crise de

1929 e pós II Guerra), mas por outro lado, buscava-se um mercado aberto ao capital estrangeiro, à livre competição e ao comércio exterior.

O nacional-desenvolvimentismo caracteriza-se por um processo de modernização da indústria nacional por meio da substituição de importações, formada com investimentos do capital nacional, capital estrangeiro e controle estatal dos recursos básicos. Iniciada no governo Vargas nos anos 1930, tendo seu auge nos anos 1950 e seu esgotamento com a crise da dívida nos anos 1980, o nacional-desenvolvimentismo se desenvolveu às custas da classe trabalhadora.

Devido às contradições inerentes ao processo capitalista, esse modelo expansionista da economia encontrou dificuldades: o país mergulhou em profunda crise inflacionária²⁹. Dessa maneira, Jânio Quadros assume a presidência do país, mas não consegue reduzir os problemas, passando a sofrer pressão de frações burguesas, e busca renunciar ao poder na tentativa de implementar uma ditadura, mas não deu certo, pois estava fragilizado politicamente.

Sendo assim, João Goulart (conhecido como Jango) assume o comando do Estado, mas não consegue agradar a burguesia, pois as reformas de Jango visavam à modernização nacional autônoma e precisaria da participação de vários setores, inclusive da representação da classe trabalhadora. Entretanto, ao não conseguir o devido apoio político da classe dominante, acontece o golpe de abril de 1964, quando os militares, chamados pela burguesia, mais uma vez, responsabilizam-se pela política de “pacificação” do país³⁰.

Mazzeo (1988, p. 47) e Netto (2007) mencionam que o golpe de 1964 expressa o direcionamento pretendido pela classe dominante, corroborando a “tendência tradicionalmente reacionária dessa burguesia”.

Tem início o regime autocrático burguês com a consolidação do capitalismo monopolista de Estado (MAZZEO, 1988; NETTO, 2007) que, segundo Castelo (2012), começam a dar sinais de encerramento do nacional-desenvolvimentismo, que se consolida nos anos 1990.

²⁹ Mazzeo (1988) relaciona essa crise com a entrada massiva de capitais estrangeiros, as facilidades encontradas pelas empresas internacionais e as volumosas emissões de moeda. Além disso, esse aumento da inflação ocasionou vários protestos populares.

³⁰ Mazzeo (1988, p. 47) pontua que, “como em 1831, 1889 e 1930, os militares, novamente, constituíram-se em ‘capitães-do-mato’ de seu povo”.

Dessa forma, a particularidade do Estado durante a ditadura brasileira promoveu um regime de intensa internacionalização da economia, intenso processo de substituição de importações, formando um “crescimento do bolo”, mas os decisivos problemas estruturais do país não haviam sido solucionados e o “bolo” não chegou a ser dividido. Dessa forma, segundo Netto (2007), ao final do ciclo ditatorial aprofundaram e complexificaram os desdobramentos para a massa do povo brasileiro, onde foram, mais uma vez, “excluídas” das decisões políticas.

Nesse período, Behring e Boschetti (2010), dentre outros autores, analisam que, o tempo histórico do Brasil não apresenta sincronia com o contexto internacional, embora sempre estivesse conectado a ele. Pois, enquanto no plano internacional o capitalismo respondia com as suas estratégias³¹, no Brasil não houve uma política do tipo fordista-keynesiano, com redistribuição dos ganhos de produtividade do trabalho, de cobertura da política social e de ampliação de direitos. Mas continuava à classe dominante exercer uma política tecnocrática, conservadora e sempre restringindo os direitos civis e políticos da população, com as suas decisões “pelo alto” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

E as principais heranças deixadas pelo Estado no período da ditadura, entre outros aspectos, foram: misto de repressão e assistência, perda das liberdades democráticas, desaparecimentos, censura, torturas, prisões, institucionalização da saúde, previdência e assistência, sistema dual de acesso às políticas sociais (os que podem e os que não podem pagar), milhões de pessoas sem acesso ao complexo assistencial (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

A transição para a democracia deu-se de forma lenta e gradual a partir dos anos 1980, controlada pela classe dominante, devido ao medo de respostas radicais por parte dos movimentos sociais represados pela ditadura.

Segundo as autoras (2010), se por um lado, do ponto de vista econômico, os anos 1980 tornaram-se conhecidos como a “década perdida”, com a crise da dívida, como resultado de uma política crescente do endividamento externo e suas consequências para a economia do país. Por outro lado, os anos 1980 ficaram conhecidos pelas conquistas sociais.

Desse modo, do ponto de vista econômico, Netto (2012) afirma que a questão da dívida externa é antiga entre países de Terceiro Mundo, porém ganhou maior conotação

³¹ Reestruturação produtiva, mundialização do capital e neoliberalismo.

a partir da crise de 1970, devido à superacumulação e à queda da taxa de lucros dos investimentos da produção industrial. Por conseguinte, os países centrais passaram a cobrar taxas de juros variáveis sobre a dívida, tornando-a inacessível para a sua quitação, ditada pelos credores dos organismos internacionais e condicionando os países devedores segundo os seus interesses.

Nessas condições, a dívida recruscedeu, tendo os países devedores que renegociar os empréstimos, mas para isso precisaram contrair novos, inviabilizando o seu pagamento, fazendo com que os credores se beneficiassem dos pagamentos dos juros (NETTO, 2012).

Segundo Behring e Boschetti (2010), esse processo de endividamento atingiu os países da América Latina, fragilizada econômica e politicamente, como consequência das estratégias capitalistas, liderada pelos EUA, em busca de hegemonia.

O Brasil saltou de uma inflação anual de 91,2%, em 1981, para 217,9%, em 1985 (Kucinski e Branford, 1987: 45). Os efeitos da crise do endividamento foram muitos: empobrecimento generalizado da América Latina, especialmente no seu país mais rico, o Brasil; crise dos serviços sociais públicos num contexto de aumento da demanda em contraposição à não expansão dos direitos; desemprego; agudização da informalidade da economia; favorecimento da produção em detrimento das necessidades internas (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 139).

Por outro lado, do ponto de vista social, a década de 1980 é lembrada pelas lutas sociais e pela conquista da Constituição Federal de 1988, que institucionalizou proteção social e direitos, sendo um palco de disputas e de esperança para os trabalhadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2010; BRAVO, 2009).

Ganharam destaque, durante o processo constituinte, as lutas políticas empreendidas pelos movimentos sociais, sindicais e operários, em favor da saúde pública e gratuita, da política previdenciária, da assistência social, da reafirmação de liberdade, de reforma agrária, de direitos trabalhistas, da soberania nacional em detrimento de parcerias com organismos internacionais de financiamento externo, da igualdade social, entre outras pautas (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, BRAVO, 2009).

Em especial, a atuação do movimento de trabalhadores em torno da política de saúde com significativas lutas e avanços que ficaram evidentes com a VIII Conferência

Nacional de saúde, em 1986, com repercussões para os avanços na política de saúde mental.

Essas reivindicações por melhorias permaneceram, nesse momento, acima do controle da elite, tecendo a história da democracia do país, contemplando avanços, mas também conservando a ordem, transitando entre o “novo” e o “velho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Entretanto, conforme aponta Anderson (1995, p. 19), o impacto do triunfo neoliberal chegou nos anos 1990, no continente latino-americano, apontado como eficaz para reestruturar as economias embebidas pela inflação refletida na crise dos anos 1980³². Apontado como solução para as crises que dominavam as economias latino-americanas, o Consenso de Washington organiza o projeto neoliberal.

A ideologia neoliberal, como saída à crise no plano internacional, vai sendo incorporada e adaptada às particularidades dos Estados nacionais, a partir da política imperialista dos países centrais e “tem encontrado legitimação por via democrática”³³ (NETTO, 1995, p. 29). Segundo Guerra (2013, p. 279), a partir dos anos 1980, ocorrem “a liberalização do comércio, a desregulamentação do mercado financeiro, o corte nos parques investimentos sociais e a privatização das empresas públicas compunham o novo perfil da economia latino-americana” promovida pelo neoliberalismo.

Segundo Sader (1995), a versão brasileira do neoliberalismo apresenta um caráter matizado e a sua implementação deu-se de forma menos desfavorável devido o declínio da ditadura e a abertura para o processo de redemocratização no país.

Nessas condições, o neoliberalismo encontra uma particularidade sociohistórica do país formada pelo desenvolvimento desigual e combinado, de uma classe dominante conservadora e autocrática, de movimentos sociais sufocados pelo controle do Estado, de decisões fundamentais sem a participação da sociedade, de dependência ao capital internacional que peculiariza a sua formação, de custos dessas contradições para a classe trabalhadora, entre outros.

³² Guerra (2013) notifica que a saída neoliberal foi exigida por credores, grandes investidores na região latino-americana e pelos importadores de seus produtos.

³³ Netto (1995) menciona que, no Brasil, existe uma mistificação e um cinismo, por parte de candidatos políticos, que não apresentam aos seus eleitores, o programa que será implantado no governo. Pelo contrário, eles esclarecem apenas o conteúdo minimamente necessário das suas propostas. Comparativamente, o autor lembra da britânica Thatcher que, durante a sua campanha, apresentou claramente aos seus eleitores o que seria implantando no seu governo caso ganhasse as eleições.

A distância maior em relação ao golpe [de 1964], o período de expansão econômica ocorrido ao longo dos anos 60 e 70, com a consequente renovação e fortalecimento social e político das classes subalternas, gerou uma correlação de forças menos desfavorável a estas e menos propícia para a imposição pura e simples do neoliberalismo (SADER, 1995, p. 36, grifos do autor).

Essa configuração promove o que Oliveira (1995) chamou de “neoliberalismo à brasileira”, sendo pouco estudado entre os próprios brasileiros³⁴. As suas bases foram gestadas durante a ditadura militar, sendo estendidas nos governos seguintes.

Segundo o autor (1995), a maior letalidade do neoliberalismo foi o seu ataque aos movimentos sociais, deixando-os com sentimentos de derrota.

No Brasil, Behring (2008) assinala que esse processo em curso de liberalização, privatização e desregulamentação, promovido pelo neoliberalismo, dá início a um processo de contrarreforma do Estado brasileiro.

A palavra *reforma*, mesmo dentro dos limites capitalistas, denota um caráter de mudança social objetivando ampliar direitos civis, políticos e sociais. Exemplos disso são a exemplo da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica que promoveram conquistas sociais resultantes da movimentação de lutas operárias e sociais. Nesse sentido, a palavra *contrarreforma* representa a supressão ou redução desses direitos conquistados arduamente, que serve aos ditames da classe dominante, em tempos neoliberais (BEHRING, 2008).

Uma vez que as garantias conquistadas pela Constituição Federal de 1988 amparava os direitos humanos, políticos e sociais legitimados socialmente. Porém, com a onda conservadora, essas conquistas logo implantadas foram criticadas e colocadas a serviço do mercado.

Segundo Behring (2008), o Brasil adere ao projeto da (contra)reforma neoliberal, no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), nos anos 1990, projeto esse atrelado às recomendações do BM e do FMI, inserido na dinâmica da fase de capitalismo contemporâneo. Braz e Netto (2012, p. 223) afirmam que “a configuração do capitalismo que designamos como contemporânea inicia-se nos anos setenta do século XX e continua a ter no centro da sua dinâmica o protagonismo dos monopólios

³⁴ Segundo Oliveira (1995, p. 25), “esse neoliberalismo [brasileiro] sempre foi mal estudado entre nós, sempre foi atenuado pela nossa própria ironia e capacidade de não levar a sério o que deve ser levado muito a sério”.

[...]”. Em outros termos, o capitalismo contemporâneo compreende o período que vai dos anos 1970, do pós-crise, até os dias.

Em 1995, o governo apresenta um documento orientador das propostas neoliberais, chamado de Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRE), cujo mentor foi o então Ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE)³⁵, Luiz Carlos Bresser Pereira, justificando que a crise se localiza no Estado interventor devido ao “excesso” de proteção social dos trabalhadores³⁶, argumento neoliberal para defender o corte dos gastos sociais, e prevê a redefinição do papel do Estado para bases modernas e racionais e uma refundação da relação Estado-sociedade civil (BRASIL, 1995).

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995, 12).

Bresser Pereira aponta que “o Brasil e a América Latina foram atingidos por uma dura crise fiscal nos anos 1980, acirrada pela crise da dívida externa e pelas práticas de populismo econômico” (BEHRING, 2008, p. 172). Para resolver, propõe a capacidade financeira e administrativa de governar, resultando em liberalização comercial, flexibilização, desregulamentação (abertura comercial e financeira), privatização, desmonte dos direitos sociais advindo com a Constituição de 1988, com impactos sobre a questão social³⁷.

Essas medidas neoliberais associadas ao processo de financeirização e mundialização do capital “geraram nefastas consequências para a condição de vida e trabalho da população mundial” (MARANHÃO, 2012, p. 83), buscando desenvolver propostas de cunho ideológico como eufemismo para fortalecer o capital.

1.2.1 Neodesenvolvimentismo no Brasil sob o véu do neoliberalismo

³⁵ Hoje extinto.

³⁶ Esses governos atribuem ao Estado intervencionista a justificativa da crise, devido a desmotivação dos trabalhadores, baixa produtividade, falta de competição, excesso de direitos, legislação rígida, entre outros. Trata-se assim de uma contrarreforma em curso.

³⁷ Para Behring (2008), as repercussões do contrarreforma rebatem não rebatem apenas no aparelho de Estado, mas em desdobramentos políticos, econômicos, culturais e ideológicos.

Na configuração brasileira, diante as promessas de desenvolvimento cogitadas pela ideologia desenvolvimentista, o projeto neoliberal se apresentou como uma alternativa ideológica viável ao enfraquecimento desse modelo anterior.

Dessa maneira, o neoliberalismo desestrutura o protecionismo nacional dos Estados-nações a partir dos anos 1990, articulada à mundialização do capital e reestruturação produtiva, perdendo legitimidade político-ideológica, conforme foi observado.

Por seu turno, durante as eleições à presidência da república, o candidato Luís Inácio Lula da Silva lançava as propostas de continuidade do programa neoliberal a fim de estabelecer legitimidade com setores burgueses e classe trabalhadora, conforme aponta o trecho do documento *Carta aos Brasileiros*, em 2002:

Mudar para conquistar o desenvolvimento econômico que hoje não temos e a justiça social que tanto almejamos. [...] Lideranças populares, intelectuais, artistas e religiosos dos mais variados matizes ideológicos declaram espontaneamente seu apoio a um projeto de mudança do Brasil. Prefeitos e parlamentares de partidos não coligados com o PT anunciam seu apoio. Parcelas significativas do empresariado vêm somar-se ao nosso projeto. Trata-se de uma vasta coalizão, em muitos aspectos suprapartidária, que busca abrir novos horizontes para o país. [...] O Brasil precisa navegar no mar aberto do desenvolvimento econômico e social (FOLHA, 2016, S. P.).

Castelo (2012) menciona que o termo “neoliberalismo” surge pela primeira vez, em um artigo produzido pelo ex-ministro da Reforma do Estado do governo FHC, Bresser Pereira no ano de 2004 (CASTELO, 2012)³⁸. No artigo, Bresser Pereira anuncia que “o Brasil precisa de um novo desenvolvimentismo não porque o antigo fosse equivocado, mas porque se encontra em um estágio diferente de desenvolvimento” (PEREIRA, 2016, S. P.).

No Brasil, como estratégia de consenso, a intelectualidade da classe dominante brasileira reconstrói política e ideologicamente a sua dominação, embora permeada de posições heterogêneas, passam a trabalhar com uma nova concepção de desenvolvimento, chamada de *novo desenvolvimentismo* ou *neodesenvolvimentismo* (CASTELO, 2012; MARANHÃO, 2014).

³⁸ Bresser Pereira, em 2004, publicou no jornal Folha de São Paulo um artigo, cujo título era *O novo desenvolvimentismo* (CASTELO, 2012), defendendo o enfrentamento da ortodoxia neoliberal de maior abertura ao capital internacional, de maior investimento privado no setor de infraestrutura e mostrando preocupações com a estabilidade econômica (PEREIRA, 2016).

Embora não haja um consenso entre os autores que trabalham com a temática sobre o início do neodesenvolvimentismo no país (ALVES, 2016; CASTELO, 2012; GONÇALVES, 2012; MARANHÃO, 2012; MARANHÃO 2014), compreende-se que foi durante o governo Luís Inácio Lula da Silva que o neodesenvolvimentismo assume um novo projeto burguês no país.

No Brasil, polo mais desenvolvido das economias latino-americanas e elo mais forte do imperialismo no Cone Sul, o novo projeto burguês de desenvolvimento alternativo ao neoliberalismo denominou-se “neodesenvolvimentismo” cujo primeiro ciclo histórico ocorreu sob o governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2008) (ALVES, 2016a, S. P.).

Desse modo, o neodesenvolvimentismo, desenvolvido no governo Lula, aparece como novo bloco histórico de hegemonia burguesa buscando combinar desenvolvimento econômico e justiça social como forma de se legitimar diante às classes sociais. De um lado, o “desenvolvimento econômico” atrai a atenção da classe dominante, com a oferta de crédito, mercantilização dos serviços sociais, entre outros investimentos. Por outro lado, a “justiça social” amplia programas sociais voltados para transferência de renda abaixo da linha de pobreza, articulação com setores sindicais³⁹, entre outros aspectos que aproximam os trabalhadores do governo, a fim de manter um consenso político e ideológico.

A Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015, S. P.) sobre o trabalho no Brasil nos últimos dez anos afirma que, embora ainda existam muitos desafios a seguir, percebe-se que houve avanços sociais no governo neodesenvolvimentista de Lula da Silva:

Nos últimos 10 anos, o mercado de trabalho brasileiro registrou algumas mudanças estruturais como o aumento da taxa de formalização, redução da taxa de desocupação, expansão da renda do trabalho e da massa de rendimentos, evolução real do salário mínimo, redução das desigualdades entre os estratos de renda, entre outros aspectos, que reflete um cenário diferente do observado na década de 1990. Os avanços do mercado de trabalho brasileiro no período ocorreram num contexto econômico de crescimento do País, com uma taxa de inflação oficial inferior à meta máxima estabelecida e com redução das desigualdades sociais.

³⁹ Segundo Mota (2009), algumas lideranças da Central Única dos Trabalhadores (CUT) abandonaram muitas de suas posições passando a dar suporte político de reformas no governo Lula.

De acordo com Alves (2016b), o governo Lula não encerra com o capitalismo, mas reorganiza-o. No neodesenvolvimentismo, o Estado articula o capital privado nacional para competir no mercado mundial, investe no setor de infraestrutura (como o Programa de Aceleração do Crescimento - PAC), organização de grandes empresas, eleva o salário mínimo, oferta crédito, aumenta o número de contratações formais de trabalho, transfere renda diretamente aos setores mais pauperizados da população (exemplo do Programa Bolsa Família), entre outros esforços que mesclam desenvolvimento social e elementos do desenvolvimento econômico.

Portanto, o projeto neodesenvolvimentista no Brasil mescla elementos de desenvolvimentismo popular (por exemplo, o Programa Bolsa Família e aumento do salário mínimo) e elementos do desenvolvimentismo capitalista (organização de grandes empresas a partir da indução do Estado). O tripé do neodesenvolvimentismo seria constituído por:

1. Programas de incentivo estatal a oligopolização da economia (fortalecimento de grandes grupos econômicos privados com apoio do BNDES);
2. Programas de investimentos públicos em infra-estrutura – com ou sem parceria público-privada;
3. Programas estatais de transferência de renda (bolsas, salário-mínimo e formalização salarial) visando a valorização do mercado interno de consumo (ALVES, 2016b).

O neodesenvolvimentismo reatualiza promessas de melhores condições de vida para a sociedade, usado como único projeto viável a fim de dissolver ideias socialistas, mistificado de alternativa ao neoliberalismo, mas que, na verdade, não houve ruptura. Pelo contrário, Maranhão (2014) informa que “a maioria das propostas são hegemônicas por pressupostos do social-liberalismo” que coloca o país em um novo patamar de acumulação capitalista (ALVES, 2016b). E, por seu turno, Gonçalves (2012) compreende a presença do liberalismo enraizado na proposta neodesenvolvimentista.

Conforme visto, as estratégias colocadas pelos organismos multilaterais e as respostas dadas pelos Estados capitalistas nacionais, especialmente diante da particularidade brasileira no contexto de capitalismo contemporâneo, reatualiza problemas econômicos, sociais e políticos, “longe de solucionar as contradições sociais típicas do capitalismo periférico brasileiro” (MARANHÃO, 2014, p. 334). Segundo o

portal eletrônico G1 (2016, S. P.), o desemprego atinge mais de nove milhões de pessoas, em 2015, no Brasil.

No tocante ao neoliberalismo e neodesenvolvimentismo, torna-se imprescindível analisar o seu surgimento e o seu desenvolvimento na configuração brasileira, o papel das classes sociais e do Estado, as implicações das tendências econômico-sociais mundiais, os acordos com organismos internacionais, o financiamento, a articulação com o setor privado e organizações sociais e os seus resultados no conjunto das políticas sociais brasileiras, especialmente à política de saúde.

1.3 A política social no contexto da seguridade social e a particularidade da saúde

A política social no âmbito da seguridade social é legatária do contexto de luta de classes acirrada na Europa, no final do século XIX, tendo como base a organização do trabalho. Dessa forma, trabalhadores passam a pressionar por cobertura contra perdas trabalhistas (desemprego, invalidez, aposentadoria, morte) e superação da benemerência.

Para tanto, são criados os seguros sociais na Alemanha, durante o governo de Bismarck. Mais tarde, são ampliados esses direitos, com Beveridge, na Inglaterra, em âmbito estatal, através de um sistema de seguridade social que funciona como um conjunto de medidas econômico-políticas para atender o capital e o trabalho.

Para Behring (2009b), as políticas de seguridade social em cada país variam de acordo com o desenvolvimento capitalista e a organização dos trabalhadores em função de garantir benefícios derivados do trabalho. A autora refere que existem dois princípios estruturantes da seguridade social com centralidade no trabalho: primeiro, o bismarckiano, da lógica do seguro, que garante direitos àqueles que trabalham e contribuem previamente com o sistema; e, segundo, o beveridgiano, da lógica do social, com direito à assistência sem contribuição prévia.

Partindo dessa lógica, a seguridade social no Brasil recebe esse legado internacional, integrando na Constituição Federal de 1988, nos artigos 194 a 197, as políticas de previdência, saúde e assistência social, como conquistas dos movimentos sociais e regulamentação estatal.

Do ponto de vista histórico, com relação ao Brasil, para aprender as estratégias e as contradições presentes na política de saúde, Bravo (2000) discute que o surgimento

da política no país a partir de 1930 e se consolida nos anos 1940-50, sistematizando-a em três principais períodos: previdencialista-assistencialista, privatista e universalista.

A face *previdencialista-assistencialista* da política de saúde deu-se a partir de 1930 até a década de 1960, com a acelerada urbanização, decorrente do processo de industrialização, com uma massa de trabalhadores assalariados cobrando melhoria das condições de saúde, higiene e habitação. De um lado, houve uma intervenção do Estado na saúde, com medidas voltadas prioritariamente à população urbana em detrimento da rural, com ações sanitárias, emergenciais, de combate a endemias e doenças infectocontagiosas. Por outro lado, os trabalhadores assalariados, vinculados aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) recebiam atendimento médico-curativo e individual que favorecia à acumulação capitalista no setor.

A partir de 1964, no período da ditadura militar, formada pelo binômio repressão-assistência, o Estado procura se legitimar socialmente ampliando a política assistencial. Assim sendo, com a presença de grupos monopolistas, tecnologia e investimentos internacionais, prioriza-se uma política de saúde *privatista*, com a expansão do complexo médico-hospitalar e farmacêutico, voltada para o setor privado e para os trabalhadores assalariados. A massa populacional sem cobertura previdenciária deve recorrer à filantropia e ações religiosas para solucionar questões de saúde.

Por sua vez, os anos 1980, período da transição democrática, se instalava a crise econômica no país que gerou grandes insatisfações, entrando em cena vários sujeitos políticos como: partidos políticos de oposição, profissionais de saúde, pessoas ligadas aos movimentos sociais e de Reforma Sanitária.

Aguiar (2015) e Bravo (2009) discutem que o movimento de Reforma Sanitária se desenvolveu nos anos 1980 a partir de questionamentos ao modelo privatista do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) na perspectiva de reformular o sistema de saúde.

A defesa desse projeto foi encaminhada pelo Movimento de Reforma Sanitária que aglutinava vários atores sociais, como sanitaristas, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como principais veículos de difusão do debate sobre saúde, além de partidos políticos de oposição ao regime autocrático burguês, parlamentares de esquerda, líderes comunitários, sindicatos, intelectuais e estudantes, contribuindo para um debate que permeou a sociedade civil. Segundo Bravo (2009, p. 96):

As principais propostas discutidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Segundo Aguiar (2015), o movimento usou taticamente a ocupação de espaços institucionais e a implementação de programas de expansão de serviços e sua descentralização com as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

Aguiar (2015) e Bravo (2009) concordam que o fato histórico marcante e fundamental para esse debate sobre a saúde aconteceu com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, conduzindo as pressões para a sua inscrição jurídica na Constituição Federal de 1988, embora as propostas de organizassem em torno de dois blocos de poder: de um lado, o movimento da Reforma e, do outro, o setores privados (grupos empresariais) e multinacionais da indústria farmacêutica, que discutiram os seus interesses.

A análise da política de saúde feita por Bravo (2009) entende que o movimento sanitário contribuiu para a politização da saúde, deixando de ser interesse restrito dos técnicos para assumir uma posição política e democrática com diversos atores. Conceituando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, articulada organicamente à seguridade social, abrangendo não apenas a saúde como ausência de doenças, mas considerando as condições econômicas e sociais sobre o processo saúde-doença diante as diversas esferas da vida social como: condições de moradia, segurança, trabalho, nutrição, educação, renda, lazer, mobilidade, expectativa de vida, entre outros aspectos que interligam a vida de um sujeito.

Bravo (2009) ainda pontua que o texto constitucional atende, em grande parte, as propostas do movimento sanitário. Mas, como destaca Aguiar (2015, p. 36), embora o capítulo da saúde tenha sido inscrita no SUS, “a reforma não se acaba com esse ato”. Os desafios foram/estão postos, pois mesmo com a sua garantia constitucional, as

mudanças tiveram pouco impacto na operacionalização da melhoria das condições de vida e saúde das famílias e indivíduos.

Para Bravo (2009), além dos limites estruturais que envolvem a política de saúde, as forças progressistas dos anos 1980 passaram a perder espaços políticos no interior dos aparelhos institucionais, considerados pela autora como importantes.

Assim, as contradições no contexto das políticas de seguridade social brasileira encontram respaldo nos anos 1990, quando o país se alinha com a política neoliberal norte-americana e inglesa, desenvolvendo o processo de reforma do Estado.

Em vista disso, Simionato (2001) analisa o sistema de seguridade social a partir da reforma do Estado em países do Mercosul (Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai)⁴⁰, avaliando o papel fundamental dos organismos internacionais, como o BM, que viabiliza um consenso na condução da reforma dos Estados, a partir dos anos 1990.

Cumprir informar o papel da OMS, a partir dos anos 1990, após a sua retomada no cenário da saúde diante o período de proeminência do BM. Mattos (2001) avalia o esforço da OMS nessa direção estratégica, postulando reformas e reestruturações dos sistemas de saúde, elaborando disciplina de políticas, priorizando pesquisas, alocação de recursos, entre outros, aos países em desenvolvimento (MATTOS, 2001; BROWN, 2006). Também Mattos (2001, p. 379) imprime que:

A OMS é a agência especializada das Nações Unidas para a saúde. Concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, ela se engaja em um grande número de iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de iniciativas voltadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde. Para tal, a OMS conta com recursos de duas fontes: os recursos orçamentários das Nações Unidas e os extraorçamentários, oriundos de doações voluntárias de países-membros a projetos específicos. Portanto, a arquitetura institucional [...] foi desenhada pelo governo americano como parte de seu projeto político de hegemonia mundial.

Esses países em desenvolvimento, devido às suas particularidades sociohistóricas, estágios de desenvolvimento capitalista e inserção da economia em escala internacional, vêm sofrendo impactos e consequências drásticas nas políticas de proteção social, onde o Estado de Bem-estar Social nem chegou a ser constituído na sua

⁴⁰ O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é uma cooperação regional de cunho econômico-social entre países do cone sul da América Latina, abrangendo Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, fundada em 1991, pelo Tratado de Assunção, com o objetivo de eliminar as barreiras econômicas entre esses países e fomentar mercados.

expressão clássica. Segundo a autora (2001), o Estado vem repassando para o mercado e organizações sociais a condução das políticas sociais como saúde, previdência e assistência social.

Simionato (2001, p. 35) aborda que a sociedade civil, reconhecida como canal institucional de controle das ações governamentais, passa a ser “articulada em torno de organizações filantrópicas e comunitárias, Organizações Não Governamentais (ONGs) e instituições do gênero”.

Também chamada pelo capital de “terceiro setor”⁴¹, conceito ideológico que divide a sociedade em fragmentos, despolitizando a classe trabalhadora, funcional ao neoliberalismo (MONTAÑO, 2008), fortalece as estratégias de desmonte dos institutos de representação coletivos, representa os interesses do setor privado, responsabilizando-se pelo encaminhamento de projetos de enfrentamento às expressões da questão social, realizando parcerias com os organismos internacionais em nome da cidadania, da refilantropização e da solidariedade.

Em consonância com os apontamentos de Simionato (2001), o referido Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado no Brasil apresenta a transição democrática nos anos 1980 e a Constituição Federal de 1988 como retrógradas, onerosa aos cofres estatais. Culpa o Estado intervencionista pela crise dos anos 1980, critica a estabilidade do servidor público, chama o cidadão de “cliente privilegiado” e “cidadão-cliente”, estabelece “parceria” com a sociedade civil para controle social e financiamento, transfere ao setor privado a tarefa da produção, descentraliza para o setor público não-estatal (organizações sociais⁴²) a produção de serviços como saúde, educação, ciência e

⁴¹ Montañó (2008) tece uma crítica radical ao “terceiro setor”, como um fenômeno de denominação ideológica que encobre a funcionalidade ao projeto neoliberal no novo enfrentamento às expressões da questão social. O emprego da terminologia entre aspas não é fortuita, diz o autor, pois está vinculada à ideia de segmentação da realidade social, fruto da tradição positivista, em que o primeiro setor seria o Estado, o segundo setor o mercado. Envolve um número significativo de organizações e instituições, como: organizações não governamentais (ONGs), sem fins lucrativos (OSFL), instituições filantrópicas, empresas “cidadãs”, entre outras. Também abrangem sujeitos individuais, voluntários ou não. Segundo o portal eletrônico G1 (2016), o número de ONGs no país apresentado pelo IBGE, entre 1996 e 2005, mais que dobrou no país.

⁴² As Organizações Sociais fazem parte do Programa Nacional de Publicização e são entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária, autonomia financeira e administrativa, conforme recomendações do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (BRASIL, 1995).

tecnologia, chamando de “publicização”⁴³, entre outras atividades que contemplem a reforma do Estado (BRASIL, 1995; MONTAÑO, 2008).

Conforme analisa Behring e Boschetti (2010), a redução de direitos sociais e políticas sociais universais têm como pano de fundo a crise capitalista dos anos 1970 e as estratégias de acumulação, em escala global, que corroeu o Estado de Bem-Estar Social, implantando um pluralismo de bem-estar social ou economia mista de bem-estar social, que consiste na redução do papel do Estado, na provisão de bem-estar em proveito do mercado e da sociedade civil, no que tange ao sistema de seguridade social brasileira (SILVA, 2010).

Um contexto marcado pelas medidas de privatização, de redução da intervenção estatal ou de implantação de formas híbridas de gestão social pela combinação da ação estatal com a de organismos privados, sob a diretriz da municipalização. [...] O que se observa, de fato, é a tendência de complementaridade e de mixagem das ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, fomentando as ações privadas na área da seguridade social (SILVA, 2010, p. 137).

Entre as propostas desse processo de reforma brasileira, influenciada por organizações internacionais no tocante à seguridade social, encontram-se a focalização, a privatização e a descentralização, que estreitam os laços de solidariedade entre Estado e mercado, precarizando as políticas que integram a proteção social brasileira (SILVA, 2010).

Integrante do sistema de seguridade social, enfatiza Silva (2010, p. 139), “a assistência social⁴⁴ tem sido um modo de satisfazer necessidades sociais que o mercado não satisfaz”, sendo-lhe subsidiária, apresentando-se como uma forma de reduzir o impacto social das políticas econômicas de concentração de renda.

Desse modo, a assistência social, referendada pela Constituição de 1988 como política pública, vem sofrendo uma hipertrofia no contexto da seguridade social. Segundo Miotto (2013), a centralidade da família nessa política torna-se potencializadora com a diretriz da matricialidade familiar.

⁴³ Segundo o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (BRASIL, 1995, p. 6), a publicização dos serviços não-exclusivos do Estado quer dizer a sua transferência do setor estatal para o público não-estatal, assumindo a forma de organizações sociais”.

⁴⁴ A assistência social historicamente apresenta duas concepções de perceber o grupo familiar: uma diz respeito à assistência em forma de ajuda pública, na qual o Estado intervém apenas em situações pontuais e provisórias, e, a outra, entende a assistência voltada à família como direito social, minimizando a carga de responsabilidade familiar (MIOTTO, 2013).

Um exemplo é o atual programa de garantia de renda mínima, Bolsa Família - que representa possibilidade de consumo sob a lógica mercantil - em que o próprio nome deixa explícito o caráter familista que norteia tal política. Na lógica desse programa, as famílias consideradas falidas pela sua “incapacidade” de provimento social são “beneficiadas” pela transferência de renda, mas devem ser condicionadas e capacitadas para “descobrir” potencialidades individuais e coletivas empreendedoras (MIOTO, 2009).

No tocante à política de previdência social, o discurso do *deficit* fiscal do Estado ganha forte adesão em tempos de ajustes neoliberais como uma das formas de liberar pagamento da dívida pública. Aqui, também cabe destacar o desemprego e as mudanças nas relações de trabalho, pautadas pela informalidade e flexibilização que repercutem diretamente na realidade social de muitas famílias que precisam trabalhar mais, contribuir mais e receber menos, especialmente a partir da reforma da previdência em 1998, e a proposta de sua continuidade em 2003. Segundo Silva (2010), a alegada crise do sistema previdenciário é, na verdade, a crise da economia capitalista.

Com relação à política de saúde, segundo Silva (2010, p. 145), “a saúde é a área da política social em que mais se vislumbra, com maior clareza, a tendência privatizante, na prática mais do que no próprio discurso”. Enquanto o SUS, como uma das pautas de lutas do movimento de Reforma Sanitária, assegurado no texto constitucional, vem perdendo a disputa para um projeto de saúde voltado ao mercado (BRAVO, 2009), oriundo da disputa entre projetos societários.

Diante os avanços conquistados socialmente, Bravo (2000) analisa que existem muitos desafios a serem realizados.

Conforme aponta Simionato (2001), a reforma do Estado na política de saúde, especialmente nos países do Mercosul, receptores das recomendações dos organismos internacionais, apresentam um pacote básico de serviços para a saúde ofertada pelo Estado, como a atenção primária, medicamentos básicos, e os serviços de alto custo, como consumo de medicamentos, exames complementares, oferta de serviços etc. para àqueles que podem comprar no mercado.

Um dos grandes articuladores da reforma na área da saúde é o Banco Mundial. [...] As recomendações do Banco Mundial para a reforma da política de saúde no Brasil estão assentadas em cinco pontos: consolidação das reformas institucionais, fortalecimento da capacidade de formulação de políticas, análise e contenção de custos,

aperfeiçoamento da regulação do mercado e fortalecimento da qualidade na prestação de serviços (SIMIONATO, 2001, p. 36-37).

Segundo Aguiar (2015), as reformas neoliberais sobre o SUS nos anos 1990 receberam influência de programas em saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvidos em outros países, a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978. Assim, a APS passa a ser incorporada pelo Ministério da Saúde, que descentralizou o repasse de recursos e municipalização das ações do setor para secretários municipais de saúde, configurando como um elemento importante na política de saúde nessa década.

Integrante dessa política, no país, o Programa Saúde da Família foi divulgado inicialmente em 1994, mas a partir de 1996 passa a ser conferido como uma Estratégia de mudança do modelo assistencial. A ESF faz parte da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que atende a demanda de nível primário da população. Apresenta-se como a porta de entrada dos serviços de saúde (AGUIAR, 2015).

Segundo Mioto (2009), a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem se constituindo como programa de atendimento para as famílias “carentes”, em vez de ser uma estratégia de cobertura universalizante.

Bravo (2009) enfatiza que durante o governo neodesenvolvimentista de Lula da Silva (2003-2011), houve aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, como a focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, entre outros. Além do desfinanciamento na área e formas mascaradas de privatização entre as quais se destacam as OSs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outras.

Com relação ao financiamento, no governo Dilma, a aprovação da lei n. 13.097/2015, que apoia a entrada de capital estrangeiro na saúde; as privatizações com as fundações privadas, OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), EBSERH, parcerias público-privadas (PPP) e outras modalidades⁴⁵; a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 45/2014 que propõe a todo trabalhador a

⁴⁵ A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde organizou o documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, com base em dados concretos sobre a realidade de estados e municípios onde as OS funcionam como modelo de gestão de serviços públicos presente na política de saúde no país (CFESS, 2016).

obrigatoriedade de plano de saúde privado⁴⁶; a proposta da OMS sobre a Cobertura Universal da Saúde que atende o mercado; entre outras (CFESS, 2015).

Os gastos com saúde no Ministério da Saúde não chegam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB), como revela a Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) (2013). As despesas com Saúde do Ministério da Saúde representaram 1,65%, em 2010; 1,75%, em 2011; 1,82%, em 2012; e 1,76%, em 2013. Em relação à participação dos gastos da saúde no orçamento da seguridade social, a tendência ao longo da última década foi reduzir o seu percentual, como revela a tabela 1.

Tabela 1. Recursos liquidados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) (2000-2012) (Em bilhões de reais)

Ano	Receita do orçamento da seguridade social (A)	Recursos liquidados no FNS (B)	% B/A
2000	120,6	18,8	15,6
2001	136,8	20,4	14,9
2002	157,4	21,1	13,4
2003	180,4	24,5	13,6
2004	220,3	32,1	14,6
2005	278,1	34,5	12,4
2006	303,1	40,7	13,4
2007	347,2	45,7	13,2
2008	364,9	50,2	13,8
2009	392,8	58,2	14,8
2010	458,6	61,0	13,3
2011	528,1	72,3	13,6
2012	590,5	80,0	13,5
2013	650,9	85,4	13,1

Fonte: Anfip, 2013.

O subfinanciamento que vem ocorrendo na política pública de saúde, conforme mostra a tabela 1, tem como estratégia sucatear o sistema de saúde público e estimular a entrada de capital estrangeiro, alterando assim a Lei n. 8.080/1990, tornando a saúde um

⁴⁶ Segundo Radis (2015), a PEC 451/2014, de autoria do atual Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, esconde a armadilha que viola o direito à saúde, conquistado na Constituição Federal de 1988 e beneficia parlamentares através da doação de campanha eleitoral. Cabe lembrar que Eduardo Cunha, segundo as informações, teria recebido R\$ 250 mil como doação do Bradesco Saúde S/A para a sua campanha.

bem comercializável, inviabilizando o projeto do SUS, proposto pelo movimento de Reforma Sanitária nos anos 1970, que exigia um modelo gratuito, público e universalizante. A nova Lei n. 13.097/2015, resultante da pressão do setor empresarial, incentiva o consumo privado, estimula a fragmentação do sistema de saúde brasileiro e descumpra os dispositivos constitucionais (BRAVO, 2009; RADIS, 2015).

Diante esses apontamentos, também no governo Dilma Rousseff (2010-2016), com a política de ajuste fiscal, fica notório o subfinanciamento na política de saúde brasileira, especialmente no início de seu segundo mandato, em 2015, quando anunciou um corte em seu orçamento em 11,7 bilhões de reais, segundo informações do portal eletrônico *Estadão* (2015).

Consequentemente, diz a Radis (2016) que o gasto total com saúde no Brasil é de 9,5% do PIB, onde 47,5% é de responsabilidade do setor público e a maioria (52,5%) dos gastos são das famílias, que recorrem ao setor privado para obter serviços de saúde, criando uma dualidade socioeconômica entre os que podem e os que não podem pagar. Assim sendo, enfatiza a importância do controle social no que diz respeito às ações em saúde (RADIS, 2016).

Aponta ainda que a dívida pública, em 2015, consumiu 42% do orçamento da União, sendo direcionada à política de saúde apenas 4%, tendo uma relação direta com o subfinanciamento. Além disso, existe a Desvinculação de Recursos da União (DRU), que elimina da Constituição de 1988 os preceitos que obrigam a União, estados e municípios gastarem um percentual do orçamento arrecadado no setor saúde (BRAVO, 2009).

Segundo Radis (2016), a prioridade dada do Estado ao pagamento de empréstimos, de juros e amortizações da dívida pública brasileira a bancos de investidores estrangeiros favorece o capital financeiro e penaliza direitos sociais, que transfere os recursos das políticas sociais para a acumulação do capital.

No tocante ao Congresso Brasileiro, que se beneficia do capital financeiro, do agronegócio, do conservadorismo religioso e da segurança pública, existem projetos em relação à saúde em disputa. Na Frente Parlamentar da Saúde⁴⁷ existem três grupos formados por: os que defendem a saúde pública e gratuita, àqueles das santas casas e instituições filantrópicas e os que advogam pelos interesses à saúde privada, onde “o

⁴⁷ A Frente Parlamentar da Saúde, criada em 1993, reúne 201 deputados e 10 senadores com interesses contraditórios (RADIS, 2015).

peso das instituições privadas e filantrópicas é bem maior na bancada da saúde” (RADIS 2015, p. 17).

Como exemplo de ataque ao SUS no Congresso, em 2015, o projeto Agenda Brasil⁴⁸ propôs mudança constitucional para cobrar procedimentos do SUS aos usuários conforme a sua faixa de renda, alegando minimizar os efeitos da crise econômica. Essa arena de disputas no Congresso, especificamente na área da saúde, reflete a conjuntura política presente no volume de doações do setor privado durante as campanhas eleitorais⁴⁹. No entanto, o projeto Agenda Brasil sofreu recuo por conta dos movimentos sociais, que estão em vigilância sobre o retorno do texto (RADIS, 2015).

Assim sendo, a importância da atuação de grupos políticos ligados à classe trabalhadora na defesa do SUS universal defendidos na XV CNS, em 2015, por uma saúde pública e de qualidade. Entre esses grupos, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde criticou em seu portal eletrônico a burocratização e os precários debates em torno da política, priorizando o apoio à gestão de governo da presidente Dilma Rousseff diante o contexto de crise político-econômica no país (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

O Estado repassa o mínimo de atendimento em saúde para as famílias, cabendo-lhe prestar assistência a seus membros, a fim de evitar adoecimentos, geradores de improdutividade laboral.

Nesse espaço, ocorre um contexto marcado pela mixagem entre ações do próprio Estado, da sociedade civil e do mercado. E com relação aos modelos de bem-estar social, Silva (2010, p. 115) diz que “não se pode afirmar, pelo menos no caso do Brasil, que há um Estado de Bem-Estar Social”, considerando os entraves e os desafios “pré” e “pós” Constituição Federal de 1988.

Portanto, a seguridade social brasileira, em especial a política de saúde, em tempos de crise e respostas capitalistas, tende a privilegiar o mercado, para manutenção das taxas de lucros, tendo o Estado como administrador de crises com desdobramentos na família.

⁴⁸ O projeto Agenda Brasil, de autoria do atual presidente do Senado, Renan Calheiros (PMDB-Alagoas), em 2015, prevê um SUS para os que podem pagar e um SUS para os que não podem (RADIS, 2015).

⁴⁹ Desde 2002, “foram R\$ 54,9 milhões repassados por essas empresas para 131 candidatos a diferentes cargos, valor cerca de 4,5 vezes maior do que o doado em 2010” (RADIS, 2015, p. 17).

Capítulo 2 Política Nacional de Saúde Mental e família

A Política Nacional de Saúde Mental não pode ser vista como desarticulada da política de saúde brasileira, pois a ela se integra, regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990).

No entanto, como afirmam Behring e Boschetti (2010, p. 46), a política social “não é a via de solução para a desigualdade”, evitando uma visão salvacionista de erradicação das expressões da questão social, uma vez que são intrínsecas a esta sociedade capitalista, baseada na exploração do capital sobre o trabalho, no fetichismo da mercadoria, na escassez e na miséria em meio à abundância .

A política social tem a sua relevância nos limites da sociedade burguesa, a exemplo da política de saúde mental, que vem desinstitucionalizando o sofrimento mental, transformando a vida dos usuários, promovendo liberdade de transitar no ambiente familiar e social e de reconstruir as suas histórias. Necessita de lutas políticas para que as próximas gerações possam desfrutar de dignidade e respeito, considerando que o sofrimento mental é inerente à condição de ser humano, mas que pode ser aliviado pela proteção social do Estado.

Dessa maneira, a compreensão da dialética em relação à política de saúde mental e a sua mediação com a família necessita relacionar o surgimento e o desenvolvimento das expressões da questão social, as estratégias de acumulação capitalistas, a intervenção do Estado na sua regulamentação e implementação, as questões estruturais da economia, os valores reproduzidos na sociedade e os interesses das classes sociais e de seus representantes (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

2.1 Política Nacional de Saúde Mental brasileira: trajetória internacional e nacional

A política de saúde mental brasileira encontra-se imbricada histórica e socialmente com os movimentos da Reforma Sanitária brasileira e das determinações particulares que entrelaçaram o contexto de reformas psiquiátricas no início do século XX no contexto internacional.

Estas reformas foram respaldadas pela agenda político-econômica do Estado capitalista na fase dos monopólios para atender as refrações da questão social, a

manutenção dos superlucros, a preservação da força de trabalho e a absorção das reivindicações dos movimentos de trabalhadores para a sua legitimação (NETTO, 2011).

Para apreender as estratégias e as contradições presentes na política de saúde mental brasileira, será necessário contextualizar os processos sociohistóricos relacionados à história do sofrimento mental em períodos pré-capitalistas e capitalistas no contexto internacional e na intervenção estatal no Brasil. Embora com as particularidades históricas de sua formação, o país desenvolve um alinhamento teórico-prático interconectado com as discussões e intervenções sobre a “loucura” dos países centrais.

Segundo Marx (2009), as relações históricas primordiais do ser humano no início da história dizem respeito à produção dos meios de subsistência, a produção de novas necessidades e a reprodução das pessoas através da família, do intercâmbio social e da consciência. Nesse primeiro estágio da humanidade, conhecido como sociedade tribal ou primitiva, corresponde a uma fase não desenvolvida da produção e da divisão do trabalho, onde os povos se alimentavam da caça e da pesca, da criação de gado ou, quando muito, da agricultura.

A sua estrutura social limita-se a uma extensão da família: chefes da tribo, membros e escravos⁵⁰.

Ao longo da vida primitiva, segundo Brasil (2003, p. 15), “sem o conhecimento científico para explicar o mundo que o cercava [...], o conceito de doença mental estava ligado a explicações mágico-religiosas” e forças sobrenaturais. Essa apreensão do sofrimento mental se expande para outros períodos sociohistóricos, passando a ser compreendido como oriundo, tanto de interferência divina, quanto do castigo dos deuses ou dos demônios.

No período da civilização de Grécia e Roma, por exemplo, havia um misto de métodos para “tratar a loucura”: os gregos utilizavam rituais mágicos, exorcismo, tortura, entre outros. Já entre os romanos, também haviam leis relacionadas a casamento, responsabilidade e crime.

⁵⁰ Engels (2013), com base nos estudos de Morgan, localiza, nesse período, os estados chamados de selvagem e barbárie, onde predominam as relações sociais tribais (*gens*) e os matrimônios por grupos familiares. O trabalho era desenvolvido pelas famílias e não havia a divisão entre vida pública *versus* vida privada, pois a vida comunal era formada por todos, com obrigação de se ajudarem mutuamente e de se socorrerem, não havia separação entre os sexos e tudo era repartido entre todos, inclusive os cuidados entre os membros.

Na Grécia Antiga, mesmo que os distúrbios mentais fossem encarados ainda com origens sobrenaturais, procurou-se em causas somáticas a origem dos distúrbios mentais. Neste novo pensamento, a doença era causada pelo desequilíbrio interno, originado pelos humores corporais” (BRASIL, 2003, p. 16).

Por sua vez, em Roma, surgiu uma concepção diferente com relação aos ditos loucos. Pela primeira vez, criaram leis sobre “insanidade e embriaguez, que, se presentes no ato do crime, poderiam diminuir o grau de responsabilidade do criminoso. Outras definiam a capacidade do doente mental para contratar casamento, divorciar-se, dispor de seus bens, fazer testamento e até testemunhar” (BRASIL, 2003, p. 16).

Esse momento sociohistórico era caracterizado pela união de várias tribos que, por meio da troca e intercâmbio, formavam as cidades, o desenvolvimento da propriedade privada móvel e imóvel, a ampliação da divisão social do trabalho, a oposição entre campo e cidade, as atividades da indústria, comércio e arte, a divisão de classes sociais entre cidadãos e escravos e a formação do Estado como representativo da classe dominante (ENGELS, 2013; MARX, 2011).

O declínio do Império Romano e a conquista pelos bárbaros acarretou destruição de forças produtivas, como a agricultura, o comércio e a indústria, causando modificações na organização da vida social existente. Com o passar dos anos, as populações eram rurais, organizadas em territórios extensos, chamados feudos, desenvolvendo novas formas de vida em sociedade com base na divisão do trabalho e de classes sociais (sacerdotes, guerreiros e trabalhadores, onde estes últimos eram a classe produtora direta que sustentava a estrutura social) (HUBERMAN, 2013, MARX, 2011)⁵¹.

Nesse sentido, Brasil (2003) afirma que doenças contagiosas eram comuns na época medieval, como a peste negra e a lepra, causando medo e assolando grande parte da população europeia⁵².

Em meio a esses agravamentos foram criadas instituições de internação filantrópicas religiosas, chamadas de leprosários, para abrigar os doentes, isolando-os do seu contexto social, atribuindo salvação espiritual pelos agravos de saúde, com implicações políticas, sociais, religiosas e morais (BRASIL, 2003).

⁵¹ Segundo Brasil (2003, p. 17), a Igreja influenciou culturalmente a vida social medieval retroalimentando ideias religiosas da “loucura” semelhantes a épocas anteriores.

⁵² Segundo Huberman (2013, p. 38): “na França, Inglaterra, nos Países Baixos e na Alemanha, entre um terço e metade da população foi dizimada! A peste assolou todos os países europeus entre 1348 e 1350”.

No final da Idade Média, os leprosários permanecem desocupados por mais de dois séculos, retomando as suas atividades no período da Renascença devido o desaparecimento da lepra no mundo ocidental. O alargamento dessas instituições de internações pela Europa, criadas no século XVII, incluem os Hospitais Gerais, casas de correção, prisões, *workhouses* (“casas de trabalho”) como imperativo de trabalho.

Sobre a história do sofrimento mental na época medieval e início do capitalismo, deve-se notar o trabalho de Michel Foucault em *A história da loucura na idade clássica* (2014), onde denomina o conjunto dessas instituições de “a grande internação”, embora abordando uma perspectiva micropolítica das relações de poder entre a psiquiatria e a “loucura”, com implicações socioculturais.

Pegoraro (2009, p. 253), afirma que “ao longo de todo o período identificado como pré-capitalista europeu, a família era a instituição responsável pelos cuidados daqueles considerados loucos”. Desse modo, a “loucura” se constituía com a noção de sagrado, seja religioso ou demoníaco (JACCARD, 1981), apreendida de forma diversa daquela que viria a ser a sociedade capitalista, com características mais complexas, centrada no poder médico-psiquiatra e na instituição que imperava sobre esses sujeitos sociais.

Segundo Behring e Boschetti (2010, p. 47), as sociedades pré-capitalistas não privilegiavam o mercado, assumiam algumas responsabilidades sociais no “intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem”.

Os hospitais gerais⁵³ ainda não apresentam nesse momento um caráter médico, mas servem para internar pessoas consideradas marginalizadas da sociedade diante à nova ordem socioeconômica burguesa capitalista, que enchiam as ruas de mendigos, doentes, pobres, marginalizados, inclusive mulheres e crianças, decorrente da massa camponesa expropriada das terras feudais que chegavam às cidades no início da urbanização europeia. Assim, tinham de esperar nas filas do exército industrial de

⁵³ O hospital, fundado inicialmente em Lyon, na França, quarenta anos antes de Paris, situado numa região industrializada, tendo em vista ocultar a pauperização, caracteriza-se como instituição moral, atribuída de aparelho jurídico e administrativo de assistência e repressão da classe dominante, onde os seus diretores detinham plenos poderes para punir os seus internos. Por conseguinte, a população que se internava era obrigada legalmente a trabalhar a fim de abandonar a preguiça e o ócio, sob pena de punições severas (FOUCAULT, 2014).

reserva os que não conseguiam oportunidade de trabalho no contexto de emergência da sociedade capitalista⁵⁴.

As pessoas em sofrimento mental estavam incluídas à população marginalizada no internamento como “caso de polícia”, por serem consideradas perturbadoras do espaço social. No entanto, reconhecidas como improdutivas, sem razão e incapacidade para o trabalho e para a vida coletiva, houve a necessidade de conferir a essas pessoas um regime especial, identificada no século XVIII pela era do Iluminismo.

Para uma sociedade que iniciava um processo de produção capitalista, a existência de indivíduos portadores de transtornos mentais, ou de alguma forma “inúteis” à nova ordem econômica (tais como os “loucos”, os criminosos e os mendigos), andando livres de cidade em cidade tornava-se uma ameaça. Os antigos “depósitos de leprosos”, cuja ameaça já não se fazia tão presente, abriram suas portas para a recepção destes novos “inquilinos”. Sem preocupar-se em resolver esses problemas sociais, a nova ordem político-social decidiu pelo isolamento destes seres considerados “improdutivos”. Excluídos do mundo, os enfermos mentais foram trancafiados nos porões das prisões juntamente com todos aqueles que por algum motivo não participavam da nova ordem mundial. A semente dos manicômios havia sido plantada (BRASIL, 2003, p. 18).

O período iluminista, caracterizado pela centralidade da racionalidade crítica no questionamento filosófico e da ciência, com avanços na medicina e nas ciências naturais através do positivismo, encerra por patologizar os problemas sociais, equiparando os processos sociais ao funcionamento e fisiologia do corpo humano por leis naturais (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

O trabalho do sociólogo francês Durkheim reflete as ideias de evolução das espécies de Darwin para a análise do social, com analogias organicistas de condição mórbida e patológica da sociedade, a exemplo da questão da pobreza, desemprego, conflitos familiares e sociais, entre outras, defendendo as corporações e instituições que funcionam como “coesão social”, evitando assim o estado de anomia dos indivíduos (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

⁵⁴ Nesse sentido, as experiências de caridade católicas sobre a extrema pobreza passam a ser responsabilidade do Estado. Aqui, o movimento de Reforma Protestante teve um papel influente para a laicização dessas instituições de internamento, em transformar os bens da Igreja em obras profanas, aliada ao Estado capitalista, valorizando a ética do trabalho e a moralidade para resolver os problemas sociais.

Esse olhar positivista sobre a sociedade influenciou a forma de visualizar e intervir sobre os marginalizados dentro dos hospitais gerais, conferindo o imperativo do trabalho para impedir a mendicância, a ociosidade e outras “desordens”. Mas como as pessoas em sofrimento mental não conseguiam se adaptar a essa realidade pela ausência de razão, a partir de 1793, o médico clínico francês Philippe Pinel⁵⁵, conhecido como o pai da psiquiatria, identificou nos hospitais esses indivíduos, postulando o seu isolamento dos demais internos, organizando o surgimento dos hospitais psiquiátricos como seu lugar social, transformando-se em *locus* de observação, classificação nosográfica e descrição de sintomas para alcançar a cura e devolver à sociedade indivíduos aptos para o trabalho⁵⁶.

A França nesse período presenciava a Revolução Francesa, no final do século XVIII, sendo palco de um momento histórico de várias transformações sociais, econômicas, políticas e culturais (HOBBSAWN, 1996)⁵⁷. Amarante (2007) aborda que a Revolução Francesa causou grandes e importantes mudanças societárias, como também no campo da saúde, da medicina, e em especial, da psiquiatria. Assim, nas instituições de internamento:

Foi nestas instituições que muitos médicos foram atuar no sentido de humanizá-las e adequá-las ao novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa, e acabaram por transformá-las em instituições médicas. Em uma palavra, o hospital foi medicalizado; foi transformado ‘na’ instituição médica por excelência (AMARANTE, 2007, p. 24-25).

Assim, “as condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura” (AMARANTE, 1995, p. 24).

⁵⁵ Além de médico e filósofo, Pinel tinha carreira como deputado. Foi um dos elaboradores da primeira constituição republicana pós Revolução Francesa.

⁵⁶ Nesses termos, “o hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença” (AMARANTE, 1995, p. 26).

⁵⁷ Descrita por Hobsbawn (1996, p. 11) como “um movimento de acontecimentos tão extraordinário, tão cedo reconhecido universalmente”, analisado pelo autor como um movimento da classe média, que sofre tentativas de ocultamento e indiferença de sua história como funcionais ao capitalismo. A Revolução Francesa deixou uma herança histórica de lições revolucionárias necessárias para os séculos posteriores, como a Revolução Russa, em 1917, e a crise do socialismo real no fim do século XX que acabou por atingir a tradição marxista de interpretação da Revolução Francesa.

O saber psiquiátrico detinha a apropriação da tutela sobre o “louco” devido à noção de risco, periculosidade e ausência de razão. Deliberava a verdade, segregação e morte da pessoa em sofrimento mental se legitimando por meio da pretensão de neutralidade, da origem biológica das patologias com base nas ciências naturais, na tentativa de encobrir valores e poderes da vida de sujeitos sociais.

Entretanto, o modelo fechado e autoritário dos hospitais psiquiátricos, torna-se alvo de questionamentos, pois lembrava uma instituição absolutista que contraria os princípios de “liberdade, igualdade e fraternidade” defendidos pelo contexto sociohistórico da França revolucionária, facilitando o caminho para possíveis reformas psiquiátricas. Como exemplo, tem-se a Colônia de Alienados como primeiro modelo de reforma ao hospital psiquiátrico pineliano. Todavia, no decorrer dos anos, segundo Amarante (1995) e Butti (2015), as colônias tentaram encobrir críticas e fortalecer o saber médico, não se diferenciando da realidade dos hospitais.

As tentativas de reformar os hospitais psiquiátricos apenas aparecem como alvo de questionamentos no início do século XX, segundo a literatura (AMARANTE, 1995; 2007). Quando, no pós Segunda Guerra Mundial, durante o alargamento das formas de proteção social do *Welfare State* e discussão sobre os direitos humanos e sociais, reacendem críticas aos hospitais, afirmando a sua semelhança a campos de concentração no contexto de capitalismo monopolista, desperdiçando uma força de trabalho produtiva (AMARANTE, 1995; 2007; NETTO, 2011).

Essa discussão atravessa o período de Guerra Fria, em que novas estratégias de produção e reprodução capitalistas propõem recuperar os indivíduos invalidados e desperdiçados pela guerra que, também, passam a requisitar novas demandas e respostas da assistência psiquiátrica após as experiências traumáticas vivenciadas nos conflitos. Dessa forma, as reformas dos hospitais tornam-se um imperativo social e econômico entre os países centrais capitalistas (BUTTI, 2015).

Amarante (1995; 2007), enquanto militante da Reforma Psiquiátrica brasileira, pontua que as reformas psiquiátricas aparecem de forma heterogênea, classificando sua periodização histórica em:

- 1) reformas restritas aos próprios hospitais, com práticas de sociabilidade (Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Institucional);
- 2) reformas que direcionam estratégias extra-hospitalares, apresentando o ideal da saúde mental (Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva); e

3) por último, reformas no sentido de encerrar a estrutura hospitalar, rompendo com os movimentos anteriores, apontadas como desconstrução e invenção do atendimento psiquiátrico (Antipsiquiatria e Tradição Basagliana).

A experiência de Comunidade Terapêutica (CT) em um hospital psiquiátrico na Inglaterra, nos anos 1950, representa a centralidade do trabalho na sociedade capitalista, colocando os “loucos” para exercerem atividades laborais, atribuindo à “loucura” uma mão de obra produtiva desperdiçada. Assim, “a carência de mão de obra – tanto técnica, especializada, quanto auxiliar – pontua a urgência de esgotar todas as possibilidades existentes, sem as quais o hospital não poderia cumprir sua tarefa” (AMARANTE, 1995, p. 29).

O modelo CT mostra avanços com as técnicas de práticas grupais com os usuários, acompanhamento familiar, iniciativas de horizontalidade nas relações, mas com práticas funcionalistas e restritas ao hospital, sem questionar os aspectos societários subjacentes à realidade social (AMARANTE, 1995).

Por conseguinte, a Psicoterapia Institucional surge na França, também nos anos 1950, após várias denúncias sobre situações degradantes dos internos dentro dos hospitais franceses. De acordo com Amarante (1995, p. 32), “uma novidade trazida pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (daí a adequação do termo psicoterapia institucional)”.

No grupo de mudanças para práticas extra-hospitalares, o movimento de Psiquiatria de Setor tem início na França, nos anos 1960. Assim como o espaço organizacional dos hospitais se divide em setores, alas, pavilhões etc., o mesmo processo passa a se constituir no território da comunidade, com a sua área geográfica mapeada e dividida em “setores”. Essa experiência francesa transfere responsabilidades à comunidade para o atendimento aos “loucos”, tornando-se política oficial a partir dos anos 1960. A seguir algumas demandas econômicas, políticas e culturais que requisitavam novas respostas:

a de que a psiquiatria asilar é onerosa aos cofres públicos; a inadequação da instituição asilar para responder às novas questões ‘patológicas’ “engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado”; e, finalmente, a crise dos valores burgueses colocando em perigo a ideologia dominante, o que, no campo específico da saúde

mental, aponta para a necessidade de mediação das técnicas *psis* nos problemas sociais (AMARANTE, 1995, p. 35).

Tal abordagem não alcança os resultados esperados devido a vários fatores, dentre eles, podem ser citadas as resistências conservadoras de uma possível invasão dos “loucos” nas ruas, como também a implantação desses serviços de prevenção e “pós-cura” gerarem custos financeiros ao Estado.

Do mesmo modo, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, nos EUA, também nos anos 1960, prevê a prevenção e promoção da saúde mental por conta da demanda por assistência psiquiátrica, fazendo com que o Estado capitalista cortasse gastos, passando a realizar novas estratégias e intervenções.

Os anos 1960 são abordados por Guerra (2013, p. 269, grifos do autor) como de mudanças sociais, econômicas e culturais, com efervescência de movimentos contraculturais, como de jovens, negros, mulheres, *hippies*, entre outros, seja em países centrais, seja em países de terceiro mundo que se viam descontentes com o rumo das mudanças econômicas e sociais:

O descontentamento de estudantes e operários convergia em vários pontos, como vimos. E, em certo sentido, podemos afirmar que foram fruto do próprio sucesso relativo da ordem mundial instalada após a Segunda Guerra. Apesar de terem chegado ao poder e do crescimento econômico alcançado, nem o *american way of life*, nem a velha esquerda tinham sido capazes de concretizar as expectativas suscitadas com a derrota do fascismo e de tudo que ele significava.

Essa proposta de desinstitucionalização⁵⁸ aconteceu durante o governo John Kennedy, que passa a ser adotada pelo Estado americano e pelas organizações internacionais, como a ONU e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e países do terceiro mundo (AMARANTE, 1995). As mudanças, entre outros aspectos, dizem respeito aos questionamentos ao saber da psiquiatria por outras áreas do conhecimento, a redução do tempo de internação, a introdução de serviços alternativos alinhados à desinstitucionalização, entre outras medidas.

⁵⁸ Segundo Amarante (1995; 2007), a expressão desinstitucionalização surge nos EUA, durante o contexto de projeto preventivista, no sentido de desospitalização. Desinstitucionalização não se confunde com desospitalização, dada a sua abrangência conceitual. Significa entender a instituição no sentido dinâmico e complexo dos saberes e práticas que produzem as relações sociohistóricas, políticas e culturais.

No que tange aos seus problemas de efetivação, podem ser identificados o messianismo de erradicar os “males sociais” através da prevenção em saúde mental, a compreensão de que a “doença mental” equivale a comportamentos de desvio e marginalidade, podendo ser prevenida e erradicada, buscando os suspeitos nas ruas, nas casas e guetos, para serem encaminhados à investigação diagnóstica e possível intervenção. (AMARANTE, 1995; 2007).

Com relação aos movimentos de reformas radicais com o objetivo de fechar os hospitais, um deles, o movimento da Antipsiquiatria, implica em um rompimento teórico com a institucionalização psiquiátrica e com o saber médico vigente. Acontece na Inglaterra, nos anos 1960, simultaneamente com a Psiquiatria Preventiva norte-americana, em meio aos movimentos contraculturais, conforme apresentados anteriormente, onde um grupo de psiquiatras denuncia e questiona o tratamento, a compreensão social da loucura, a psiquiatria, a institucionalização e os valores ideológicos burgueses de ordem social (AMARANTE, 2007).

Ao mesmo tempo, estava sendo desenvolvida na Itália, a Tradição Basagliana⁵⁹, nos anos 1960, com reformas nos hospitais agregando, inicialmente, as experiências da CT e da Psiquiatria de Setor em hospitais de Gorizia, na Itália, pelo psiquiatra Franco Basaglia (BUTTI, 2015).

Mais tarde, em 1971, Basaglia empreendeu um amplo conjunto de reinvenção das práticas em saúde mental na cidade de Trieste, superando as experiências anteriores de reformas e implementando uma rede de serviços extra-hospitalar aberta, composta de centros de saúde mental, funcionando vinte e quatro horas, inclusive feriados e finais de semana, dinamizada por uma equipe formada por diferentes profissionais (AMARANTE, 2007; BUTTI, 2015).

Segundo Amarante (1995), além dos centros de saúde, a rede é formada por: grupos-apartamento (moradia de usuários para permanecerem sozinhos ou acompanhados por técnicos prestadores de cuidado), cooperativas de trabalho (postos de

⁵⁹ Essa formatação de desinstitucionalização tem ligação com o movimento político chamado Psiquiatria Democrática Italiana, que, segundo Amarante (1995), é muitas vezes confundido com a própria tradição basagliana. Esse movimento surgido em 1973, em Bolonha, na Itália, luta pelos direitos e reformas deixados por Basaglia, denunciando práticas de maus tratos e violências em hospitais psiquiátricos, mobilizou a luta pela aprovação da Lei 180, mais conhecida como lei Basaglia, em 13 de maio de 1978, para assegurar os direitos das pessoas em sofrimento mental, angariando importantes contribuições e multiplicando as suas práticas em outros países, inclusive para a assistência em saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1995; 2007; VASCONCELOS, 2010).

trabalho para os usuários, que após terem recebido o estatuto legal foram redefinidas como “empresas sociais”), Serviço de Diagnóstico e Cura ou Serviço de Emergência Psiquiátrica (atendimento em regime diuturno para abarcar as crises por curto período, com leitos reservados para homens e mulheres, respectivamente) (AMARANTE, 1995).

O Brasil recebeu a influência da experiência italiana, sobretudo a partir da vinda de suas lideranças, inclusive do próprio Basaglia, para divulgar os trabalhos de desinstitucionalização. Sendo assim, foi crucial a interlocução entre esses países, pois foram repensadas novas práticas para o atendimento psiquiátrico brasileiro que, até então, era referenciado pelos modelos de assistência religiosa, no período do Império, e, posteriormente, pelos hospitais psiquiátricos a partir do período republicano (ROSA, 2011).

Segundo Rosa (2011), a trajetória da assistência psiquiátrica brasileira foi inicialmente implantada no século XIX, importado especialmente da experiência francesa, mas que no país encontra circunstâncias históricas distintas com uma sociedade colonial, rural, escravocrata.

Rosa (2011) indica que a institucionalização nos hospitais antecede o caráter medicalizado promovido pela psiquiatria, mas pertencia às ordenações religiosas católicas que centralizavam a organização dos serviços de saúde no país no período do Império. Estas instituições tinham como objetivo remover e sanear as ameaças da ordem pública desencadeadas por um aumento do número de pessoas consideradas livres, ociosas e perigosas (loucos, vagabundos, prostitutas, doentes) que circulavam pelas cidades mais desenvolvidas, perturbando o espaço social⁶⁰.

Porém, Rosa (2011, p. 87) aponta uma divisão de classe social entre as pessoas em sofrimento mental, pois o perfil da “população psiquiátrica, nos primórdios da assistência psiquiátrica brasileira, compunha-se predominantemente de homens livres, brancos e pobres”, entretanto os ricos eram tratados domiciliarmente ou encaminhados para tratamento na Europa.

Por conseguinte, no período da República há indicações de uma sociedade urbana capitalista, agroexportadora, indícios de um processo de industrialização e modernização. Há ainda um rompimento entre Igreja e Estado, e nesse contexto, o

⁶⁰ O primeiro hospício no país foi o D. Pedro II, criado em 1892, no Rio de Janeiro, reconhecido como marco institucional em resposta à desordem social, não tinha ainda um caráter médico, mas servia para esconder os problemas sociais de uma sociedade que se despontava para a urbanização (ROSA, 2011).

Estado subordina as políticas sociais privadas da Igreja às políticas públicas⁶¹. Assim, o Hospício D. Pedro II⁶² passa a se denominar Hospício Nacional de Alienados, sendo desanexado da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, em 1890.

A partir de então, a pessoa em sofrimento mental é recolhida para um lugar específico e institucionalizada em hospitais psiquiátricos para ser objeto de intervenção da psiquiatria, separada da família e da comunidade, isolada para ser tratada sem interrupção externa, legitimada pelo Estado, com direitos violados, tendo como principal ferramenta de tratamento a internação.

Assim sendo, não excluído, o sofrimento mental encontra-se incluído na lógica do primado do trabalho, em um contexto de capitalismo industrial nascente que busca esconder institucionalmente as suas mazelas, buscando devolver à sociedade os indivíduos aptos e sãos para o trabalho.

Durante o século XX, o Estado assume as expressões da questão social através de políticas sociais públicas para atender o capitalismo industrial nascente. As expressões da questão social são inicialmente reprimidas pelo aparelho coercitivo de Estado, mas, em seguida, temido pelo capital por colocar em xeque à ordem burguesa, passam a ser reconhecidas no âmbito das políticas sociais. Estas foram produto do movimento de luta dos trabalhadores e sindicatos diante as sequelas da questão social, regulamentadas pelo Estado nacional após reivindicações sobre direitos civis, políticos e sociais, política salarial, diminuição da jornada de trabalho, entre outras demandas necessárias à sobrevivência da força de trabalho no processo de industrialização emergente (IAMAMOTO, 2009).

Conforme aponta Netto (2011), dessa maneira, o Estado se refuncionaliza, não por ser um árbitro neutro, mas para assegurar os lucros capitalistas e se legitimar política e socialmente através do consenso e ocultando a luta de classes.

No conjunto das políticas sociais, a política de saúde pública atravessa as campanhas de saneamento urbanas organizadas pelo médico Oswaldo Cruz, com

⁶¹ Segundo Netto (2011), as políticas sociais privadas precedem o capitalismo monopolista, e nesse contexto, as políticas sociais ficavam a cargo de organizações religiosas (igrejas) e laicas (associações, clubes) com intervenções, por vezes, pontuais, assistemáticas e embasadas em motivações ético-morais. Mas quando o Estado assume as expressões da questão social e cria as políticas sociais públicas, acontece uma crescente subordinação das anteriores às políticas públicas, não sem conflitos.

⁶² Segundo Amarante (2007), o primeiro hospício brasileiro, Hospício de Pedro II, em 1852, na época do império, situado no Rio de Janeiro, assimila a configuração dos hospitais psiquiátricos franceses, tendo João Carlos Teixeira Brandão como o “pinel brasileiro”, com similar coincidência com a narrativa de Machado de Assis na obra literária humorística e crítica *O Alienista* (MACHADO DE ASSIS, S. D.), classificada como conto, publicada em 1882.

repercussões organizacionais na política de saúde mental com o psiquiatra Juliano Moreira. A política de saúde mental recebeu influências do pensamento organicista, de higiene e profilaxia mentais que defendiam a origem genética do sofrimento mental, penalizando o indivíduo e à família, como ainda deslocando os problemas sociais aos indivíduos (ROSA, 2011).

Segundo Rosa (2011), na primeira metade do século XX havia o primado do trabalho na sociedade brasileira por conta da modernização industrial. Por conta disso, os alienistas brasileiros do início do século XX, como Waldemar de Almeida, eram médicos defensores das colônias de alienados⁶³, espaços de “tratamento” complementares aos hospitais, geralmente localizados em fazendas, que poderia oferecer trabalho como o meio mais terapêutico para motivar o “bom funcionamento cerebral”, de acordo com a influência biologicista.

Com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal de Alienados por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias por todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Aduino Botelho nas décadas de 40 e 50. Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos! (AMARANTE, 2007, p. 40).

Conhecida como a “cidade dos loucos”, o município de Barbacena, em Minas Gerais, abrigou o hospital-colônia mais importante do Estado (TOLEDO, 2008). Criado em 1903, numa fazenda, os internos eram pessoas consideradas marginalizadas, que incomodavam o espaço familiar e social, muitas vezes, sem estarem em sofrimento mental. “Pacientes de toda a parte chegavam e eram abandonados em Barbacena, trazidos por suas famílias ou nos vagões ferroviários, também chamados ‘trens de doidos’”(TOLEDO, 2008, p. 17)⁶⁴.

Observa-se que, embora com as suas particularidades, as experiências institucionalizantes europeias repercutiram também na história do sofrimento mental no Brasil, na emergência da urbanização e industrialização brasileiras, com práticas de

⁶³ Cabe lembrar que esse modelo foi o primeiro passo da reforma psiquiátrica, na França, durante as críticas aos hospitais pinelianos no pós Revolução Francesa.

⁶⁴ Toledo (2008) organiza um acervo de fotografias e comentários de autores sobre o hospital-colônia de Barbacena.

enclausuramento dos chamados marginalizados sociais que incomodavam o espaço familiar e social.

Entretanto, segundo Rosa (2011), as colônias acabaram tendo pouco êxito por serem consideradas como experiência anacrônica em relação à sociedade em crescente processo de urbanização e industrialização. No entanto, a experiência institucional do sofrimento mental no país percorreu o século XX e ainda continua na atualidade com a presença de hospitais.

Segundo Rosa (2011), até os anos 1950, a assistência em serviços públicos predominava, mas a partir desse período, por exemplo, os IAPs incorporam as internações psiquiátricas na rede de saúde privada, alimentando um sistema de mercadorização da loucura, que se massifica na década de 1960, com os hospitais psiquiátricos privados e conveniados à rede de saúde pública, resultante do modelo reformista da ditadura militar, em parceria com o capital internacional.

As políticas sociais no cenário ditatorial passam a sofrer processos de mercantilização, transformando-se em fonte de lucro para o setor privado, a exemplo da política de saúde. Desse modo, o sofrimento mental torna-se mercadoria e fonte de renda pelo sistema capitalista por meio de um complexo médico-assistencial, reproduzido como sinônimo de doença pelo poder médico-psiquiátrico que respalda o fortalecimento da indústria farmacêutica, a partir dos anos 1950, e a rede de saúde privada com a “indústria da loucura” (AMARANTE, 1995; ROSA, 2011).

Segundo Rosa (2011), o perfil social das pessoas em sofrimento mental sofre mudanças em comparação com o período de surgimento dos hospitais, agora predominantemente de trabalhadores previdenciários urbanos, devido o contexto de modernização conservadora da ditadura, criando uma cultura de psiquiatrização/patologização dos problemas da vida social, incluindo o sofrimento mental considerado leve.

A massificação da assistência psiquiátrica no pós-64, além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por **trabalhadores previdenciários urbanos**, exauridos psicologicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho no período de crescimento econômico dos anos 1970, altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais (ROSA, 2011, p. 100, grifos da autora).

No entanto, nos anos 1970, esse modelo de assistência à saúde passa a sofrer resistência e denúncias pelo movimento de Reforma Sanitária, que defendia um sistema de saúde pública, universal, gratuita, de qualidade, como direito do cidadão e dever do Estado. Esse movimento pela saúde pública engloba outros movimentos sociais que exigiam o processo de redemocratização do país, entre outras pautas em torno dos direitos políticos e sociais controlados e reprimidos pela ditadura militar (VASCONCELOS, 2010).

Diante o cenário de movimentos sociais em prol de direitos, o modelo de atendimento à pessoa em sofrimento mental começa a ser reconhecidamente questionado do ponto de vista teórico, político e social, sobretudo pela visibilidade do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, resultado de articulações previamente estabelecidas em congressos e encontros sobre saúde mental e formado por um grupo de estudantes e profissionais dos hospitais psiquiátricos. Além da interlocução com os movimentos sociais, especialmente das discussões sobre a saúde.

Amarante (1995) historiciza que o MTSM tem início quando a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde que era responsável pelas formulações no subsetor saúde mental, deflagrou uma greve em 1978 em que foram demitidos estagiários e profissionais. O autor (1995) esclarece que a DINSAM contratava bolsistas para atuarem em seus quadros técnicos como profissionais e estudantes universitários em precárias condições trabalhistas, sob ameaças e violências entre os próprios trabalhadores e entre pacientes das unidades dos hospitais psiquiátricos.

A crise da DINSAM ocorre a partir das denúncias públicas recebendo respaldo de entidades envolvidas com o movimento da Reforma Sanitária, como o CEBES.

O MTSM mostra-se considerado por Amarante (1995) como “o ator e principal sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira”. Segundo Vasconcelos (2010, p. 23), pode-se enumerar alguns dos principais objetivos do movimento:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;

- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.

Em 1979, Basaglia foi visitar o hospital de Barbacena, em Minas Gerais, e ficou impressionado com as violações de direitos, comparando-o a um campo de concentração. Sobre a situação da vida dos internos na colônia, Arbex (2013) narra relevantes contribuições em *Holocausto Brasileiro*⁶⁵:

Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs (ARBEX, 2013, S. P.).

A partir de então, houve repercussão nos meios de comunicação, divulgação em eventos de saúde mental, passando o Estado a ser responsabilizado, e dando início ao processo de desinstitucionalização no país⁶⁶ (TOLEDO, 2008).

Amarante (1995) afirma que uma das características do MTSM diz respeito a não institucionalização e a não ocupação de cargos em órgãos estatais como estratégia

⁶⁵ Além da narrativa, pode-se localizar fotografias sobre a vida dos internos.

⁶⁶ O hospital-colônia de Barbacena foi fechado em 1980.

proposital de evitar a perda de autonomia, burocratização, encastelamento das lideranças, entre outros. Diante algumas divergências sobre esse debate, o movimento chega a se dividir em duas facções: de um lado, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Assim, o MTSM transforma-se em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com críticas mais radicais aos hospitais (AMARANTE, 2007).

Outra característica remonta à sua pluralidade, composta de diferentes atores sociais, assim como aconteceu com o movimento da Reforma Sanitária. Nesse rol de lutas, assiste-se às contribuições no plano da VIII CNS, da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, da Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987⁶⁷, das propostas sanitaristas, entre outras, que se concretizaram na construção do SUS.

O movimento contribuiu para os avanços dos direitos dos usuários no país e nos países circunvizinhos. A Conferência de Caracas, em 1990, patrocinada pelas OPAS/OMS e com a participação de representantes dos governos que regulamentou a reestruturação da assistência psiquiátrica na região latino-americana, da qual o Brasil é signatário. Dessa Conferência resultou no documento intitulado Declaração de Caracas, embora abrangendo de uma forma genérica e pouco precisa, aceita e orienta o ajustamento nas legislações sociais para atender na perspectiva de direitos o sofrimento mental (AMARANTE; ROTELLI, S. D.).

Nesse processo de lutas, acontecem as primeiras experiências municipais de rede de saúde mental substitutiva iniciadas em Santos-SP, em 1989, contando com uma rede de serviços, como Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia, CAPS, tendo como modelo as experiências antimanicomiais da experiência italiana, de Franco Basaglia⁶⁸ (AMARANTE, 2006; VASCONCELOS, 2010).

Por conseguinte, demoraram-se anos para a aprovação da Lei n. 10.216/2001, que prevê direitos sociais aos usuários (regulação da internação, reinserção social,

⁶⁷ Antes mesmo, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, foram debatidas novas propostas para a criação de uma rede de serviços substitutivos em detrimento dos hospitais.

⁶⁸ Franco Basaglia foi o psiquiatra italiano que reconheceu a importância dos espaços abertos e comunitários para as pessoas em sofrimento mental. Sua análise histórico-crítica relaciona a sociedade e a forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. Segundo Amarante (1995, p. 47), o movimento da psiquiatria democrática italiana, com Basaglia, “é, antes de tudo, um movimento político”.

humanização etc.) e redução de leitos psiquiátricos em manicômios. No entanto, esse documento sofre alterações com relação ao seu original, datado de 1989.

No entanto, a pessoa em sofrimento mental ainda tem dificuldade de acesso aos serviços, “mesmo com os direitos reconhecidos legalmente, o risco de sua violação ainda persiste” (COSTA; ROSA, 2007, p. 164), pois o sistema de acumulação de lucro no qual se vive prioriza e determina uma ética do trabalho, onde todos devem trabalhar. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2005) incentiva a “inclusão social” pela via do trabalho através de incentivos em programas e ações de geração de renda, consolidando assim a centralidade do trabalho e os valores da sociedade capitalista.

Nesse processo, o discurso da “igualdade de oportunidade”, empreendido pelo Banco Mundial, que prevê a inclusão e a equidade social para segmentos ditos vulneráveis da população, movimenta-se no conjunto das políticas sociais no sentido de manter as desigualdades sociais e naturalizar a luta de classes intrínseca à sociabilidade capitalista (SANTOS, 2010).

Essa observação parte não no sentido de desqualificar as lutas coletivas em torno da pessoa em sofrimento mental, mas busca refletir que a política de saúde mental, assim como as outras políticas sociais, são conquistas nos limites da ordem burguesa, no campo da emancipação política e integráveis às demandas do capital.

Do ponto de vista dos limites, envoltos tanto na perspectiva do movimento de reforma psiquiátrica quanto nas cartilhas do Ministério da Saúde voltadas para a saúde mental, os discursos valorizam a dimensão da cultura⁶⁹ para atender as necessidades da pessoa em sofrimento mental, como atividades de teatro, música, programas de rádio e TV, premiação de projetos culturais, entre outros trabalhos artísticos defendidos por Amarante (2007).

Embora o lado cultural valorize a produção artística do sofrimento mental, é preciso também pensar a saúde mental para além dessa dimensão, com propostas materializadas de proteção social garantida pelo Estado para atender as necessidades objetivas dessas pessoas e suas famílias, como habitação, transporte, benefícios sociais (para àqueles que não conseguem se reinserir no mercado de trabalho), serviços substitutivos mais eficientes, acesso às políticas de saúde e as demais políticas sociais,

⁶⁹ “Um dos princípios adotados por essa dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística [...]” (AMARANTE, 2007, p. 73).

entre outras possíveis propostas para responder as sequelas da questão social deflagradas na vida cotidiana dos usuários e seus familiares atendidos na rede pública.

Persiste ainda nos serviços públicos de saúde a hegemonia do saber médico pautado no autoritarismo e no paternalismo ao usuário e à família. O acesso ao cuidado dá-se de forma diferenciada dependendo da classe social a que pertença o usuário e à família, tendo em vista que segmentos de baixa renda, no geral, “têm acesso a um tratamento massificado, despersonalizado, baseado na medicação e na internação” (COSTA; ROSA, 2007, p. 165).

Da mesma forma, com relação à equipe de profissionais na política de saúde mental, geralmente chamada de equipe “interdisciplinar”⁷⁰, o que se verifica é ainda o poder/saber do psiquiatra predominando entre esses profissionais, que incluem enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, cuidadores, entre outros profissionais. Essa constatação foi verificada por Vasconcellos (2010) através de uma pesquisa empírica sobre as possibilidades e os obstáculos da integração interdisciplinar em um CAPS situado no município do Rio de Janeiro. Para ele:

A condição da psiquiatria é *sui generis* na Saúde Mental [...]. [...] o psiquiatra, além de carregar o prestígio social e a tradição da medicina, é o profissional comumente chamado para intervir nos casos mais graves, envolvendo-o em um imaginário de potência e colocando-o na condição de não só equacionar as crises, mas de aplacar, por meio de tal delegação, a angústia dos demais profissionais diante dessas (VASCONCELLOS, 2010, p. 10).

Ainda com relação aos limites, atualmente existem 201 hospitais psiquiátricos distribuídos em 123 municípios, de 23 estados brasileiros, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Apesar do hospital psiquiátrico ainda continuar presente na rede de assistência em saúde mental, ele sofreu algumas adaptações a fim de garantir um mínimo de atendimento consentâneo às necessidades.

Foram instituídos o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), em 2003, e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica

⁷⁰ Segundo Vasconcelos (2010), a interdisciplinaridade se identifica com o pós-modernismo, abrangendo os vários campos de saber sobre o mesmo objeto. “É entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (VASCONCELOS, 2010, p. 47). O autor indica uma flexibilidade de ações para trabalhar em equipe, fazendo com que os profissionais reelaborem a sua cultura e identidades profissionais para a apreensão de novos saberes e práticas. Afirma que a área da saúde mental é reconhecida no país como a que mais avançou na direção da interdisciplinaridade.

Hospitalar (PRH), de 2004, ambos do Ministério da Saúde, que utilizam critérios de avaliação de qualidade e condições de funcionamento, além de promoverem a progressiva redução de leitos dos grandes hospitais, respectivamente (BRASIL, 2013). Esses programas estão direcionando uma mudança do perfil dos hospitais restantes com hospitais de pequeno porte (BRASIL, 2011b), porém sabe-se que os programas são desenvolvidos e fiscalizados pelo Estado capitalista, merecendo questionamentos nas suas formulação e implementação.

O resultado desses dados demonstra que existem avanços, mas são muitos os desafios presentes na política de saúde mental no país. O hospital psiquiátrico ainda integra a rede em saúde mental pública, devido à falta de suporte institucional que os CAPS oferecem, especialmente os do tipo CAPS III (GARCIA, 2011; BRASIL, 2011b), que abarcam as crises⁷¹, mostrando desinteresse do Estado em fortalecer a rede de serviços substitutivos em prol de lucratividade por parte do empresariado de hospitais psiquiátricos.

Os CAPS III, principal dispositivo de substituição ao hospital psiquiátrico, evidencia ao longo dos anos a sua tímida expansão, concentrado em especial na região sudeste do país (BRASIL, 2012). Segundo dados do ano de 2013, do Ministério da Saúde, existem 56 unidades de CAPS III no país (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, embora o Estado tenha a obrigação de prestar assistência à saúde no âmbito do SUS, a Constituição Federal e a Lei 8.080/1990 regulamentam a atuação da iniciativa privada nas formas de saúde complementar (mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos) e saúde suplementar (serviços de saúde exclusivamente privados por meio de planos de saúde) (CFP, 2013).

Essa iniciativa privada também está presente na política de saúde mental, conforme apontamentos de Silva (2012) e Costa (2013).

Segundo a pesquisa desenvolvida por Silva (2012), existe no país uma rede de atendimento em saúde mental vinculada a planos de saúde privados, e não conveniados ao SUS, que prestam assistência semelhante à rede pública, destinado à população de

⁷¹ A crise, entendida no modelo clássico da psiquiatria, diz respeito a uma situação de grave disfunção decorrente da doença, devendo a pessoa em sofrimento mental ser amarrada, contida com fortes medicamentos intravenosos, eletroconvulsoterapia (ECT). Mas, segundo Amarante (2007), a crise, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, é entendida como produto de uma série de fatores, “enfim, uma situação mais social, que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social” (AMARANTE, 2007, p. 83-84).

classe média, tendo como exemplo o CAPS particular “Casa Forte”, localizado em Recife-PE. De acordo com a autora (2012, p. 49), “há outras instituições que trabalham no mesmo segmento, porém não utilizam a sigla CAPS. As instituições são: NAPPE (Pernambuco), Casa Verde (Rio de Janeiro) e Instituto a Casa (São Paulo)”.

Por conseguinte, Costa (2013) desenvolve uma pesquisa comparativa entre um CAPS com gestão pública e um CAPS com gestão não-estatal (e financiamento público), definido como OS, ambos localizados no estado do Rio Grande do Norte. Analisa que, na gestão pública as ações são mais burocráticas, os recursos financeiros são mais centralizados no poder executivo municipal e as relações são mais hierarquizadas, dificultando aos profissionais o acesso à informação dos gastos relativos ao serviço. Dessa forma, conclui que uma das causas está na forma como “a gestão do Estado beneficia e negligencia ao mesmo tempo uma (privada) e outra (pública)” (COSTA, 2013, p. 94).

Diante os apontamentos de Silva (2012) e Costa (2013), pode-se observar as estratégias neoliberais implementadas pelos governos após os anos 1990, através de medidas que obstaculizam as conquistas da Constituição de 1988 no contexto do SUS, com “reformas” para legitimar e facilitar as privatizações, na perspectiva de construir uma subjetividade antipública (BEHRING; BOSCHETTI, 2010), que propõe o sistema público de saúde como precário e ineficiente para corroborar a tendência da privatização dos serviços.

Com relação à parceria público-privada, existem as Comunidades Terapêuticas⁷², instituições privadas que recebem incentivo financeiro do Estado, isentas de contribuição previdenciária, geralmente de orientação religiosa, que viola a laicidade do Estado para atender usuários de álcool e outras drogas, contando com mais de 2 mil unidades em todo o país (BRASIL, 2016).

Segundo nota publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2014), o Conselho Nacional de Álcool e outras Drogas (CONAD), através de Minuta de Resolução, regulamentou as comunidades terapêuticas contrariando os princípios da Constituição Federal e do SUS, pois viola a universalidade, integralidade, preservação da autonomia, igualdade de assistência à saúde, direito à crença.

⁷² Segundo Amarante (2007), as comunidades terapêuticas originais e inovadoras inglesas, dos anos 1950, “não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência de álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica”.

Diante disso, em princípio, a regulação - pelo Estado - de “Comunidades Terapêuticas” para prestação de serviços de apoio às pessoas que usam de forma abusiva, ou são dependentes de drogas, se contrapõe aos princípios inscritos na Constituição Federal, como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde sejam prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS (CFESS, 2014, S. P.).

No contexto da política de saúde mental, embora se perceba a presença da iniciativa privada, torna-se necessário lutar pelo fortalecimento da rede de atenção psicossocial no âmbito do SUS, no sentido de garantir o atendimento universal à população em sofrimento mental.

Em meio às normativas que tratam sobre os direitos dos usuários e do processo de desinstitucionalização, recentemente, entre 2015 e início de 2016, a indicação de Valencius Wurch, por parte do então Ministro da Saúde Marcelo Castro, para exercer a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, sobre assuntos relativos à política nacional de saúde mental, foi duramente criticada pelas entidades e movimentos sociais por ser considerado contrário à Reforma Psiquiátrica.

Segundo *O Globo* (2016), entre 1993 e 1998, durante a gestão de Valencius, o hospital psiquiátrico Dr. Eiras, o maior da América Latina, foi palco de violações de direitos e mortes dos internos. Assim, entidades e pessoas em defesa da Reforma Psiquiátrica alegam que Valencius não tem experiência na rede extra-hospitalar nem participa de projetos na atenção psicossocial. Dessa forma, em maio de 2016 ele foi exonerado da sua pasta devido à pressão política dos manifestantes e pelos desdobramentos político-partidários da conjuntura do país.

Do ponto de vista das possibilidades, que não podem e nem devem ser refutadas, pois em tempos de neoliberalismo deverão ser empregadas lutas fervorosas por direitos, pois se sabe da importância que a Reforma Psiquiátrica operou na subjetividade e na objetividade da vida diária de usuários, sobretudo daqueles que já passaram por experiências hospitalocêntricas.

Tem-se a importância de lutar em prol dos direitos sociais dessas pessoas, uma vez as dificuldades delas serem (re)inseridas no contexto familiar, comunitário e social,

pois não desfrutam das mesmas condições materiais e subjetivas de segmentos sociais mais privilegiados dentro do modo de produção capitalista.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013), o cuidado em atenção psicossocial deve envolver a rede de relações em saúde mental, buscando fortalecer o processo de participação e protagonismo dos usuários e familiares no contexto comunitário. Por isso, a Política Nacional de Saúde Mental tem como uma de suas metas “promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado” (BRASIL, 2013, S. P.).

Entretanto, torna-se primordial observar e permanecer atento ao propósito maior do Ministério da Saúde, órgão governamental que direciona a gestão das políticas públicas de saúde e saúde mental, ao caminho mais conveniente às políticas neoliberais, enquanto o Estado cada vez mais sai do cenário de suas responsabilidades com a gestão pública. Nesse processo, cresce o discurso e as práticas do “fortalecimento” da sociedade civil, incluindo a centralidade na família.

2.2 A centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental na política de saúde mental brasileira

No Brasil, a centralidade familiar se aprofunda com o programa de contrarreformas nos anos 1990, focalizando as políticas sociais para as famílias mais pobres. Assim, às famílias são colocadas os agravamentos das expressões da questão social, devendo esta instituição se responsabilizar pela proteção social, em virtude de “a impotência do Estado, por sua própria natureza, face aos problemas sociais” (MARX, 2010, p. 35).

Mioto (2009) relaciona família e proteção social entre seus membros, trabalho, mercado e Estado. Desse modo, a autora (2014, p. 168) ao abordar uma concepção de família, afirma:

Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. [...] Portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser

um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social”.

Da mesma forma, Mioto (2014) afirma a predominância, no Brasil, da modalidade de proteção social chamada *familismo*, ou seja, que percebe a família como responsável pela provisão de bem-estar de seus membros, onde “o Estado e o terceiro setor entram, preferencialmente, por ocasião da falência da família nas suas possibilidades de acesso ao mercado e no desempenho de suas funções” (MIOTO, 2014, p. 03).

Zola (2014, p. 09) indica que “a centralidade da ação pública não está na família e sim nos direitos dos indivíduos, enquanto cabe ao Estado a responsabilidade pela universalização dos serviços”, típico nos sistemas de proteção social do Estado de Bem Estar Social nos países centrais, sobretudo entre países escandinavos. O direito ao cuidado diminui a carga familiar e da mulher.

Rosa (2010) reflete que, no Brasil, a unidade familiar é a principal fonte de suporte e solidariedade social historicamente, em termos subjetivos e de reprodução material das relações sociais (BEHRING, 2009b; ROSA, 2010).

No Brasil, todavia, a família, historicamente, é a figura central como balizadora das relações sociais, da identidade social, do suporte relacional e material, da reprodução biológica e ideológica. [...]. Um processo diferente ocorreu nos países de capitalismo central, em que o Estado assumiu essa função ao implementar o Welfare State, garantindo direitos sociais universalmente e, agindo assim, reduziu várias funções antes delegadas às famílias (ROSA, 2010, p. 279).

Rosa (2010) observa que as dificuldades da família brasileira diante as precárias formas de proteção social existentes no país, mesmo após a Constituição Federal de 1988, que regulamenta direitos sociais.

De acordo com Lins (2013, p. 19), no tocante às políticas públicas de assistência social voltadas para a família, implantadas e implementadas nos governos FHC e Lula (1996 a 2010), visavam a “redução da pobreza, incentivo ao consumo e a responsabilização da mulher pelos cuidados e pelos cumprimentos das condicionalidades” para a permanência de seus membros no acesso às ações.

Ambos os governos direcionaram políticas neoliberais. A diferença entre eles, segundo Lins (2013), em resumo, é que o governo FHC investiu mais em privatizações, enquanto o governo Lula priorizou o incentivo ao consumo. Cabe lembrar que essas

políticas recebem orientações das diretrizes do BM, focalizando as suas ações para as famílias de baixa renda.

Assim como citado na política de assistência social, a política de saúde também recebe essas recomendações dos organismos internacionais, com propostas de ações estatais voltadas a segmentos econômicos e políticos expressivos, de caráter pontual, clientelista e assistencialista na oferta das políticas sociais, mantendo as famílias como suporte e apoio das relações sociais.

No Relatório de Gestão 2007-2010 (BRASIL, 2011a), entre outras iniciativas, o documento aborda a implantação de um curso de formação/capacitação, chamado *Curso Familiares Parceiros no Cuidado* para usuários e familiares coordenarem grupos de apoio e suporte mútuos. Esse Relatório também aponta que, em 2010, foram registradas no *Cadastro Nacional das Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental*, 108 associações que promovem um canal de troca e apoio com o Ministério da Saúde, corroborando a tendência de repasse, por parte do Estado, à família e à sociedade civil, os encargos de promover a política de saúde.

Essas propostas encontram respaldo nas recomendações do Banco Mundial e OMS. O direito à proteção social se contradiz ao retorno a valores solidários que parecem se desenhar na organização política da saúde mental brasileira.

Segundo Amarante (2007, p. 41), elas “estão carregadas de angústias, mas podem ser um recurso importantíssimo; aprender a ajudar essas famílias a estarem juntas, a compartilharem a própria angústia”. No entanto, esse tipo de “cuidado” remete a mediações psicossociais subjetivistas, de ajuda, escondendo as causas das desigualdades sociais, do papel estatal na mediação das relações sociais, da pobreza, entre outras expressões da questão social.

Com relação ao financiamento das ações e serviços da política de saúde mental, Garcia (2011) explica que os gastos extra-hospitalares mantêm-se superiores aos gastos destinados aos hospitais psiquiátricos, porém chega à conclusão que a rede de atendimento substitutiva ainda caminha lentamente no país. Analisa que a legislação em vigor direciona os recursos provenientes dos fechamentos dos hospitais para a rede substitutiva, mas o repasse dos recursos para os hospitais dá-se pela esfera federal e eles são essencialmente privados, enquanto a manutenção dos CAPS e SRT é municipal, desequilibrando assim a consolidação da rede de atendimento alternativa.

De acordo com Garcia (2011, p. 04), “3% da população sofre com transtorno mental severo ou persistente e que cerca de 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental”, necessitando de serviços, ações e benefícios que atendam essa demanda diante os problemas no contexto capitalista. Uma pesquisa sobre o perfil epidemiológico dos usuários da rede CAPS identificou “que a maioria dos usuários chega aos serviços por iniciativa da família, possuem baixa escolaridade e renda média variando entre 1 e 2 salários mínimos”⁷³ (CARVALHO *et al*, 2010, p. 337).

Segundo Bisneto (2007), a insegurança no trabalho, aumento do desemprego, da miséria, da violência, do agudizamento da desigualdade social, entre outros problemas, apontam para o agravamento do sofrimento mental na sociedade capitalista, enquanto a financeirização do capital, a reestruturação produtiva e as políticas neoliberais procuram garantir o lucro do empresariado na saúde mental.

Assim, além dos familiares buscarem estratégias para lidarem com o sofrimento mental, ainda a situação é agravada pelas precárias condições econômico-sociais, tendo a mulher como responsável pelo cuidado. Uma pesquisa quantitativa desenvolvida por Kantorski *et al* (2012, p. 90) sobre o perfil dos cuidadores familiares de usuários dos CAPS da região sul do Brasil, obteve o seguinte resultado:

Concluiu-se que os familiares cuidadores são predominantemente mulheres, brancas, com média de idade de 49,2 anos, com ensino fundamental incompleto, casadas e com filhos. Quanto ao grau de parentesco a superioridade foi de mães, seguidas pelas irmãs e filhas, verificou-se ainda que não desempenham atividade profissional remunerada e cuidam sozinhas do familiar com transtornos mentais.

Os familiares procuram estratégias para conviver com os seus membros em sofrimento mental para minimizar a complexidade que envolve o cuidado. Mesmo com a implementação dos serviços de atenção psicossocial, como os CAPS, que acolhem os usuários durante o período diurno, cabe à família cuidar do tempo restante, mas nem todas as famílias dispõem de recursos para lidar diariamente com o sofrimento mental (Borba *et al*, 2008).

⁷³ A pesquisa sobre o perfil epidemiológico dos usuários foi desenvolvida através do registro de 143 prontuários da rede CAPS (CAPS-AD, CAPS-i e CAPS de atendimento geral) do município de Iguatu-CE. Ver Carvalho *et al*, 2010.

Borba *et al* (2008) investigaram a realidade de cuidadores familiares em um CAPS e nos seus domicílios, constatando a presença de três tipos de sobrecarga: financeira, relacionada aos gastos com medicação, consultas, uma vez que os usuários têm dificuldades de inserção e manutenção no mercado de trabalho⁷⁴; de cuidado, pois esta fica sob a responsabilidade de uma pessoa, que administra os medicamentos (horários e dosagem), convive diariamente com o usuário, gerando intenso sofrimento, preocupação e alerta; e física e emocional, sendo comumente o aparecimento de agravos como: problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo, após o diagnóstico de sofrimento mental em um de seus integrantes.

Aqui inclui a centralidade do trabalho abstrato na sociedade capitalista, em que usuários são estigmatizados, tidos como incapazes e improdutivos. A política de saúde mental, inspirada na experiência italiana, vem buscando as iniciativas de geração de trabalho e renda através de cooperativas e economia solidária para que os usuários possam desenvolver a sua produção artística no mercado e encontrar formas de estratégias de rendimento.

No entanto, torna-se importante lutar por proteção social do Estado, com criação e fortalecimento de benefícios e serviços com direitos sociais assegurados, como: expansão de benefícios socioassistenciais⁷⁵, serviços sociais intersetoriais, trabalho subsidiado pelo Estado, serviços de *care* públicos nos domicílios para o cuidado em saúde mental para que as famílias possam se manter no mercado de trabalho, entre outras estratégias que atendam o grupo familiar a fim de não sobrecarregá-lo.

Pegoraro e Caldana (2008) entrevistaram familiares em um CAPS no interior de São Paulo e concluíram que os cuidadores familiares apresentavam sofrimento mental, decorrente direta ou indiretamente da sobrecarga emocional e material do cuidado⁷⁶. Segundo as autoras, todos os cuidadores familiares faziam uso de medicação psicotrópica para “nervosismo”, depressão, agressividade e/ou ideias suicidas.

⁷⁴ Segundo Borba *et al* (2008, p. 592), “A sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício ou mesmo ingressar no mercado de trabalho após a manifestação da doença, pois este encontra muita dificuldade para produzir economicamente.

⁷⁵ Com relação a benefícios socioassistenciais voltados aos usuários, existe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), “a condição a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família “ (BRASIL, 2016, S. P.) e o Programa de Volta para Casa.

⁷⁶ Segundo Pegoraro e Caldana (2008, p. 300), “os relatos sobre a presença de desconforto psíquico em familiares, mesmo que constante ou intenso, classificavam-no como de menor gravidade que o sofrimento apresentado pelo usuário do CAPS”.

A busca por ajuda médica e o uso de medicação psiquiátrica esteve presente em todos os casos de familiares que enfrentaram situações de sofrimento psíquico (Tabela 2). Esta prática é tida como eficaz e necessária de acordo com o entrevistado. A medicação esteve presente em todos os relatos, desde quadros de “nervoso” ou depressão até aqueles onde era frequente a ideação suicida (Tabela 2). Alguns relatos revelaram que o familiar procurou ajuda em tratamento psiquiátrico de tipo ambulatorial/medicamentoso e a internação psiquiátrica chegou a ser indicada, em alguns casos, e a ocorrer, em outros, quando aparecia relacionada a agressividade (PEGORARO; CALDANA, 2008, p. 300).

Por outro lado, com os problemas enfrentados pelos cuidadores familiares relacionados à sobrecarga e à desproteção social, a indústria farmacêutica pode encontrar nesse grupo um respaldo para o consumo induzido, prescrito e autoprescrito de medicamentos psicotrópicos.

O tema da medicalização aparece como polêmico, influencia um processo cultural de aliviar o sofrimento como naturalmente humano, tendo a indústria farmacêutica um papel de destaque para induzir um comportamento patológico diante a tristeza, ansiedade, crise de pânico, entre outros, através da produção de medicamentos.

Amarante (1995) avalia a indústria dos medicamentos como estratégia capitalista, organizada por *lobbies* multinacionais e nacionais que produzem a “cultura da medicalização” assediando médicos, outros profissionais e à população em geral para o consumo da automedicação e da medicação. Geralmente, os entusiastas da medicalização são os opositores da Reforma Psiquiátrica, produzindo novas doenças e diagnósticos a serem registradas na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a fim de elaborar novos medicamentos e ampliar a propaganda na mídia e em serviços de saúde (AMARANTE, 1995).

Segundo Costa (1980), houve nos EUA, um acentuado aumento de consumo de medicamentos psicotrópicos, em decorrência da implantação do programa nacional de psiquiatria preventiva do presidente Kennedy. Tal fato é consequência de uma transformação da psiquiatria. Ela deixa de atuar prioritariamente nos asilos, ou nos pacientes ditos crônicos, para voltar-se mais e principalmente para a população dita sadia, mais passível de adoecer, como é o desejo da psiquiatria preventiva (AMARANTE, 1995, p. 117).

Amarante e Torre (2010, p. 157) avaliam que “o Brasil é um dos países onde ocorre a maior medicalização da infância em todo o mundo”, com prescrição desenfreada de medicamentos para a criança. Segundo os autores (2010), existem denúncias de fraude, informações falsas, subornos e propinas, relacionados às pesquisas da indústria de medicamentos para criar a determinação social do sofrimento mental.

De acordo com Alencar *et al* (2012, p. 492) “dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apontam que somente para a assistência farmacêutica, o orçamento do Ministério da Saúde passou de R\$ 1,91 bilhão, em 2003, para quase R\$ 7 bilhões em 2010”⁷⁷. Com relação à organização da assistência farmacêutica na política de saúde mental, que integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), fornecida pelo SUS e recomendada pela OMS, para assegurar o acompanhamento dos usuários que prescindem do uso de medicamentos psicotrópicos, desde a atenção básica até a rede hospitalar.

Entre esses medicamentos, sabe-se também da sua importância para o tratamento das pessoas em sofrimento mental atendidos na rede substitutiva, minimizando e até evitando as crises, na maioria das vezes mantendo uma estabilidade psíquica para o desenvolvimento de atividades diárias, imprescindíveis para os direitos sociais.

Segundo Rosa (2010), a pobreza ronda especialmente esse tipo de família que necessita dos serviços sociais públicos e a mulher torna-se a principal fonte de cuidado psicossocial devido a influências socioculturais e materiais, fragilizando a inserção no mercado de trabalho para cuidar do parente em sofrimento mental, tornando mais dramática a situação com o aumento das famílias chefiadas por mulheres a partir dos novos processos familiares contemporâneos (ROSA, 2010).

Nesse sentido, o Banco Mundial (2013) vem discutindo sobre a importância da mulher como recurso estratégico de investimento econômico. A estas cabe ensinar-lhes a se empoderar e conquistar a sua autonomia através dos programas de transferência de renda, microempreendedorismo, oferta de crédito e empréstimos, políticas de

⁷⁷ O financiamento para a aquisição de medicamentos encontra-se regulamentado pelas Portarias nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010; Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que institui o Pacto pela Saúde; e a Portaria nº 204 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo controle e monitoramento (ALENCAR *et al*, 2012).

planejamento familiar a fim de reduzir o número de filhos⁷⁸, participar de programas de treinamento e capacitação, no sentido de reprodução do sistema capitalista (BANCO MUNDIAL, 2013).

Posicionar as mulheres no centro do processo de desenvolvimento não é apenas a coisa certa a fazer, é o mais inteligente que se pode fazer em termos econômicos, uma vez que a igualdade de gênero é um impulsor de longo prazo em termos de competitividade e equidade. Os investimentos insuficientes em mulheres e meninas funcionam como um freio na redução da pobreza e limitam o desenvolvimento econômico e social. O Banco Mundial está empenhado em integrar o gênero em todos os seus programas (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 14).

Neste aspecto, as mudanças do modelo de família nuclear repercutem em uma “carga imposta pelo sistema em cima dos ombros das mulheres [que] para manter a família nuclear está se tornando cada vez mais pesada” (MÉSZÁROS, 2011, p. 302). Isso sem mencionar o “segundo turno” da mulher depois do trabalho, contribuindo para que qualquer “disfunção social” seja associada à crescente instabilidade da família. Além disso, a situação deste segmento no espectro da pobreza vem piorando em um momento de crise do capital e projeto neoliberal na agenda das políticas sociais públicas.

Quanto maiores as “disfunções sociais”, maiores a carga e as exigências impostas às mulheres como eixo da família nuclear; quanto maiores esses pesos, menores as suas condições de lidar com eles [...], além de seu papel de ganha-pão, do “segundo turno” depois do trabalho e afins... (MÉSZÁROS, 2011, p. 305).

Portanto, o tema família merece a sua devida atenção e conceituação diante à centralidade que vem se aprofundando nas políticas sociais do país.

2.2.1 Noções conceituais sobre família: mediação complexa e dinâmica

⁷⁸ “As mulheres pobres costumam ter filhos em demasia, pouco espaçados, o que lhes prejudica a saúde. Os pobres frequentemente padecem de fome e subnutrição, bem como de doenças correlatas. Isso mina-lhes a capacidade de trabalho – geralmente seu principal bem ou único bem” (BANCO MUNDIAL, 1990, p. 34). O discurso do Banco Mundial reforça a ideologia (neo)liberal de primado do trabalho, naturalização da pobreza, mercado como fonte de proteção social, concepções conservadoras e morais sobre as famílias pobres e seu número de filhos.

Chega a ser quase um consenso entre a bibliografia pesquisada que a discussão sobre a família, de um modo geral, exige complexidade, é ainda pouco problematizada e envolve a interdisciplinaridade e transversalidade para a sua discussão (PRADO, 2013; BRASIL, 2013a; STAMM, MIOTO, 2003).

Para tanto, foram estudadas algumas referências nacionais e internacionais para endossar o debate, uma vez que a família, inicialmente, passou a ser investigada e apreendida somente no século XIX, ainda que de forma embrionária por Bachofen, até chegar à obra de Friderich Engels, em 1884. Até então, as abordagens sobre família se limitavam a apreensões retiradas da Bíblia (ENGELS, 2013).

No decorrer dos séculos, outros autores foram estudando o tema família, a partir de vários conceitos e abordagens teórico-metodológicas, especialmente nas Ciências Sociais. Esses diferentes conceitos e abordagens sobre a instituição familiar influenciam as várias disciplinas nos seus diversos campos de saber profissionais, como a Psicologia, Antropologia, Direito, Sociologia, Demografia, Enfermagem, entre outras áreas de conhecimento, que privilegiam a família como objeto de estudo a partir de um determinado ramo científico.

O debate sobre a família contempla, na maioria das vezes, abordagens teórico-metodológicas, como sistêmica, funcionalista, estruturalista, pós-moderna, evolucionista, marxista, enfim, uma diversidade que, muitas vezes, dificulta o seu entendimento.

Cavenacci (1984) discute sobre a família considerando correntes de pensamento. Parte de três escolas diferentes, orientadas sobre a pesquisa antropológica, para discutir a dialética da família a partir de uma ótica interdisciplinar, como o evolucionismo, funcionalismo e estruturalismo.

No debate funcionalista, Canevacci (1981) explica que todo fato social e cultural deve ser explicado por meio de sua função específica no interior do grupo, assim “a família, elevada a instituição fundamental e cuidadosamente isolada da história, é finalmente celebrada como ‘função principal’, que deve ser iluminada e defendida em toda a sua indiscutida autoridade” (CAVENACCI, 1984, p. 22-23).

O debate funcionalista abordado por Cavenacci (1984) encontra sentido nos trabalhos positivistas de Durkheim, que concebe a família como parte de um organismo social, harmoniosa dentro da sociabilidade, que tem a função particular de coesão

social, de garantir relações sociais sem conflitos de classe, evitando as relações sociais do tipo “patológicas” que desequilibravam o “corpo” social⁷⁹.

Cavenacci (1984) afirma que na escola funcionalista, a família é vista com “função principal” de manter a ordem nos indivíduos em coesão social, citando os trabalhos de Malinowsky, Radcliffe-Brown, Tulio-Altan, entre outros.

Para o autor, a escola evolucionista apresenta uma teorização linear de família com evolução histórica cientificamente infundada e ainda não superada. Para ele, os principais autores são L. H. Morgan, retomado por Friderich Engels, Darcy Ribeiro, entre outros.

De outro modo, na corrente estruturalista, Cavenacci (1984), cita o trabalho de Lévi-Strauss. Diz respeito a uma estrutura familiar comum a diferentes formas sociais e culturais. Sobre isso, trata das relações “avunculadas” elaboradas por Strauss como estrutura elementar de parentesco baseada nos cinco continentes, encontrando elementos estruturais comuns e/ou semelhantes.

O autor (1984) discute a instituição familiar analisando crítico-dialeticamente um conjunto de textos abrangendo desde escritos clássicos até o seu novo perfil determinado pelas transformações socioeconômicas propiciadas pelo capitalismo monopolista, como Tönnies, Freud, Lu Hsün, Reich, Marcuse, Fromm, Mead, Adorno e Horkheimer, Habermas, Laing e Esterson, Mitscherlich, Mitchell e Adorno.

Cavenacci (1984), que se posiciona na tradição marxista, discute a família como “família-fetichismo” (CAVENACCI, 1984, p. 47), como agência repressiva, defendendo a família relacionada à cultura e a natureza, com a função de ajuda mútua que a caracteriza desde as suas origens, pois o projeto de reificação da classe dominante transforma as relações em mercadorias, desaparecendo a sua essência. Propõe a superação da família a fim de inventar novas formas e resgatar o seu sentido ontológico-social.

Segundo Marx e Engels (2009), a família no seu sentido ontológico-social, denota desenvolvimento histórico, a princípio como a única relação social, conceituada como uma das primeiras relações históricas primordiais, ao lado da produção dos meios de subsistência, da produção de novas necessidades, do intercâmbio social e da consciência humana.

⁷⁹ O autor usa termos para explicar a realidade social relacionados aos habitualmente empregados nas ciências da natureza.

Por sua vez, a obra de Engels, publicada em 1884, *A origem da família...* discorre sobre os fundamentos ontológicos da humanidade, da materialidade da vida social desde os tempos remotos, conceituando a família como um produto sociohistórico determinado pela produção e reprodução da materialidade humana, em constante modificações de acordo com as transformações macrosociedades.

Ainda sobre a família no sentido ontológico, Gramsci (2004, p. 141), conceitua que “a família é, essencialmente, um organismo moral. É o primeiro núcleo social que supera o indivíduo, que impõe ao indivíduo obrigações e responsabilidades”. Aborda a família antes e após a instituição do Estado, a sua transformação em unidade nuclear relacionada à propriedade privada. Afirma que, no mundo antigo a família representava um meio de defesa e proteção social, em que os membros se agrupavam em torno de um homem poderoso e rico. Além de mulher e filhos, juntavam-se a esse homem as pessoas consideradas incapazes de garantir e proteger sozinhos os seus interesses e necessidades jurídicas, econômicas e morais. Em troca, retribuíam serviços de variado tipo.

Segundo Gramsci (2004), com a instituição do Estado, os indivíduos aglomerados em torno do homem poderoso passa a depositar a sua confiança fora da instituição familiar, reproduzindo assim a família ao seu núcleo natural: prole e genitores.

Esse processo, para Gramsci (2004), foi acontecendo à medida que os valores da propriedade privada foram se tornando essenciais para as famílias, defendendo assim a abolição da propriedade privada e a sua conversão em propriedade coletiva para que a família cumpra o seu papel ontológico: um organismo de desenvolvimento fisiológico e moral, de preparação humana e de educação cívica. Pois, a família não vem cumprindo essa função devido à preocupação dos pais em garantir o desenvolvimento fisiológico da prole, de assegurar-lhe os meios de subsistência diante o presente e o futuro. Defende que todos disponham dos meios necessários para educar a própria inteligência, desenvolver habilidades e desfrutar a coletividade da vida humana.

Por sua vez, Marx e Engels (1998), indicam que a propriedade privada na sociedade capitalista torna as relações sociais mistificadas. Criticam que a classe dominante declama sobre a família, colocando-a no cenário dos vínculos, do amor, dos doces laços que unem a criança aos pais, mas essa mesma classe dominante se utilizando da influência industrial, destrói os laços familiares do proletariado, colocando

a mulher e as crianças como simples objetos de comércio e em instrumentos de trabalho para a acumulação capitalista.

Para os autores (1998), a diferença nas condições de existência entre o proletariado e o capitalista reflete nas relações familiares. Desse modo, defende a abolição da família nos moldes capitalistas devido ao seu fundamento sobre a qual ela repousa na sociedade capitalista.

No que lhe concerne, Prado (2013) conceitua a família como uma instituição social que varia ao longo da história, com finalidades diversas coexistindo em uma mesma época e local. Não se caracteriza como um simples fenômeno natural, mas é um grupo que existe entre o indivíduo e a sociedade, em que a forma mais conhecida é a família composta por pai, mãe e filhos, chamada “nuclear” ou “normal”, determinada por fatores culturais. A sua filiação pode existir como famílias naturais consanguíneas, adoção ou afetividade. Caracteriza-se como única em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, apoio, solidariedade, bem estar físico dos indivíduos, reprodução, identidade, produção de subsistência e consumo.

Mészáros (2011) indica a família como um instrumento de reprodução da sociedade capitalista, assim como a propriedade privada e o Estado, à medida que repassa para outras gerações patrimônio, herança, propriedade privada e todos os seus valores éticos e ideológicos ali imbricados.

Por sua vez, Mioto (2010) conceitua a família como um grupo social dinâmico representado pela subjetividade, cuidado, proteção, socialização, reprodução de valores culturais, construção privada e pública. Mioto (2010) afirma que a família não se caracteriza apenas como uma instância de laços afetivos, mas também como espaço de conflitos e discordâncias. Aborda ainda a relação família e proteção social como direito, conceituando a família como espaço altamente complexo, construída e reconstruída cotidianamente, através de relações sociais entre ela, seus membros, trabalho, mercado e Estado.

Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. [...]. Portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser

um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social” (MIOTO, 2014, p. 168).

Ainda nessa mesma linha de raciocínio, Pereira (2010) acredita que a família não se caracteriza como uma instituição natural da sociedade, mas como um fato cultural historicamente condicionado pela sua dinâmica demográfica, tendo a sua configuração diretamente ligada ao tipo de sociedade sobre a qual está inserida.

No tocante às transformações contemporâneas que vem ocorrendo nas relações familiares, chamada muitas vezes de “crise” da família por alguns atores, Prado (2013) discorda, pois defende que a família se inscreve em um contexto amplo permeado de transformações sociais. A família tradicional como modelo adotado pela classe dominante, centrada na hierarquia masculina, transmitindo bens, estrutura extensa, reflete as camadas sociais privilegiadas economicamente, não acontecendo o mesmo em relação às famílias das classes populares.

Segundo Hobsbawn (1995), a família, enquanto instância de cooperação social e mecanismo para reproduzir-se, foi ganhando outros contornos. As mudanças familiares ocorreram no período de revolução cultural em fins do século XX com o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, relacionado à nova fase monopolista do capital, neoliberalismo, liberação das mulheres, cultura juvenil, entre outros.

A família nuclear, modelo padrão ocidental nos séculos XIX e XX, entrou em crise após ser solapada pelos arranjos básicos, há muito tempo existentes, nos anos 1970-1980, de forma desigual entre os países desenvolvidos e, mais tarde, foi aceita pelos países em desenvolvimento (HOBSBAWN, 1995). O número de pessoas vivendo sozinhas, mães solteiras, famílias homossexuais, bem como o controle de natalidade, divórcios, direito ao aborto, anticoncepcionais, enfim, tornavam-se permissivas práticas antes proibidas pela lei, religião e, também, pela moral consuetudinária de convenção e opinião da vizinhança (HOBSBAWN, 1995).

Na década de 1980, continuava bem mais permanente em países católicos (não comunistas). O divórcio era bem menos comum na península Ibérica e na Itália, e ainda mais raro na América Latina, mesmo em países que se orgulhavam de sua sofisticação; um divórcio por 22 casamentos no México, por 33 no Brasil (mas um por 2,5 em Cuba) (HOBSBAWN, 1995, p. 317).

Esses dados são corroborados pelo IBGE (2016, S. P.) no Brasil, quando “o tamanho da família brasileira diminuiu em todas as regiões: de 4,3 pessoas por família em 1981, chegou a 3,3 pessoas em 2001. O número médio de filhos por família é de 1,6 filhos”.

Por sua vez, Prado (2013) discorre que a família na contemporaneidade ainda segue um padrão patriarcal de família de classe alta com a manutenção de valores de autoridade masculina, muitas vezes, indiscutível. Com essas transformações na família atual sobre os “novos arranjos”, cresce a presença da mulher no espaço público como fenômeno tipicamente urbano, e pergunta-se até que ponto a emancipação política das mulheres contribuiu positivamente para elas, pois ainda enfrentam diariamente as desigualdades salariais, o preconceito enraizado socioculturalmente, a sobrecarga da vida profissional com a doméstica e a educação dos filhos.

Sobre essa discussão relacionada à mulher, Mészáros (2011) afirma que a sua luta pela emancipação política no campo da igualdade surgiu há muito tempo, mas adquire urgência no período de crise estrutural do capital sem mudança substantiva nas relações de desigualdade social estabelecida. Pois, para o autor (2011), a emancipação política das mulheres constitui uma demanda não integrável ao capital, visto que questiona o âmago das relações sociais hierárquicas capitalistas.

Roudinesco (2003) também acredita que essas “desordens” ou mudanças familiares não são novas, mesmo que se manifestem de forma inédita. Explica que a família aparece hoje como monoparental, homoparental, gerada artificialmente, desconstruída, recomposta, clonada, e que incomoda os conservadores a ideia de contestação do modelo tradicional familiar.

Entende que a família contemporânea não consegue compreender a liberação dos costumes, a perda da autoridade paterna, uma vez que a família ocidental parece pervertida de sua função de célula básica da sociedade. Ao mesmo tempo em que tal processo ameaça os valores tradicionais, os homossexuais, homens e mulheres, manifestam o desejo de formar uma família sob o ponto de vista da legalidade, com direito ao casamento, à adoção e a procriação assistida. Roudinesco (2003) questiona como essas pessoas até pouco tempo tidas como “perseguidas” e desejando romper com

a ordem familiar, que tanto contribuiu com os seus problemas, vem procurando atualmente nela integrar-se⁸⁰.

Com relação à família no âmbito das políticas sociais no âmbito do Estado, a família sempre foi objeto de preocupação das políticas sociais. No Brasil, Iamamoto (1982) e Netto (2011) pontuam que o Estado intervia sobre as sequelas da questão social no início do século XX usando abordagens psicologizantes para o trabalho com famílias.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2010) afirma que o trabalho com famílias tinha respaldo em teorias sistêmicas, que entendiam a família como um sistema integrado coeso funcionalista visando a harmonização da sociedade, além de manter a família como principal instância de cuidado para os seus membros.

Prado (2013) explica que as leis do Direito definem a família conforme a particularidade de cada país. No Brasil, o Estado através de sua legislação, como a Constituição Federal de 1988, Código Civil, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros, abordam a família a partir do contexto atual e ditam, de um modo generalizado, regras sobre filiação, casamento, parentesco, adoção⁸¹.

Tem-se assim, que o Estado, por intermédio da família, atua social e ideologicamente sobre os indivíduos, particularmente diante crises capitalistas, impondo responsabilidades sobre a família, como proteção, promoção de bem estar, servindo muitas vezes de “bode expiatório” para problemas, frustrações, angústias e conflitos insolúveis na sociedade.

Portanto, é uma tarefa difícil conceituar a família exigindo um debate interdisciplinar, sob o risco de cair em ecletismo e de conceituá-la conforme os valores e princípios ético-morais subjetivos.

Desse modo, a partir das análises dos autores, pode-se inferir a família como uma construção da sociedade, produto sociohistórico e grupo dinâmico complexo em constante transição mediado entre o indivíduo e a sociedade, formada por laços de adoção, consanguíneos e afetividade, ou não, alinhados por identidade, interação,

⁸⁰ Roudinesco (2003), ainda faz uma abordagem sobre a reflexão de vários autores que contribuíram em demonstrar que a homossexualidade não se caracteriza como doença ou perversidade, mas como sujeitos com participação ativa que lutam pelos direitos e que merecem o devido respeito.

⁸¹ Cabe ressaltar as determinações mundiais capitalistas, como a Assembleia Geral da ONU, que atua sobre os países com os acordos mundiais sobre família.

história, experiências, necessidades, interesses. Situa-se na esfera da produção e reprodução social dos indivíduos, transmitindo e absorvendo valores, saberes, comportamentos influenciados pela cultura, diferindo-se umas das outras (MIOTO, STAMM, 2003).

Nessa perspectiva, a família possui importância na formação ontológica humana, desenvolvendo-se conforme a produção e reprodução das relações macrossociais. Diante as mutações complexas sobre as quais recebe e transmite influências, se constitui como um grupo socialmente ativo, requisitando da sociedade e do Estado novas demandas conforme as suas necessidades e interesses, seja sob o ponto de vista jurídico-formal, seja do ponto de vista social. Por exemplo, a Constituição Federal de 1988 reconheceu o divórcio, enquanto outras Constituições anteriores no Brasil não permitiam o divórcio, mas cabia ao homem a decisão, fruto de uma sociedade patriarcal e religiosa.

Os chamados “novos” arranjos têm por base as uniões e parcerias livres, com ou sem formalidade, com mulheres chefes de família, pessoas sozinhas, casais sem filhos, casais homoafetivos, enfim, uma diversidade que ainda encontra resistência, especialmente de grupos religiosos que são contrários a tal prática. Recentemente, o debate sobre o Estatuto da Família, projeto de Lei elaborado pelo Deputado Orlando Silva, constava o reconhecimento da diversidade das famílias, que passou a ser alvo de questionamentos e desaprovações da Comissão de Direitos Humanos da Presidência da República, o que mostra a dificuldade das famílias que não seguem esse padrão burguês de família serem reconhecidas juridicamente.

Os “novos” arranjos se caracterizam como configurações novas e não devem ser encarados como “crise”, “disfunção”, “desorganização” da família, mas se situam no plano da realidade social que há muito tempo existe, conforme apontam Roudinesco (2003) e Hobsbawn (1995).

Concorda-se com o argumento de Miotto (2010) de que a família não se caracteriza apenas como espaço da harmonia e afeto, mas também se dá no campo dos conflitos, interesses e dos desentendimentos, muitas vezes negligenciado pela formulação e execução das políticas sociais, que procuram ajustar as famílias com intervenções pontuais visando a família como “coesão social” e “lugar de felicidade”.

A seguir serão discutidas questões conceituais relativas ao cuidado, tendo em vista a sua relação com a família.

2.2.2 Noções conceituais sobre cuidado: definição polissêmica

O cuidado tem sido discutido no âmbito de várias disciplinas como ciências sociais, economia, filosofia, ciências da saúde. Segundo Barcelos (2011), o seu estudo no Brasil foi observado prioritariamente pela enfermagem e gerontologia, devido aos aspectos da saúde relacionados ao cuidado.

Barcelos (2011) avalia que o cuidado é percebido como um conceito polissêmico, com variados sentidos. Na presente discussão será debatido o cuidado no seu sentido ontológico, no campo da política social, do trabalho familiar, da questão de gênero, do cuidado em saúde e saúde mental.

De um modo geral, os autores (DUARTE, 2013; MERHY, 1999; PINHEIRO, 2016) percebem o cuidado no campo da atitude ética, tratada no cotidiano, da preocupação com o outro, da afetividade, do vínculo intersubjetivo, da humanização em saúde.

Duarte (2013) e Pinheiro (2016) pontuam que a palavra cuidado deriva do latim *cuidare, cogitare*, se traduz em pensar, imaginar, refletir, relacionada ao contexto de amor, amizade, tratar, curar.

O cuidado também se encontra no campo dos aspectos mais abrangentes que envolvem a sociedade. Por sua vez, Pinheiro (2016, p. 111) tece a sua definição sobre o conceito de cuidado:

O 'cuidado' consiste em um modo de agir que é produzido como 'experiência de um modo de vida específico e delineado' por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em 'práticas' de 'espaço' e na 'ação' de 'cidadãos' sobre os 'outros' em uma dada sociedade.

Por sua vez, Duarte (2013) entende o cuidado como atenção ao outro considerando as dimensões subjetiva e objetiva. Mais do que uma operação técnico-operativa, o cuidado, por sua própria natureza, se constitui como uma atitude ética e responsável, inclui atenção, preocupação e envolvimento afetivo, segundo o autor (2013).

Pinheiro (2016) discute que o cuidado é identificado como prática cotidiana, relacionado à dimensão repetitivo-singular, que tem origem delimitada ao espaço doméstico privado, ligado à família, repassada de geração a geração, com gestão

feminina, enquanto os homens se organizavam no espaço público social, acarretando uma divisão social e sexual do trabalho.

Nessa perspectiva, o cuidado se apresenta como prática universal, de natureza socioantropológica, relacionado à reprodução cultural, com sentido ontológico de proteção dos membros familiares (ZOLA, 2014).

Engels (2013), com base nos estudos de Morgan, localiza, nesse período, os estados chamados de selvagem e barbárie, onde predominam as relações sociais tribais (*gens*) e os matrimônios por grupos familiares. O trabalho era desenvolvido pelas famílias e não havia a divisão entre vida pública *versus* vida privada, pois a vida comunal era formada por todos, com obrigação de se ajudarem mutuamente e de se socorrerem, não havia separação entre os sexos e tudo era repartido entre todos, inclusive os cuidados entre os membros.

Mas com a transformação para a família monogâmica, a partir da propriedade privada, o poder do homem predomina sobre a mulher, a gestão do lar perde o sentido ontológico, a mulher fica recolhida no espaço privado pra cuidar dos membros enquanto o homem permanece no espaço público e mercantil, tendo assim a primeira opressão de classes (ZOLA, 2014).

Essa referência de cuidados perpassa a sociedade capitalista, com uma sociedade hierarquizada em divisão de papéis entre homens e mulheres, sendo questionada pelos movimentos sociais e culturais em meados do século XX, sobretudo feministas (HOBSBAWN, 1995).

A contribuição significativa desses questionamentos à ordem social e relações de poder patriarcais lutando por emancipação política e igualdade de gênero, uma vez que a mulher adentra no circuito produtivo do mercado de trabalho no século XX, mas paralelamente apresenta dificuldades de conciliar o trabalho produtivo com o familiar.

Dessa forma, a discussão sobre o cuidado perpassa as questões sobre gênero e trabalho familiar. Segundo Barcelos (2011), há aqui um grande problema, porque as mulheres exerciam a proteção social e agora, dentro dos limites capitalistas, encontram-se no espaço público social. Segundo Pinheiro (2016, S. P.), “constata-se que a demanda por ‘cuidado’ vem, dia-após-dia, se complexificando, o que tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, homens e mulheres” atuarem como cuidadores, especialmente na área da saúde.

A profissão de cuidador encontra-se regularizada em países desenvolvidos, enquanto cuidado como trabalho remunerado reconhecido pelos serviços de *care*. Zola (2014) apresenta essa discussão considerando as novas tendências demográficas e impulsionadas pelo mercado, aparecendo como alternativa de apoio aos cuidados familiares, tendo como *locus* o domicílio, decorrente de novas tendências demográficas a partir das transformações sociais e familiares.

É uma prática antiga entre países que vivenciaram o Estado de Bem Estar Social, com empregadas e babás para o desenvolvimento de cuidado a idosos, crianças e doentes, pagos por famílias que podiam custear. Zola (2014) observa que a sociedade contemporânea demanda mudanças culturais e a regulação do Estado para apoiar a proteção social de indivíduos e famílias.

Também existe o *care* desenvolvido pelo Estado, no caso da França, para aliviar a carga de tarefas às famílias, especialmente para as mulheres, liberando-as para o mercado de trabalho e questionando a importância do trabalho doméstico e a sua gratuidade (ZOLA, 2014).

Porém, no Brasil, essa prática é ainda recente, com tendência de crescimento, conforme indica Zola (2014). A profissão de cuidador no país foi criada legalmente em 2002, inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), código 5162, abrangendo o trabalho de babá, cuidador de idoso, mãe social e cuidador em saúde. A sua regulamentação prevê o reconhecimento do Estado brasileiro diante as demandas contemporâneas de cuidado.

Para Zola (2014), essa modalidade de cuidado sofre uma precarização e falta de prestígio social, com clara dimensão de gênero no seu perfil profissional, respaldando o desenvolvimento da mulher no trabalho doméstico.

Assim, o *Guia Prático do Cuidador*, de 2008, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, reconhece o registro da profissão de cuidador no CBO, os direitos da pessoa demandante do serviço quanto do cuidador e direciona alguns procedimentos técnicos diante do cuidado. Menciona como justificativa as seguintes mudanças sociais e demográficas que influenciaram a sua elaboração:

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares

tem sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado (BRASIL, 2008, p. 05).

Porém, mesmo diante das transformações societárias, o documento ministerial, direcionado aos cuidadores em saúde, define o cuidado como sinônimo da prática cotidiana do cuidar, no campo da micropolítica, envolvendo a empatia, conforme apontado:

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Segundo o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), quem desenvolve o cuidado:

é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. [...] É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Como se vê, o Ministério da Saúde enfatiza o cuidador como dotado de qualidades específicas, que se dedica ao “amor ao próximo”. Sua função é “acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha” (BRASIL, 2008, p. 08). Ainda incentiva a prática do autocuidado da pessoa cuidada e da pessoa que cuida, definindo a importância da preservação da saúde.

Segundo Duarte (2013), o cuidado em saúde envolve tanto o cuidado não institucional (informal) quanto o cuidado institucional (formal).

Duarte (2013) aponta o cuidado não institucionalizado, pela via informal, como “uma prática socialmente assumida por uma ótica de gênero”, incidindo sobre o cotidiano das relações, como visto anteriormente. Percebe-se assim que, o cuidado informal desenvolvido pela comunidade, pela família e, sobretudo, pela mulher,

constituído na esfera da vida privada, sem reconhecimento social e distante da lógica do mercado capitalista, coexiste com o cuidado formal institucionalizado.

Sobre o cuidado institucionalizado, Merhy (1999) e Pinheiro (2016) observam na saúde a importância da atenção ao usuário, onde os profissionais não devem se restringir ao uso de técnicas e diagnósticos médico-clínicos, que ainda predominam na assistência em saúde. Mas o acolher, respeitar, escutar e o estabelecimento de vínculos intersubjetivos são relevantes para o cuidado em saúde de modo integral priorizando o bem estar dos indivíduos (PINHEIRO, 2016; MERHY, 1999).

Pinheiro (2011) defende a ideia do cuidado como ação integral, ligada ou não a um sistema de saúde, relacionando o cuidado ao direito do demandante para atender as suas necessidades.

Duarte (2013) relaciona que o cuidado institucionalizado se faz público nas profissões atuantes na área da saúde e seguridade social, mas não apenas. Na saúde, considera que a gestão pública do sistema envolve os usuários, familiares, profissionais e gestores da saúde. Com relação ao cuidado prestado na seguridade social, cita como exemplos o saber lidar com o doente, com a criança e o adolescente, com o idoso, com as pessoas com deficiência ou algum tipo de limitação para a vida social.

Nessa perspectiva, sobre o cuidado em saúde mental, que integra o cuidado em saúde, Duarte (2013) explica que as pessoas em sofrimento mental estão cada vez mais centradas no território devido a uma rede de cuidados territorializada, pautada em novas formas de produção do cuidado formais.

A loucura e a sua relação com o Estado e a sociedade, esteve ligada à esfera da privacidade, do enclausuramento, do ocultamento da vida pública, com os hospitais psiquiátricos. Com as respostas da sociedade pela via dos movimentos sociais, o cuidado voltado ao sofrimento mental passa a sofrer mudanças em torno dos direitos.

Nos serviços substitutivos esse cuidado encontra-se desenvolvido por profissionais e gestores em saúde mental, orientados a produzir vínculos, estimular o autocuidado, atuando na reinserção social e reabilitação psicossocial.

Mas o cuidado em saúde mental também perpassa o cuidado informal, que continua a ser direcionado à família e a mulher, coexistindo com os serviços substitutivos. Segundo Duarte (2013, p. 77), esse cuidado “na maioria das vezes, recai sobre as mulheres, ora por serem as mães, filhas, esposas, companheiras, ora por exporem essa vocação socialmente construída para o gênero feminino”. E acrescenta:

“isso não significa dizer que não haja presença masculina na relação desse mesmo cuidado” (DUARTE, 2013, p. 77), pois essa função não é exclusividade da mulher, embora seja remetida a ela (ROSA, 2014).

Para Duarte (2013), as famílias cuidadoras devem ser cuidadas diante os problemas em lidar com o sofrimento mental. Da mesma forma, Rosa (2014) avalia que o provimento do cuidado à pessoa em sofrimento mental produz ônus subjetivo e econômico para o cuidador familiar.

Diante os apontamentos, percebe-se que a conceituação de cuidado também exige complexidade e também se apresenta como produto das relações sociais, coexistindo a formalidade e informalidade de suas práticas, remunerados ou não. Mas, sobretudo, ainda ligado às suas origens de natureza socioantropológica, que vai ganhando contornos com mudanças societárias, insistindo em ser direcionada à família, e principalmente, à mulher.

Assim, o cuidado em saúde e em saúde mental, tendo em vista a sua complexidade, é determinado pelas condições históricas, sociais e econômicas, incorporando as tendências societárias internacionais e nacionais desenvolvidas.

Diante as observações dos autores, pode-se depreender que o cuidado se constitui como uma prática sociohistórica, de proteção social, que sofre mudanças conforme as transformações societárias, produto das relações entre homens e mulheres, posto, sobretudo, à mulher para o ato de cuidar, conservando aspectos culturais e subjetivos, mediado pelo Estado e pelo mercado.

Capítulo 3 A responsabilização da família na Política Nacional de Saúde Mental: estratégias e contradições

Para situar a discussão na conjuntura brasileira, precisa-se entender que o Brasil se constitui como um dos países que recebe influências internacionais, a exemplo de organismos capitalistas como o BM, FMI, OMS. Particularmente, o país é um dos países-membros integrante dos mecanismos institucionais da OMS, que recebe as orientações e recomendações a partir de acordos firmados entre esses países para o desenvolvimento de uma política próxima da mundialização do capital, embora mantendo as suas particularidades sociohistóricas.

A política de saúde, articulada às demais políticas da Seguridade Social e resultado das articulações entre Estado e sociedade civil, torna-se mediada pelas recomendações desses organismos internacionais para processos de reformas neoliberais, como privatização, parcerias público-privadas, corte de gastos sociais, equidade, fragmentação das políticas sociais.

Esse olhar mostra-se crucial para entender as tendências da política nacional de saúde mental no país, uma vez que, integrada à política de saúde, sofre todas as ameaças impostas ao SUS, necessitando da participação dos sujeitos sociohistóricos na luta política para a garantia de direitos e conquistas sociais, conforme outrora nos ganhos reivindicados pelos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Nesta seção foram analisadas as normativas, os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) e os documentos do Ministério da Saúde, que incluem a temporalidade sob os governos neoliberais de FHC e os governos neodesenvolvimentistas de Lula e Dilma, estes caracterizados pelo crescimento econômico e redistribuição de renda. Uma vez que os documentos podem servir de subsídio para compreender as questões subjacentes contraditórias presentes na centralidade do cuidado familiar na política de saúde mental, que envolvem a essência das relações na sociedade capitalista.

As famílias cuidadoras do sofrimento mental que, durante o processo de internação psiquiátrica no modelo hospitalar, constituía um sujeito passivo no tratamento (ROSA, 2010), agora, no processo de desinstitucionalização, torna-se coparticipante ativa no provimento de cuidados domiciliares e extradomiciliares, como participação nas atividades integrantes dos serviços e na articulação política.

Ou seja, os serviços ditos substitutivos, baseados na cidadania e direitos humanos, dão centralidade ao cuidado familiar e colocam a família em uma posição de guardião do sofrimento mental que ela, muitas vezes, não consegue entender ou aceitar, diante às necessidades objetivas e subjetivas específicas que o sofrimento mental demanda e da sobrecarga de trabalho de quem o acompanha (ROSA, 2010).

Dessa forma, as famílias recorrem cotidianamente a esses serviços abertos que, a partir dos anos 2000, presenciam uma expansão e consolidação da rede em saúde mental no país com a devida ampliação de normativas em saúde mental relativas a programas e serviços, incluindo a família no cuidado psicossocial, conforme será esboçada a seguir.

3.1 Aspectos metodológicos

O objeto de estudo em tela, que se manifesta sob a forma de fenômeno, diz respeito à centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental na política de saúde mental brasileira. Considera o processo de desinstitucionalização, enquanto direção do movimento de Reforma Psiquiátrica, articulado à política de saúde, às contradições presentes nos modelos hospitalar e no modelo substitutivo e a sua relação com a família.

Para tanto, os procedimentos metodológicos de construção da pesquisa deu-se com a revisão de literatura, como pré-requisito para toda e qualquer investigação (LIMA, MIOTO, 2007), com abordagem qualitativa e investigação do tipo documental, que utiliza a fonte de coleta de dados baseada em documentos, constituindo as denominadas fontes primárias, uma vez que não sofreram tratamento analítico (GIL, 2010; ALMEIDA, GUINDANI, SÁ-SILVA, 2009).

GIL (2010) ainda explica que as fontes dos documentos podem ser de arquivo público e constituem a fonte mais fidedigna de dados, podendo ser de arquivos públicos municipais, estaduais ou nacionais, incluindo os documentos oficiais, definidos “como: ordens régias, leis, ofícios, relatórios, correspondências, anuários, alvarás etc.” (GIL, 2010, p. 64).

Segundo Almeida, Guindani e Sá-Silva (2009, p. 05), “a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”. Para tanto, este tipo de pesquisa foi de grande relevância para o estudo, pois se obteve a oportunidade de conhecer o contexto

histórico no qual o documento foi produzido, as perspectivas políticas e econômicas internacionais e nacionais das instituições, a sua contribuição para a política de saúde mental brasileira e a sua relação com a centralidade do cuidado familiar.

É primordial em todas as etapas de uma análise documental que se avalie o contexto histórico no qual o foi produzido, o universo sociopolítico do autor e daqueles a quem foi destinado, seja qual tenha sido a época em que o texto foi escrito (ALMEIDA, GUINDANI, SÁ-SILVA, 2009, p. 08).

A pesquisa se desenvolveu com aproximações sucessivas da construção do desenho metodológico, realizando um movimento de idas e vindas de leituras, questionamentos e interlocução crítica com o material documental visando a apreensão do objeto. Assim, a pesquisa se desenvolveu em três momentos, de acordo com a proposta de Miotto e Lima (2007), contemplada por Salvador: levantamento do material documental, construção do roteiro de leitura (instrumento) para levantamento das informações documentais e a análise explicativa das soluções⁸².

No primeiro momento, na fase do levantamento do material documental, foram adotados alguns critérios delimitadores do universo da pesquisa a fim de selecionar os dados para a consulta documental, como os critérios cronológico, linguístico, temático e as principais fontes, conforme apontam Miotto e Lima (2007, p. 41, grifos do autor):

- a) o **parâmetro temático** – as obras relacionadas ao objeto de estudo, de acordo com os temas que lhe são correlatos;
- b) o **parâmetro linguístico** – obras nos idiomas português, inglês, espanhol, etc.;
- c) as **principais fontes** que se pretende consultar – livros, periódicos, teses, dissertações, coletâneas de textos, etc.;
- d) o **parâmetro cronológico** de publicação – para seleção das obras que comporão o universo a ser pesquisado, definindo o período a ser pesquisado.

⁸² A presente pesquisa documental se baseou no trabalho das autoras Miotto e Lima (2007) que, embora discutam sobre a pesquisa do tipo bibliográfica, fornecem elementos norteadores que facilitam o entendimento metodológico. Sobre isso, Gil (2010, p. 65) relaciona que esses dois tipos de pesquisa possuem muitas semelhanças, inclusive “em muitos casos, as etapas de seu desenvolvimento são praticamente as mesmas”.

Em seguida, ficou estabelecido o critério cronológico para demarcar a universalidade temporal, em que ficou definido o período entre 2000 e 2015, devido ao momento de consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica com as normativas e serviços que dão materialidade à política nacional de saúde mental.

Ainda nesse momento, também ficou delimitado o critério linguístico em idioma português para facilitar a identificação das informações e leituras contidas no material documental.

Além das delimitações temporal e linguística, foi feito um levantamento dos documentos que tivessem em seu título o termo família e/ou saúde mental como critério temático correlacionado ao objeto de estudo.

No tocante às principais fontes documentais que se pretende consultar, foram definidas as mencionadas em seguida a partir dos critérios de cronologia, temporalidade e linguística:

- Relatórios internacionais do FMI, BM e da OMS;
- Normativas (leis e portarias) nacionais;
- Relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental;
- Publicações de documentos oficiais do Ministério da Saúde, como cadernos, manuais e cartilhas;

Com o estabelecimento desses critérios para a coleta de dados, ocorreram algumas redefinições no tocante às principais fontes acerca dos documentos internacionais do FMI e do BM, pois as publicações do FMI não contemplavam os critérios linguístico e temático. Por sua vez, os documentos do BM também não atendiam o critério temático em seus títulos. Desse modo, permaneceram então os documentos internacionais apenas da OPAS/OMS que compreendiam os critérios da lógica de coleta de dados pré-estabelecida. Eis os documentos: Relatório Mundial da Saúde, intitulado *Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*, de 2001 e Relatório intitulado *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*, de 2008.

Cabe ressaltar que houve uma exceção para o documento de língua inglesa, da OMS, chamado *Mental health action plan 2013-2020*, de 2013, mas que contempla os critérios cronológico e temático. Ele foi selecionado porque orienta um conjunto de metas em saúde mental para que sejam cumpridos pelos países membros até 2020, representando assim um documento relevante para a investigação proposta.

Por sua vez, as normativas nacionais em saúde mental são referentes aos serviços e programas implementados a partir do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no país, considerando os critérios cronológico e linguístico. Devido à abundância de leis no campo jurídico-formal, foram priorizadas as principais normativas em saúde mental, relacionadas aos direitos, aos principais serviços de atenção psicossocial substitutivos e a lei sobre drogas no país.

Foram elas: Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que trata sobre a proteção e direitos dos usuários e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários egressos de longas internações ininterruptas; Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece a organização e funcionamento dos CAPS no território nacional; Lei nº 343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); e Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Deve ser salientado que a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 não foi analisada, pois não se define como programa ou serviço, mas como um benefício social a pessoas com história de institucionalização.

No que se refere aos documentos das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), foram selecionados apenas dois relatórios finais respeitando os parâmetros da pesquisa (cronológico, temporal, linguístico e temático). A escolha por esses documentos reconhece a importância da relação entre o controle social e o direcionamento das ações governamentais em saúde. São eles: *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental Cuidar sim, excluir não*, de 2002, e *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, de 2010.

Por sua vez, os documentos oficiais nacionais, de acordo com os critérios da pesquisa, ficaram numerosos. Para delimitar o material documental para fins de pesquisa, foi utilizada a técnica da leitura seletiva, conforme apontam Miotto e Lima (2007, p. 41), onde explicam que esse tipo de leitura “procura determinar o material que de fato interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa”, abrangendo o momento da seleção das informações pertinentes e relevantes, descartando elementos secundários.

Nesse sentido, os documentos priorizados e que permaneceram na coleta de dados foram os documentos do Ministério da Saúde: *Cadernos de Atenção Básica nº 34 – saúde mental*, de 2013; *Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para os participantes de grupos*, de 2013; e *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*, de 2014.

Segue abaixo a relação dos documentos selecionados de forma sistematizada para melhor compreensão da pesquisa:

- Relatórios da OMS: *Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança* (2001), *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global* (2008) e *Mental health action plan 2013-2020* (2013);
- Normativas nacionais em saúde mental: Lei nº 10.216/2001, Lei nº 10.708/2003, Portaria nº 106/2000, Portaria nº 336/2002, Lei nº 343/2006 e Portaria nº 3.088/2011;
- Relatórios finais das CNSM: *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental Cuidar sim, excluir não* (2002) e *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial* (2010);
- Documentos do Ministério da Saúde: *Cadernos de Atenção Básica nº 34 – saúde mental* (2013), *Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para os participantes de grupos* (2013) e *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas* (2014).

Por conseguinte, as alterações que ocorreram durante a construção do desenho metodológico e a escolha dos procedimentos já foram observadas por Miotto e Lima (2007) quando informam sobre a possibilidade da mudança de caminho como recurso na pesquisa. Para as autoras (MIOTTO, LIMA, 2007), “essa flexibilidade, porém, não significa descompromisso com a organização racional e eficiente frente à tarefa”, mas implica em envolvimento e cuidado para que seja cumprida uma sequência de procedimentos de ordem epistemológica.

Depois de construídas as aproximações sucessivas com o material documental selecionado, Miotto e Lima (2007) orientam a construção de um instrumento para coleta de dados. Esse instrumento refere-se à elaboração de um roteiro para leitura “que permita pinçar das obras escolhidas os temas, os conceitos, as considerações relevantes para a compreensão do objeto de estudo” (MIOTTO, LIMA, 2007, p. 41-42). Assim sendo, foram construídos os roteiros para leitura no sentido de nortear os documentos

escolhidos a fim de identificar e otimizar as informações consideradas significativas, contidas em cada publicação, correndo o risco de descartar informações secundárias que possam vir a ser pertinentes.

No segundo momento da pesquisa, foram elaborados dois roteiros para leitura (instrumentos para coleta de dados). Um, adequado para os documentos em forma de textos e, o outro, apropriado para as normativas, em observância com as mediações que conformam o objeto de estudo, conforme indicam Miotto e Lima (2007)⁸³.

Os roteiros para leitura se articularam às categorias conceituais da pesquisa, aos objetivos propostos, buscando identificar conceitos, perspectivas teórico-metodológicas, questões subjacentes, prospecções e tendências que envolvem a discussão da centralidade do cuidado familiar na política de saúde mental brasileira (MIOTTO, LIMA, 2007).

Nessa fase foi realizada uma extensiva jornada de leitura e releitura em cada documento com o preenchimento do respectivo roteiro (instrumento), na busca de concluir os dados para posteriormente submeter à análise.

Por sua vez, as limitações e dificuldades que envolveram o curso da presente investigação foram: as redefinições ocorridas no primeiro momento da pesquisa, referente ao levantamento do material documental. Os dados foram reorganizados, conforme mencionado acima, uma vez que as temáticas da saúde mental, família e cuidado vêm sendo pouco discutidas pelos organismos internacionais.

Ainda no campo das dificuldades, os resultados da pesquisa mostram uma incipiente produção sobre a família nos documentos. O uso do termo “família” na maioria dos documentos é citado de forma fragmentada, desprendida de conceitos, perspectivas, legislação sobre o tema, novas configurações familiares, sua relação com a proteção social, entre outros aspectos.

Esse quase “silêncio” metodológico entra em contradição com a expansão da sua centralidade no campo das políticas sociais no Brasil. No entanto, quando a família é citada, geralmente ela aparece relacionada às inúmeras formas de participação: na tomada de decisões, controle social, luta por direitos, facilitadora de projetos e grupos de autoajuda etc.

Outras dificuldades apresentadas foram a incipiente bibliografia sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa documental, mostrando-se pouco explorada

⁸³ Os citados roteiros para leitura encontram-se nos Apêndices A e B.

pelos autores e complexificando o trabalho de quem pesquisa este tipo de material, que implica em dúvidas sobre as técnicas para a análise dos documentos. Ainda, a quantidade de páginas de alguns documentos e a repetição de informações no mesmo documento.

Entretanto, mesmo com as dificuldades encontradas, a pesquisa seguiu o seu curso na busca das possibilidades, avanços e desafios.

No terceiro momento da pesquisa, na análise explicativa das soluções, realiza-se a exposição, uma fase ilustrativa, de “demonstrar a validade das suas afirmações a partir dos autores pesquisados”, observando os procedimentos metodológicos estabelecidos, entre outros aspectos.

Desse modo, Miotto e Lima (2007) explicam os resultados da investigação com a mediação do referencial teórico construído para o estudo. Então, foi necessário observar o fenômeno e mediá-lo com as categorias da totalidade, história e contradição em Marx (NETTO, 2011) para chegar à essência das relações, dos processos e estruturas, tentando decifrar as questões de fundo subjacentes fetichizadas que usuários, familiares e técnicos, entre outros atores sociais, incorporam na luta política e ideológica diária (MIOTTO, LIMA, 2007; NETTO, 2011)⁸⁴.

A análise e interpretação dos dados têm como referencial teórico o método crítico-dialético marxista para apreender o real a partir de aproximações sucessivas, apreender as influências internacionais e nacionais existentes, como e por que a família vem exercendo um papel central no cuidado em saúde mental.

Na exposição sobre os dados da pesquisa em tela, houve a preocupação em organizar os dados partindo do fenômeno para atingir a essência, pois Kosik (1976, p. 16) revela que, “compreender o fenômeno é atingir a essência. Sem o fenômeno, sem a sua manifestação e revelação, a essência seria inatingível”.

Dessa forma, procurou-se dividir o terceiro momento em duas fases, a saber: inicialmente, o que mostram os documentos sobre o objeto de estudo, no esforço de

⁸⁴ Para Netto (2009, p. 675-676), as técnicas utilizadas em pesquisa com referencial teórico marxista “são meios de que se vale o pesquisador para ‘apoderar-se da matéria’, mas não devem ser identificados com o método”. Para o autor, o próprio Marx utilizou várias dessas técnicas de pesquisa (análise bibliográfica e documental, observação participante, entre outras) para a apreensão do seu objeto, que era a sociedade burguesa enquanto um sistema de relações mercantis construído pelos homens. Segundo Netto (2009, p. 689), a questão do método em Marx é um método de conhecimento, ele não oferece um conjunto de regras formais, “implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa” diante a realidade social concreta.

realizar o *détour*⁸⁵ (KOSIK, 1976), articulando brevemente com algumas referências bibliográficas. Foram trabalhados os documentos brasileiros localizados nas normativas, relatórios finais das conferências de saúde mental e material institucional do Ministério da Saúde, considerando as categorias conceituais da pesquisa como a política de saúde mental, família e cuidado.

Em seguida, procurou-se abordar o deciframento de questões subjacentes, a realidade que se esconde por traz dos documentos, buscando apropriar-se criticamente do objeto, sustentada nas aproximações sucessivas das reflexões teóricas em interlocução com a interpretação da pesquisadora sobre o material documental, tendo como referência a articulação com a universalidade, particularidade e singularidade, bem como a articulação entre as categorias da totalidade, da mediação e da contradição em Marx (NETTO, 2009).

3.2 A Organização Mundial de Saúde e as tendências internacionais sobre a Política de Saúde Mental

A política de saúde mental dá-se em contexto internacional nos países em que se desenvolveram um intenso processo de luta contra os hospitais psiquiátricos para a assistência em saúde mental, através dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, que no fim dos anos 1960 atravessou os EUA e países da Europa, se expandindo para os países em desenvolvimento (AMARANTE, 1995). Assim, a OMS influencia o direcionamento das ações da política de saúde mental nacional dos países-membros, mais especificamente dos países em desenvolvimento, dos quais o Brasil faz parte.

Nesse processo, a OMS se constitui como uma agência multilateral, consoante aos interesses dos organismos internacionais, como o BM e FMI, que se autodefine como “a principal instituição mundial de saúde pública” (OMS, 2001, p. 13). Vem incentivando o processo de desinstitucionalização mundial e apresentando-se como uma das maiores responsáveis pelas mudanças históricas para cuidados substitutivos.

[...] o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenômeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada

⁸⁵ *Détour*, para Kosik (1976), significa o esforço do percurso para compreender a “coisa em si”, seria o caminho entre a aparência e a essência.

Organização das Nações Unidas, e a democracia fez avanços em todo o mundo (OMS, 2001, p. 22).

Dessa forma, a OMS, conforme visto, beneficia-se como a “grande” incentivadora da Reforma Psiquiátrica nos países, minimizando assim as lutas legítimas de sujeitos sociohistóricos em prol dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Bem como essas demandas da classe trabalhadora podem ser incorporadas por instâncias representativas imbricadas de projetos societários que privilegiam interesses de classe e que se beneficiam de suas decisões e ações, conforme apontam Behring e Boschetti (2010).

A OMS, durante as Reuniões e Assembleias Gerais da ONU com os países-membros, articula alguns acordos em torno de ações em saúde que se traduzem em recomendações a serem seguidos por esses países, apresenta as suas propostas nos relatórios, situando uma visão geral da situação da saúde mental mundial, haja vista que “examina minuciosamente a prestação e o planejamento de serviços e termina com um conjunto de recomendações de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com as suas necessidades e os seus recursos” (OMS, 2001, p. 15).

Dentre os documentos elaborados, foram pesquisados os seguintes: Relatório Mundial da Saúde *Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança* (OMS, 2001), Relatório *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global* (OMS, 2008)⁸⁶ e *Mental health action plan 2013-2020* (OMS, 2013).

Para iniciar, os documentos da OMS se estruturam metodologicamente, pela definição de saúde mental para, em seguida, tecer as suas orientações aos países. Nesse sentido, o documento da OMS (2001, p. 13)⁸⁷ menciona a inovação de uma “nova compreensão” sobre a saúde mental, como fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais, onde “as perturbações mentais resultam de muitos fatores e que têm a sua base física no cérebro”, reatualizando concepções tradicionais de origem neurobiológica acerca do sofrimento mental.

⁸⁶ O Relatório *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*, de 2008, teve parceria entre os diretores-gerais Margaret Chan e Professor Chris van Weel, respectivamente da OMS e da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Ainda como membro de equipe técnica, mais uma vez, Benedetto Saraceno.

⁸⁷ O documento *Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança* (OMS, 2001) tem direção-geral de Gro Harlem Brundtland e Benedetto Saraceno, um dos influentes atores sociais da Reforma Psiquiátrica italiana e também articulador da OMS em escala global.

Por outro lado, os demais documentos (OMS, 2008; 2013) já não partem de uma concepção biomédica para defini-la, mas o documento da OMS (2013) aponta uma proposta mais ampla, incluindo o âmbito do trabalho e a participação social e comunitária.

The action plan also covers mental health, which is conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.”⁸⁸ (OMS, 2013, p. 05).

Embora atualmente não envolva mais os aspectos cerebrais na definição de saúde mental, o documento (OMS, 2013) define que o termo sofrimento mental “is used to denote a range of mental and behavioural disorders that fall within the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision (ICD-10)⁸⁹ (OMS, 2013, p. 06). Por sua vez, o documento da OMS (2008), reitera que a identificação do sofrimento mental deva ser realizada através de diagnósticos clínico-médicos.

Os dois sistemas de classificação de perturbações mentais mais amplamente usados – *International Classification of Disorder-10* (ICD-10) (Classificação Internacional das Perturbações) e o *Diagnostic and Statistics Manual-IV* (DSM-IV-TR) (Manual de Estatísticas e de Diagnóstico) – tiveram a sua origem na pesquisa e na experiência em ambientes especializados da psiquiatria (OMS, 2008).

A OMS aprovou em 2001, durante Assembleia Geral com 191 países membros, um sistema de classificação em saúde mental com base em 152 categorias de avaliação chamado Classificação Internacional de Funcionamento, Descapacidade e Saúde – CIF (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*)⁹⁰ (BRASIL, 2014, p. 165).

⁸⁸ “O plano de ação abrange também a saúde mental, que é conceituada como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade (OMS, 2013, p. 06, tradução nossa).

⁸⁹ “É utilizada para designar uma gama de transtornos mentais e comportamentais que se enquadram dentro da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10)” (OMS, 2013, p. 06, tradução nossa).

⁹⁰ Até então, prevalecia a Classificação Internacional de Doenças na sua 10ª versão (CID-10).

Segundo Brasil (2014), esse sistema de avaliação combina aspectos biomédicos e psicossociais na tentativa de atenuar a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico que reforça estigma, conflitos interprofissionais, reduzem a complexidade e diversidade das formas de vida de pessoas no contexto familiar e comunitário, mas parte do pressuposto de que todas as pessoas têm algum tipo de limitação. Demonstra um avanço da luta da Reforma Psiquiátrica, uma vez que já vem sendo validado em vários países para estudos e pesquisas de casos clínicos, assim como atende à avaliação seletiva do ajuste neoliberal de corte de gastos que avalia critérios de concessão para acesso a benefícios sociais.

Ela [OMS] aprovou em 2001, em uma assembleia geral com 191 países membros, um sistema de classificação deste tipo, cujo nome podemos traduzir como Classificação Internacional de Funcionamento, Descapacidade e Saúde (*International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*), que é bastante sistemático, com base em 152 categorias de avaliação. Ele se baseia no princípio de que todas as pessoas têm, em algum grau, alguma forma de deficiência ou incapacidade, ideia que é importante na luta contra a discriminação. O sistema amplia muito o foco centrado apenas nos problemas na estrutura corporal individual e/ou a redução ou perda de uma função, para abranger também a interação entre estes fatores e o contexto no qual as pessoas vivem e participam, as modalidades de intervenção mais adequadas, bem com as possibilidades de sua inclusão social (BRASIL, 2014, p. 32, grifos do autor).

Nesse processo, o documento da OMS (2001, p. 20) afirma que os fatores socioeconômicos geram as maiores incidências para o sofrimento mental, em que “é particularmente importante a relação entre saúde mental e pobreza: os pobres e carentes apresentam uma maior prevalência de perturbações”. Mas avalia que outros fatores também podem ser decisivos como: sexo, idade, conflitos e catástrofes, doenças físicas graves, ambiente familiar e social.

Sobre a questão da pobreza, Yazbek (2012) caracteriza-a como uma categoria multidimensional, histórica e socialmente determinada, que se traduz em carência de direitos, oportunidades, informação, possibilidades e esperança. Mas vem sendo usualmente mensurada pelos ideólogos dos organismos internacionais através de

indicadores sociais, que estabelecem critérios de renda para viabilizar o seu enfrentamento.

Com isso, a OMS propõe medidas de combate à pobreza, com atenção aos grupos vulneráveis, que são caracterizados por ela como segmentos populacionais “com necessidades especiais de saúde mental” (OMS, 2001, p. 25). No documento da OMS (2001) os “vulneráveis” são crianças, idosos, mulheres vítimas de abusos, refugiados e pessoas deslocadas de países onde há guerras civis ou conflitos internos. Por sua vez, o documento da OMS (2013), inclui não apenas a situação de pobreza, mas também homossexuais, populações indígenas, prisioneiros, usuários de saúde mental com doenças crônicas, infecções por HIV/AIDS, uso de drogas, diabetes, hipertensão, câncer, entre outros agravos à saúde.

Além disso, o documento da OMS (2013) abrange os “novos” grupos vulneráveis, resultante do cenário atual, como a sobrecarga de mulheres inseridas no mercado de trabalho e jovens desempregados.

Para Yazbek (2012), esses grupos “vulneráveis” refletem o direcionamento de medidas assistenciais com condicionalidades, recomendadas pelos organismos internacionais aos segmentos mais pobres da população, como política focalizada, a exemplo dos programas de transferência de renda existentes em vários países em desenvolvimento, como o Programa Bolsa Família no Brasil.

Para o documento (OMS, 2013), o atual contexto de crise financeira global, com cortes de financiamento crescentes, apesar das necessidades por políticas sociais, piora a situação de usuários e famílias.

The current global financial crisis provides a powerful example of a macroeconomic factor leading to cuts in funding despite a concomitant need for more mental health and social services because of higher rates of mental disorders and suicide as well as the emergence of new vulnerable groups [for example, the Young unemployed]⁹¹ (OMS, 2013, p. 07).

Para tanto, o documento da OMS (2013) propõe metas a serem atingidas até 2020, mediante parceria entre OMS, governos e representantes do Banco Mundial,

⁹¹ “A atual crise financeira global fornece um poderoso exemplo de fator macroeconômico levando a cortes no financiamento, apesar de uma necessidade concomitante para de mais serviços de saúde mental e assistência social devido às maiores taxas de transtornos mentais e suicídio, bem como o surgimento de novos grupos vulneráveis [por exemplo, os jovens desempregados]” (OMS, 2013, p. 07, tradução nossa).

agências de desenvolvimento das Nações Unidas, bancos regionais, instituições acadêmicas, sociedade civil (organizações de usuários, associações de usuários, familiares e técnicos, entre outros)⁹².

Essas parcerias, segundo Pereira (2010), atuam na direção de promover reformas de Estado dentro do ideário neoliberal, favorecendo o setor privado na condução da coisa pública. O Banco Mundial, por exemplo, age desde a sua origem como ator político, intelectual, financeiro e ideológico, como um dos líderes internacionais e financiador, responde a política dominante dos EUA e atende à expansão capitalista.

O documento da OMS (2013), segundo a OMS, tem como objetivo salientar a necessidade de prevenção, promoção e recuperação em saúde mental, provimento de cuidado, promover direitos humanos e reduzir a morbidade, mortalidade e incapacidades de pessoas em sofrimento mental dos países signatários. E tem como objetivos específicos:

1. to strengthen effective leadership and governance for mental health;
2. to provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings;
3. to implement strategies for promotion and prevention in mental health;
4. to strengthen information systems, evidence and research for mental health⁹³ (OMS, 2013, p. 10).

Com isso, os documentos (OMS, 2001; 2008; 2013) mostram uma preocupação em promover prevenção e tratamento ao usuário em sofrimento mental quando não cuidados. Aponta que existe um *deficit* de tratamento, “afetando 20%-25% de todas as pessoas, em dado momento, durante a sua vida” (OMS, 2001, p. 21).

Estas perturbações têm um pronunciado impacto econômico, direto e indireto, nas sociedades, incluindo o custo dos serviços. É tremendo o impacto negativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos e famílias. Há estimativas de que, em 2000, as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida

⁹² O *Mental health action plan 2013-2020* (OMS, 2013) é um documento em inglês analisado nesta pesquisa, tendo sido resultado de acordos aprovados na 65ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2012, entre OMS, Estados-membros e parceiros internacionais e nacionais.

⁹³ “1. a reforçar a liderança eficaz e governação para a saúde mental; 2. para prestar serviços abrangentes, integrados e reactivos de saúde mental e assistência social em configurações de base comunitária; 3. implemente estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; 4. para fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental” (OMS, 2013, p. 10, tradução nossa).

ajustados por incapacitação (AVAI) perdidos, por todas as doenças e lesões. Prevê-se que, até 2020, o peso dessas doenças terá crescido para 15% (OMS, 2001, p. 21).

Segundo Gonçalves *et al* (2012), um dos fatores que promovem essa lacuna de tratamento é a questão do financiamento na pasta de saúde mental, fazendo com que pessoas em sofrimento mental não estejam sendo cuidadas. Porém, alerta que ter alocação financeira para as políticas de saúde mental não é medida suficiente. Entre vários fatores, é crucial saber como e onde os recursos são gastos.

A OMS, em todos os documentos pesquisados (OMS, 2001; 2008; 2013), apoia a mudança do modelo centrado nos hospitais em substituição por serviços comunitários, pois defende que o cuidado na comunidade torna-se acessível em termos de custos econômicos e podem gerar benefícios significativos, além de facilitar o acesso das pessoas em sofrimento mental.

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos (OMS, 2001, p. 16).

Por isso, cogita-se em não extinguir os hospitais psiquiátricos, até que existam serviços substitutivos suficientes para atender a demanda, segundo o documento da OMS (2001).

Este capítulo, porém, não recomenda o encerramento de hospitais para doentes mentais sem que existam alternativas comunitárias, nem, por outro lado, a criação de alternativas comunitárias sem fechar os hospitais psiquiátricos. As duas coisas terão de ocorrer ao mesmo tempo, de forma paulatina e bem coordenada (OMS, 2001, p. 23).

Um dos outros fatores identificados pelo documento da OMS (2013), que conservam os hospitais, é o enfraquecimento político dos movimentos da sociedade civil para a saúde mental, incluindo organizações de usuários e associações de familiares. Aponta que a diferença, por exemplo, das associações de familiares em países em desenvolvimento é de 39%, enquanto nos países desenvolvidos seu número é

de 80%. Sobre esses dados, Vasconcelos (2010) discute as perspectivas comparativas do movimento de usuários dos países nórdicos com os da América Latina, incluindo o Brasil, que apresentam características bem diversas, como por exemplo, o Brasil se apresenta como um país de capitalismo periférico inserido na dimensão geopolítica mundial⁹⁴.

Por sua vez, Gonçalves *et al* (2012) mostra que uma das garantias de alocação e fluxo continuado dos recursos para a política de saúde mental é ter um orçamento específico para a saúde mental, dentro do orçamento geral da política de saúde. Ainda discorre que dos países em desenvolvimento pesquisados, 31% informaram não ter orçamento específico para as políticas de saúde mental, apesar de haver investimentos em ações e políticas na área, como acontece no Brasil.

Diante disso, a OMS, através de seus documentos (OMS, 2001; 2008; 2013), recomenda que os países priorizem adequar a legislação, políticas, planos, projetos e programas de saúde ao processo de desinstitucionalização, orientando algumas das principais recomendações como: priorização de gastos, processos de privatização, apoio técnico de agências internacionais, empoderamento, cuidados primários em saúde mental, capacitação de recursos humanos, parcerias com a sociedade civil, monitoramento e pesquisa em saúde, participação familiar, entre outras.

Assim, a OMS enfatiza a eficiência dos gastos com saúde no direcionamento das ações, defendendo “esquemas de financiamento para a prestação de serviços de saúde mental, assinalando, ao mesmo tempo, que as suas características não devem ser diferentes das dos serviços de saúde em geral” (OMS, 2001, p. 24). Dessa forma, a OMS discute em apenas um de seus documentos (OMS, 2001) analisados na pesquisa a questão do financiamento em saúde.

Menciona que os governos, enquanto gestores terminais de políticas, devem se responsabilizar para assegurar a organização da reforma na saúde. Esta, que aparece como problema gerencial, é apontada como “solução” para tornar eficazes os atendimentos em saúde mental, através de corte de gastos sociais e orçamento em conjunto com o setor privado, através de esquemas de financiamento do tipo pagamento

⁹⁴ O movimento de usuários nos países nórdicos desde o seu início, nos anos 1970, têm um perfil com mais autonomia, forte tradição de organizações civis, experiência de Estado de Bem Estar Social, enquanto no Brasil, por exemplo, é um país de capitalismo periférico, com políticas sociais precarizadas e fragmentadas, na luta por direitos básicos, tendendo a mobilizar usuários com perfil subalternizado e menos educado formalmente para liderar organizações e militâncias, entre outros elementos (VASCONCELOS, 2010).

antecipado, sistema de tributação, seguro privado voluntário, sendo este último discutido para que os ricos “sãos” possam “ajudar os mais pobres e doentes”.

É necessário proteger as pessoas contra riscos financeiros catastróficos, o que implica minimizar os pagamentos a cargo dos utentes em favor de métodos de pagamento antecipado, seja pela via da tributação geral seja pelo seguro social obrigatório ou pelo seguro privado voluntário. Os são devem subsidiar os doentes mediante mecanismos de pré-pagamento, e um bom sistema de financiamento significará também, pelo menos em certo grau, o subsidiar dos pobres pelos abastados.

Esses esquemas financeiros revelam o incentivo à presença do setor privado e a mercadorização da saúde para atender as famílias. Esta “ajuda” aos pobres por parte dos ricos encontra significativas críticas de elaborações da tradição marxista, que mostra a inviabilidade histórica de consenso de classes sociais e de igualdade social nesta sociedade (MÉSZÁROS, 2011; CASTELO, 2013).

Além disso, conforme Behring (2009), as reformas do Estado são postuladas pela inspiração nas orientações das agências multilaterais, que prega o neoliberalismo. Estas defendem que as causas da crise e os problemas de financiamento em saúde estão localizados no Estado, havendo a necessidade de redefinição do seu papel para corrigir distorções e redução de custos, propondo a busca da eficiência, que se traduz em privatização, terceirização, descentralização da assistência em saúde para o público-privado e a comunidade, autorresponsabilidade pelo cuidado, entre outros.

Assim, as propostas recomendadas da OMS integram a rede de cuidados formais e informais comunitários para facilitar o acesso da assistência em saúde mental. Com relação ao cuidado formal, pautado no sistema de saúde regularizado, integram serviços psiquiátricos em hospitais gerais, serviços de saúde mental comunitários, serviços para longas estadias e serviços psiquiátricos especializados. Mas os cuidados formais “por si só nunca são suficientes para preencher todas as diferentes necessidades de saúde mental da população” (OMS, 2008, p. 11). Deve-se integrar também o cuidado informal, com base na comunidade e na família, “sem contribuições específicas de profissionais de saúde” (OMS, 2008, p. 21).

Integram os cuidados informais, os cuidados autogeridos, indicados no documento da OMS (2008) para que “a maioria das pessoas devem ser encorajadas a

gerirem os seus problemas de saúde mental por si mesmas, ou com o apoio da família ou dos amigos”, embora enfatize que não significa desvio de responsabilidade do sistema formal, mas propõem as obrigações individuais e familiares pelo cuidado.

Sendo assim, um desses recursos em termos de gastos são os cuidados primários, conservando as suas famílias no território para atender os usuários em sofrimento mental estabilizado/leve. Uma vez que “o controle e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas terem acesso mais fácil e mais rápido aos serviços” (OMS, 2001, p. 25).

Haja vista que esses cuidados são largamente defendidos pelo documento da OMS (2008) por atender as necessidades de saúde física e mental, pois “a saúde mental é central em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata” (OMS, 2008, p. 01), produz benefícios e se articula com os serviços com níveis especializados. De acordo com Aguiar (2015, p. 32), a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, com o apoio da OMS e da OPAS, esses valores dos cuidados primários tornam-se recomendações internacionais, que reúnem aspectos holísticos de saúde integral entre saúde mental e física, autocuidado, participação da comunidade, entre outros, começam a ser difundidos na América Latina e Brasil.

Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam uma boa relação custo-benefício. Serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os pacientes, comunidades, assim como para os governos (OMS, 2008, p. 03).

Essa estratégia em cuidados primários em curso nos países em desenvolvimento (Uganda, Argentina, Chile, entre outros) recebeu destaque no documento da OMS (2008). O Brasil é mencionado como experiência de “boa prática” por conta do município de Sobral, Ceará, devido a uma abordagem de cuidados colaborativos, com consultas conjuntas entre especialistas em saúde mental de CAPS, profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), usuários e familiares, enquanto “os CAPS estão

desenhados para cuidar de pessoas com perturbações mentais moderadas a graves, com ênfase nas segundas”⁹⁵ (OMS, 2008, p. 102-103).

Os cuidados primários integrados para a saúde mental em Sobral, Brasil, resultaram de uma abordagem de cuidados colaborativa envolvendo serviços de saúde mental e serviços de saúde familiar. [...]. Sobral recebeu três prêmios nacionais pela sua abordagem em relação à integração de saúde mental nos cuidados primários (OMS, 2008, p. 99).

Com relação aos cuidados informais no documento da OMS (2001, p. 21), elabora a importância da família e da comunidade como partícipes nesse processo de reinserção social do usuário. Os documentos (OMS, 2001; 2008; 2013) mencionam a sua importância no tratamento do usuário e “devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços” (OMS, 2001, p. 17). Segundo Mota (2010, p. 96), a identificação com o território, comunidade, vizinhança e família aparecem como estratégias de que a sociedade é como “uma reunião de comunidades”, despolitizando o real (p. 46).

No documento da OMS (2008), os cuidados primários têm como “prioridade à família, mais do que ao indivíduo, como centro da atenção da saúde” (OMS, 2008, p. 111). Mas, na experiência brasileira da equipe da ESF de Sobral relatada no documento (OMS, 2008), a família aparece com a noção de problemática e “disfuncional” diante os relatos dos médicos da equipe que opinaram sobre as dificuldades em lidar, serem “empáticos” e de se comunicarem com as famílias em situação ou não de violência doméstica.

É de notar que os médicos de família também relataram que, no geral, as suas perícias de comunicação com os pacientes tinham melhorado, incluindo escuta ativa e empatia, comunicar diagnósticos, e lidar com famílias disfuncionais com ou sem violência doméstica (OMS, 2008, p. 106).

Ao mesmo tempo em que as famílias se apresentam como disfuncionais diante o trabalho com famílias desenvolvido pelo cuidado formal, o documento da OMS (2008)

⁹⁵ O documento diz que, no Brasil, “as ESFs também apoiam a promoção da saúde e a prevenção de modo consistente com a Declaração de Alma Ata” (OMS, 2008, 101).

mostra ainda como as famílias desempenham atividades relacionadas aos usuários exigidas pelos profissionais durante as intervenções em países como Brasil, Arábia Saudita, Índia, Chile, entre outros: encorajada para ser acompanhante do usuário durante internamento, envolver-se nas consultas e nos serviços de saúde mental para receber informações, apoiar o usuário, participar de grupos de autoajuda, aconselhada pela equipe de saúde, sujeitar-se a ser objeto de intervenção da equipe quando necessário na resolução de problemas, ser “psicoeducada”, participante de plano individual de tratamento ao usuário e apoiar ao autocuidado do usuário.

Assim, o debate sobre a família apresenta pouca contribuição sobre o tema, não é conceituada, aparece sempre relacionada ao usuário nos documentos consultados (OMS, 2001; 2008; 2013). Apresenta-se como cuidadora informal⁹⁶, participante de movimentos comunitários na luta pelos direitos, participante de associação de familiares, participe do processo de cuidado com o usuário, devendo ser educada e incluída na formulação da tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços com o usuário e a comunidade.

Como se vê, predomina um reforço da família como provedora de bem-estar, identificada como familismo. Teixeira (2015) indica que se enquadra nesse modelo os países com sistemas de proteção social em desenvolvimento, incorporando a família como amortecedora de crises.

Finalmente, as tendências acerca da política de saúde mental identificadas nos três documentos consultados (OMS, 2001; 2008; 2013) apresentam vários pontos em consonância foram considerados importantes, como o uso eficiente dos recursos, o apoio técnico das agências internacionais de desenvolvimento (como o Banco Mundial e Nações Unidas); o apoio ao setor privado; o apoio ao processo de desinstitucionalização; a relação custo-benefício do cuidado realizado na comunidade; as ações de promoção e prevenção em saúde mental; a responsabilidade dos países sobre a aplicação de legislação, planos, programas e serviços; o planejamento de recursos para os gastos em saúde; as parcerias entre Estado, sociedade civil e setor privado; o incentivo à pesquisa; o estímulo à participação da família e comunidade na

⁹⁶ Nessa perspectiva, o documento (OMS, 2013), embora discuta rapidamente, mostra um aspecto relevante sobre a dificuldade do usuário em se casar e constituir uma família, devido ao seu histórico de negação de direito civil, interdição e discriminação social, que ainda se mantém como desafio na realidade.

tomada de decisões; a perspectiva dos direitos humanos; a atenção aos grupos vulneráveis em saúde mental⁹⁷.

3.3 Tendências nacionais da política nacional de saúde mental: repercussões internacionais

Para situar a discussão na conjuntura brasileira, precisa-se entender que o Brasil se constitui como um dos países-membros integrante dos mecanismos institucionais da OMS, que recebe as orientações a partir de acordos firmados entre a esses atores. Considerando que o país acompanha as mudanças assistenciais em saúde a nível mundial, embora mantendo as suas particularidades sociohistóricas.

Nesta seção foram analisadas as normativas, os relatórios finais das CNSM e os documentos do Ministério da Saúde, incluindo cartilha, manual e caderno.

Os documentos ora analisados mostram as influências da OMS no direcionamento da política de saúde mental, especificamente entre os anos 2000-2015. Nesse período, o Brasil viveu a experiência neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) e os governos de Lula (2003-2010) e Dilma (2010-2016), com aspectos de ruptura e continuidade nas suas políticas neoliberais, com variante neodesenvolvimentista em relação ao governo anterior (ALVES, 2014; MOTA *et al*, 2009).

Governos caracterizados pelo binômio crescimento econômico e redistribuição de renda aos segmentos mais pauperizados da sociedade brasileira, com suas ações voltadas no campo das políticas sociais para a descentralização e fragmentação do conjunto da seguridade social, implicando no modelo de saúde voltado para o mercado com um sistema desfinanciado, focalizado nos mais pobres, com ênfase para a sociedade civil e a família (MOTA *et al*, 2009; ALVES, 2014). Esse modelo tem como principais formuladores os organismos financeiros internacionais (MOTA *et al*, 2009).

A temporalidade analisada na pesquisa prevaleceu sob esses governos neodesenvolvimentistas, caracterizados pelo binômio crescimento econômico e redistribuição de renda que, entre outros aspectos, incorporou políticas voltadas às

⁹⁷ Além disso, os documentos utilizam o uso da linguagem cada vez mais com eufemismos, o que acaba não sendo novidade devido ao fetiche que envolve as relações na sociedade capitalista.

famílias. Segundo Lins (2013) a família ganhou centralidade na política de assistência social dos governos FHC e Lula. Segundo a autora, o debate sobre a família atravessa subordinação, focalização e responsabilização, entre outros aspectos.

Assim sendo, a fim de organizar a exposição, nesta seção serão analisados, inicialmente, os documentos que abordam as tendências sobre a política de saúde mental no país, e em seguida, serão analisados os documentos referentes à família.

3.3.1 Normativas em saúde mental

A política internacional, através das normas jurídicas internacionais, tem a sua relação com as normas internas de cada Estado e se apresentam em forma de Tratados, Convenções e Declarações, enquanto compromissos firmados por vários países e organismos multilaterais. Quando o Estado os reconhece formalmente, começa a gerar direitos e deveres dentro daquele país, que, no caso do Brasil, está previsto na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, as normas internas exercem hierarquias entre elas, onde as leis federais, ou da União, tornam-se hierarquicamente superiores em relação às normas estaduais e municipais (BRASIL, 2014).

Assim, a política internacional exerce influência na legislação brasileira e nas ações do Estado, incluída o campo das políticas sociais públicas. Na política de saúde, as normativas implementadas possuem importância para os mecanismos de indução de mudanças no redirecionamento do modelo em assistência psicossocial e como recurso imprescindível para regulamentar o cuidado em saúde mental, implicando no processo de cuidado familiar.

Dessa forma, a política de saúde mental torna-se viabilizada e materializada devido a processos normativos que acompanham a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Assim, com relação ao processo de desinstitucionalização, esses processos tiveram início nos anos 1990, com algumas legislações municipais e estaduais no âmbito do SUS, conforme as experiências de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e CAPS foram se firmando em alguns municípios brasileiros, como em Santos-SP (VASCONCELOS, 2010).

Nessa perspectiva, entre os anos 2000 e 2015 três governos assumiram o comando da política no país e nesse processo o Ministério da Saúde editou várias normativas relativas aos principais serviços e programas da rede, dentre elas foram

pesquisadas as seguintes: Lei nº 10.216/2001, Lei nº 10.708/2003, Portaria nº 106/2000, Portaria nº 336/2002, Lei nº 343/2006 e Portaria nº 3.088/2011.

Particularmente, no governo neoliberal de FHC, a Lei 10.216/2001 sobre os direitos e redirecionamento psicossocial dos serviços, conforme citado no capítulo 3, permaneceu durante muito tempo tramitando durante esse governo, retardando assim o processo de desinstitucionalização.

O direito a essa rede de atendimento diversificada em saúde mental foi produto dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, além da Lei Orgânica da Saúde e da Lei 10.216/2001. Esta que se apresenta como a Lei da Saúde Mental, pois trata sobre os direitos, a proteção dos usuários e os serviços psicossociais, com inspiração na Lei Basaglia nº 180, como resultado da experiência italiana.

O artigo 2º, parágrafo único, da Lei 10.216/2001, prevê as seguintes garantias: tratamento adequado às suas necessidades, preferencialmente em serviços extrahospitalares, sigilo nas informações, humanidade, respeito, proteção contra abuso e exploração, presença médica, acesso a meios de comunicação disponíveis, informações sobre o seu sofrimento e tratamento, restrições quanto a internações.

Assim, a Lei 10.216/2001 dispõe sobre os direitos dos usuários durante o processo de internação nos hospitais psiquiátricos, a transição do usuário morador de hospital para a reinserção familiar e comunitária, e quando os laços familiares forem interrompidos, a Portaria nº 106/2000 garante a permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos.

Segundo Gonçalves *et al* (2012), a partir da Lei 10.216/2001 houve um progressivo aumento de serviços psicossociais, reduzindo significativamente o número de leitos psiquiátricos hospitalares, embora com distribuição regional desigual, devido aos investimentos de recursos financeiros na pasta da saúde mental.

Em pouco mais de uma década, e mais decisivamente a partir da lei 10.216, milhares de leitos psiquiátricos (cerca de 18.500 entre 2001 e 2009) foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil. O financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental é componente chave para a implementação desse novo modelo de atenção (GONÇALVES, *et al*, 2012, p. 52).

Com os novos serviços, os direitos das pessoas em sofrimento mental constituem avanços objetivos e subjetivos aos usuários, uma vez que eles podem transitar no território, morar com as suas famílias, participar da vida social, exercer a cidadania, exercerem os seus direitos, com benefícios para a sua saúde física e mental.

Embora exerça conquista social e avanços, cabe ressaltar que a noção de direitos na sociedade surge da concepção do direito burguês, dos direitos naturais, perpassando o direito à propriedade dos meios de produção. Os direitos do homem, diferentemente dos direitos do cidadão, são os direitos do membro da sociedade civil burguesa, do homem egoísta separado da comunidade (MARX, 2009).

Essa Lei direciona todas as demais normativas em saúde mental, chamada de Lei da Saúde Mental. Desse modo, na Portaria nº 3.088/2011, o hospital aparece como “serviço psicossocial” inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme aponta o artigo 11, § 2º:

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

A manutenção dos hospitais na rede de saúde e serviços centrados na comunidade recebe influências das recomendações da OMS. Desse modo, Gonçalves *et al* (2012, p. 56) informa que os dados mostram “clara inversão do investimento no Brasil na direção dos serviços comunitários, em acordo com a tendência de outros países e com recomendações da OMS”. Haja vista que, desde o documento da OMS (2001), esses serviços no território implicam em direitos e também possuem viável custo-benefício.

Percebe-se que houve uma expansão das normativas a partir dos anos 2000, durante os governos neodesenvolvimentistas de Lula e Dilma, que se materializa com a expansão de cuidados comunitários regulamentados através da Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS. A rede de serviços prevê a articulação de Pontos de Atenção à Saúde para pessoas em sofrimento e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, de caráter abrangente e hierarquizado, lembrando a

*Pirâmide de cuidados primários em saúde mental da OMS (Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para Saúde Mental da OMS)*⁹⁸ (OMS, 2008).

Segundo Teixeira (2015), o modelo de intervenção em rede surge no contexto das empresas diante a reestruturação produtiva e neoliberalismo, como saída à crise capitalista com o objetivo de minimizar custos. Essa estratégia trabalha com a noção de horizontalidade das relações sociais, com a noção de cooperação e parcerias. Esse modelo de redes se expande para a gestão pública, que também objetiva a redução de gastos, diante a realidade de aumento de demanda por serviços e encaminhando os recursos para os parceiros.

A RAPS não se constitui apenas de serviços específicos da saúde mental, mas abrange os serviços de atenção básica em saúde (cuidados primários em saúde mental), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, explicitado no artigo 5º da Portaria nº 3.088/2011.

A RAPS afirma que dentre esses serviços por ela regulados, na Portaria nº 336/2002, que trata sobre os CAPS, no artigo 1º, § 2º regulamenta que os CAPS são os principais dispositivos de referência em saúde mental para “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes”.

Os CAPS são serviços estratégicos, de média complexidade, porta de entrada dos atendimentos e vêm se expandindo no país entre 2000 e 2015. Abriga na maior parte do país as unidades de CAPS com modalidade do tipo I, que funciona “no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana”, que atendem apenas durante o dia, citado no artigo 4º, item 4.1, alínea “f”. Mantém contato contínuo com usuários e familiares, com atividades voltadas ao público executadas pela equipe de saúde, conforme o funcionamento do CAPS I (artigo 4º, item 4.1.1):

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de

⁹⁸ A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para Saúde Mental da OMS contida no documento internacional *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*, de 2008.

nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2016, S. P.).

Segundo o artigo 1º, parágrafo 2º da Portaria, “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, instalado em estrutura diferente da dos hospitais. São regulamentados em modalidades de atendimento e organização pela Portaria nº 336/2002.

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria (Portaria).

Na proposta dos SRTs, enquanto serviços de moradia assistida, de acordo com a Portaria nº 106/2000, define critérios para que apenas usuários egressos de longas internações possam se beneficiar dos direitos, conforme regula a Portaria nº 106/2000, artigo 1º, parágrafo único:

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Ainda a Portaria nº 106/2000, o artigo 9º menciona em “priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais [...]”, privilegiando regiões geográficas onde abriga a expansão do serviço. Além de que, para evitar superlotação característica dos hospitais, o formato físico-funcional dos SRTs implica em um número reduzido de moradores usuários por cada serviço. De acordo com o artigo 6º, item 6.2.1, que institui do ponto de vista estrutural “dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório”.

Desse modo, o critério de equidade atravessa a política, pois houve o retorno de alguns usuários para a família, outros para os SRTs, mas se indaga para onde foram os demais usuários entre tantos que os hospitais “abrigavam”: podem estar morando sozinhos, morando com amigos, em moradias assistidas pelo setor público-privado, em situação de rua, enfim, estas questões devem ser lembradas como pauta de reivindicações dos movimentos sociais na saúde.

Haja vista que, ainda sobre a Portaria nº 106/2000, artigo 5º, alínea “b”, os SRTs podem “a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos”, mediante parcerias com ONGs.

Além dos SRTs, a Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS, no artigo 4º inciso VI, propõe “desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil”, regulando atendimentos em saúde com assistência duvidosa a usuários, na maioria das vezes, dependentes de cuidados devido à trajetória histórica de vínculo com a rotina do hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, as Comunidades Terapêuticas se apresentam como espaços de acolhimento residencial de caráter transitório na Portaria nº 3.088/2011 (Artigo 9º, inciso II), “destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, questionável em termos de cuidado e que são subsidiados pelos recursos da rede pública de saúde.

está expresso na mesma Portaria 3.088 de 2001, da RAPS, em conjunto com a Portaria 131 de 2.012, que indicam a possibilidade de acolhimento ou internações prolongadas, de até 9 meses, nos chamados “Serviços de Atenção em Regime Residencial”, nos quais estão incluídas as Comunidades Terapêuticas. Esta medida é muito polêmica, pela possibilidade de conduzir a uma nova rede de instituições com características asilares e manicomial, e gerou uma enorme resistência do movimento antimanicomial e de muitos gestores locais da RAPS (BRASIL, 2014, p. 15).

Segundo Vasconcelos (2012), as Comunidades Terapêuticas acabam ganhando respaldo midiático e social devido à difusão epidêmica do *crack* no país que produz efeitos dramáticos na saúde física, psíquica, cognitiva e social dos usuários em curto prazo. Os usuários e familiares têm recorrido a esse tipo de assistência com internações

compulsórias em massa por longo tempo “com significativo apoio do *lobby* da psiquiatria biomédica, de parte significativa de parlamentares” (VASCONCELOS, 2012, p. 61).

Com relação a esses usuários, a política regula a Lei nº 11.343/2006, que dispõe do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), na perspectiva da estratégia de Redução de Danos⁹⁹, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção, reinserção social, normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, além de definir crimes.

A Lei nº 11.343/2006, no artigo 4º, tem como alguns dos princípios: o “respeito aos direitos fundamentais” (inciso I), a “responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade” (inciso V), a “integração das estratégias nacionais e internacionais” (VII)¹⁰⁰, a “articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário” (inciso VIII), e a “promoção de consensos nacionais” (inciso IV) em torno das drogas.

Como se vê, a questão das drogas ainda mostra-se criminalizada, articulada com discussões da Convenção de Viena, das Nações Unidas, do ano de 1971, descolando a problemática do contexto social mais geral, enquanto uma das manifestações da questão social, que deve ser objeto de ação do Estado via políticas sociais.

Esses incisos, conforme afirma a própria lei, no artigo 19, inciso III, reconhecem “o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas”. Propondo assim a equidade, em conformidade com a OMS, analisado nos documentos internacionais, o “tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas” (Art. 19, inciso VII).

⁹⁹ A estratégia da Redução de Danos visa minimizar os efeitos das drogas entre os seus usuários, sem exigir necessariamente a abstinência ou abrupta redução, mas inclui uma iniciativa tolerante da sociedade, o seu uso protegido, respeitado, substituído por drogas menos nocivas, redução paulatina. Em suma: atitudes que não responsabilizem apenas os indivíduos, mas procurando socializar que o uso das drogas exige reconhecimento coletivo (BRASIL, 2014).

¹⁰⁰ A normativa nº 11.343/2006, sobre a questão das drogas, articula-se com a política macro internacional ao dialogar com a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, do ano de 1971, e outros instrumentos jurídicos internacionais com o objetivo de integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção, atenção e reinserção social de usuários, além de proibir, criminalizar e penalizar o seu uso considerado indevido.

Sobre a participação da iniciativa público-privada na política sobre drogas, há um incentivo fiscal com financiamento do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), para o desenvolvimento de projetos de inclusão social através do trabalho.

Art. 25. As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber recursos do Funad, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira (BRASIL, 2016, S. P.).

Haja vista que essa parceria pode favorecer os projetos de Comunidades Terapêuticas, que preconiza o trabalho como atividade terapêutica, conforme artigo 25º da Lei nº 11.343/2006:

Com relação ao trabalho, o artigo 12 da Portaria nº 3.088/2011 regulamenta que “o componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais”, defendendo os trabalhos de “inclusão social” que vem sendo realizados no país como cooperativas, associações, empreendimentos da Economia Solidária, entre outros.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Portaria nº 3.088/2011, artigo 12º).

Entretanto, este tipo de trabalho não atende as reais necessidades de trabalho dos usuários, pois eles geralmente são informais, mal remunerados e sem reconhecimento social. Assim, os usuários não conseguem se reinserir no mundo do trabalho, devido não às suas dificuldades, mas as dificuldades que a sociedade as impõe diante da sociedade centralizada no trabalho, pois passam a serem vistas como limitadas, improdutivas e incapazes de competirem com as pessoas ditas “normais” (ROSA, 2010) num mercado de trabalho altamente individualizado e exigente que, inclusive, vem acarretando sofrimento mental.

Essas formas de trabalho são meios de inseri-los no trabalho diante uma sociedade competitiva e especializada que, em geral, não o absorve, uma vez que o trabalho representa um desafio para o usuário.

Portanto, percebe-se os rebatimentos da OMS e outras agências multilaterais na política de saúde, promovendo a (contra)reforma na saúde através da equidade, parcerias público-privadas, cooperativas de trabalho, participação da sociedade civil no controle social. Mas, essas normativas também são produto de lutas empreendidas pelos movimentos da saúde, discutidas em CNS e CNSM, impressas em seus relatórios finais.

3.3.2 Relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Os fundamentos da participação popular nas Conferências Nacionais de Saúde Mental partem do movimento de Reforma Sanitária nos anos 1970 contra o regime ditatorial apoiada na noção de direitos sociais universais, na defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que se materializou na Constituição Federal de 1988 e nas posteriores Leis nº 8.080 e 8.142/1990. Dessa forma, a saúde por intermédio do SUS, enquanto sistema de saúde público, tem como princípios da universalidade, descentralização político-administrativa, atendimento integral, ações preventivas e participação da sociedade no controle social.

Assim, o caráter das Conferências, que acontecem a cada 04 anos, foi construído por esse processo de lutas, garantido mediante Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde. Exerce um papel crucial de espaço estratégico de lutas democráticas e tensões, publiciza o debate sobre o SUS, influencia decisões governamentais e normativas em saúde, questiona modelos de atenção e reivindica necessidades de usuários e familiares.

Não há dúvida de que as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no País (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 13).

Assim, as CNSM, lideradas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica e pelo campo de lutas para a garantia de direitos às pessoas em sofrimento mental e/ou álcool e

outras drogas reafirmam a relevância dos movimentos sociais e a sua importância histórica de exercer o controle social. Embora não tenham caráter normativo, as conferências apontam propostas e moções discutidas pela sociedade que servem para encaminhar deliberações e proposições. Encontram-se dentro dos limites e possibilidades das políticas públicas e do SUS, em particular.

Ao final de cada Conferência são elaborados os Relatórios Finais propostos mediante instrumentos de participação social e divulgados publicamente como documento oficial.

Sendo assim, dada a relevância das conferências, propõe-se discutir os Relatórios Finais da III e IV CNSM, intitulados *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental* (BRASIL, 2002) e *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental* (BRASIL, 2010). Essas Conferências ocorreram, respectivamente, em dezembro de 2001 e entre junho e julho de 2010, em Brasília-DF, após a aprovação das Conferências a nível municipal e estadual em vários municípios do país, conforme a regulamentação.

Essas conferências aconteceram em contextos conjunturais político-econômicos diferentes. A III CNSM aconteceu no contexto de reformas, com implicações para as políticas sociais, em fim do mandato do governo FHC, tendo à frente o então Ministro da Saúde José Serra. Por sua vez, a IV CNSM deu-se durante o governo Lula, que estava desenvolvendo um modelo econômico agregado com o social.

Nessa perspectiva, o Relatório da III CNSM (BRASIL, 2002), tem como lema *Cuidar sim, Excluir não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”, fazendo menção a temática da OMS *Cuidar sim, Excluir, não*, impressa na edição em português do *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*”. O documento propõe-se a implementar as orientações da OMS, conforme se vê:

garantir a observação das recomendações da OMS expressas no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo/2001, com o objetivo de contemplá-las no estabelecimento da reorientação da assistência em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 27).

Ainda cita a importância da I CNSM, em 1987, “no contexto dos princípios e diretrizes da VIII CNS, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema

Único de Saúde” (BRASIL, 2002, p. 13), criticando o modelo do hospital “considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais” (BRASIL, 2002, p. 14).

Também cita a II CNSM, em 1992, dentro do avanço implementado pelo SUS, “contando também com uma participação expressiva de usuários e familiares, pela primeira vez na nossa história”, delineou a formalização de um novo modelo assistencial a partir dos direitos.

Por sua vez, “a III Conferência ocorreu após menos de um ano da aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 06/04/2001)” (BRASIL, 2002, p. 15), representando um marco de comemorações nesse momento histórico que representa os avanços do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Assim, visando a continuação do processo de avanços da assistência em saúde mental, segundo o documento da III CNSM (BRASIL, 2002), a convocação para a realização dessa conferência se deu com a solicitação do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 310/CNS, de 04/04/2001) ao então Ministro da Saúde José Serra, que aceitou e convocou a III Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁰¹, segundo o documento. Na sua realização, contou com a presença total de 1700 participantes, em que “destaca-se ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPAS e da OMS” (BRASIL, 2002, p. 16).

O seu objetivo foi a necessidade de avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica. Lembrando que reformar a saúde mental exige discussão, tensões e conflitos, propõe novos caminhos para a efetivação da política de saúde mental, denunciando o modelo asilar como hegemônico no país, uma vez que os hospitais psiquiátricos, segundo o documento, estavam consumindo 88% dos recursos do SUS destinados para a atenção em saúde mental (BRASIL, 2002).

A III CNSM aprovou a eleição de 591 propostas e várias moções, contando com uma participação de usuários e familiares, reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, com base nos princípios do SUS (atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social).

¹⁰¹ Também foi formada a Comissão Organizadora (Portarias/GM n.º 1058 e n.º 1086, respectivamente de 18 e 27/07/2001) para a III CNSM.

Afirma a política de saúde mental com base no modelo de desinstitucionalização em saúde mental como prioridade de saúde pública no país, acompanhada de uma rede de serviços substitutivos, descentralizados, com participação e controle social a fim de garantir inclusão social, cidadania, respeito aos direitos humanos, políticas intersetoriais. Além do incentivo às parcerias com as organizações sociais quando for necessário (BRASIL, 2002, p. 121):

8- garantir que serviços substitutivos sejam prioritariamente de caráter público. Quando for necessário estabelecer uma parceria com prestadores da sociedade civil, esta deverá ser, obrigatoriamente, submetida, aprovada e fiscalizada pelo controle social (BRASIL, 2002, p. 25).

Ao passo que defende a parceria em caso de *necessidade*, contraditoriamente, em outra proposta defende a garantia desse tipo de parceria.

deve ser incentivada a instituição de parcerias entre o Poder Público e Organizações Não-Governamentais (ONGs) locais, que possam funcionar como apoio na reinserção social dos portadores de transtornos mentais, e dos dependentes químicos, desenvolvendo projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão destas pessoas na sociedade, sem qualquer restrição e limitação.

Propõe ainda que o novo modelo de assistência desenvolva ações em saúde priorizando a subjetividade, autoestima, protagonismo, autonomia dos usuários para potencializarem as suas ações:

as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002, p. 24).

A III CNSM apresenta como principais propostas, entre outras questões, sobre a organização de serviços em base substitutiva; responsabilidades dos gestores pela condução da política (Ministério da saúde, Conselhos, Secretarias etc.); planejamento, auditoria, controle e avaliação da política; extinção do modelo asilar até 2004; controle

da internação psiquiátrica; articulação da saúde mental com a Atenção Básica; intersetorialidade; política de formação e capacitação de recursos humanos; assistência específica a grupos vulneráveis.

Além de “financiamento junto ao poder público e desenvolver parcerias com segmentos da sociedade organizada (organizações não-governamentais, empresas e terceiro setor, universidades, voluntariado e igrejas)” (BRASIL, 2002, p. 60-61), assistência farmacêutica (garantia da lista dos medicamentos psicotrópicos essenciais disponíveis no SUS), participação e controle social, garantia de recursos orçamentários para a realização das conferências a cada quatro anos e legislação em saúde mental com direitos e cidadania.

Com relação à proposta da III CNSM sobre a cada quatro anos a Conferência se realizar, contraditoriamente (ou não), ela não se realizou. A IV CNSM somente foi consumada nove anos depois, em 2010, após sérias dificuldades para a sua realização, como falta de coesão política ainda maior do que na III Conferência, resistência e falta de apoio político de governos municipais e estaduais, limitando o caráter público e legítimo do controle social pelos usuários e familiares.

Nesta perspectiva, o processo de organização da conferência se mostrou mais complexo e difícil, o que se manifestou sobretudo na dificuldade de organização, em alguns lugares, das conferências nas suas etapas municipal e estadual, e, em algumas situações, na falta de apoio político de governos estaduais e municipais (destaca-se aqui a situação do Estado de São Paulo, onde a Secretaria do Estado da Saúde apresentou veto à decisão do Conselho Estadual de Saúde pela realização da conferência estadual, tendo sido realizada, ao fim, uma Plenária Estadual). Estas tensões do processo de organização das etapas municipais, regionais e estaduais, em algumas situações, tiveram o efeito de limitar, em alguma medida, a participação de representantes de usuários de serviços e seus familiares na conferência nacional (BRASIL, 2010, p. 08-09).

Por isso, o documento (BRASIL, 2010) cita como decisiva a participação de delegados, usuários, familiares e outros atores sociais durante a Marcha dos Usuários de Saúde Mental em Brasília-DF, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSM, em 2010 (BRASIL, 2002).

Assim, o objetivo seria consolidar os avanços ora existentes e enfrentar novos desafios, priorizando uma rede intersetorializada, como a educação, habitação, transporte, assistência social, trabalho, direitos humanos, entre outros, visando a

ampliação da rede de serviços para regiões com poucos equipamentos psicossociais e/ou ainda inexistentes.

Apesar dos esforços contrários, houve a concretização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010, com o tema *Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*, tendo como justificativa a complexidade e multidimensionalidade das necessidades na política de saúde mental em relação à III Conferência, em 2001, “quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas” (BRASIL, 2002, p. 08) devido ao contexto de precarização e privatização na saúde, entre outras questões.

Ressalvadas essas dificuldades, o documento (BRASIL, 2002) cita algumas conquistas durante a IV Conferência, pois “estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas” (BRASIL, 2010, p. 07). Assim, pela primeira vez, houve grande participação de trabalhadores, gestores da saúde e de outros setores, e a participação de usuários e familiares em debates, coordenação de atividades, painéis, amostras dos trabalhos de cooperativas, entre outros.

No campo das parcerias intersetoriais, o documento aponta que a IV CNSM dialoga com ONG, políticas setoriais (educação, saúde, assistência social, habitação, seguridade social, justiça, MP etc.), entre outros. Em uma das propostas, o documento desponta que “a Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental” (BRASIL, 2010, p. 10).

Sobre as principais propostas da IV CNSM identificadas, os aspectos relevantes discutidos e propostos para materialização na política de saúde mental foram: a reafirmação do seu caráter público, conforme os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988 e SUS; a participação do Terceiro Setor; organização da rede com base na desinstitucionalização progressiva; integração de cuidado em saúde mental na Atenção Básica, corroborando as recomendações dos documentos da OMS (2001; 2008; 2013), vistos anteriormente.

Ainda são propostas, entre outras, a intersetorialidade como foco para a saúde mental; financiamento nas três esferas de governo; política de recursos humanos com educação permanente; política nacional de álcool e outras drogas com assistência específica às pessoas em situação de rua por não ter território e evitando a criminalização; ampliação dos CAPS por meio de parcerias intermunicipais; a criação

de CAPS para atendimento de álcool e outras drogas 24 horas; a implementação de práticas integrativas e complementares em saúde; política de assistência farmacêutica com garantia de medicação continuada; participação na formulação de políticas e controle social pelos usuários e familiares; monitoramento e planejamento das ações; políticas específicas a grupos vulneráveis; desenvolvimento de inclusão social através do trabalho com política de geração de renda e economia solidária; grupos de apoio e suporte mútuos; sistema jurídico de garantia de direitos.

Sobre as propostas elaboradas nessas Conferências, percebe-se que vários pontos estão alinhados ao contexto de contrarreformas, de parceria com o capital privado, com recomendações internacionais, entre outros aspectos que se procura indagar politicamente sobre quem está dando “voz” aos usuários e familiares nestes espaços, quem são os delegados representantes, quem são os conferencistas, quem são os relatores. Não se tem aqui o objetivo de responder a tais indagações, mas refletir sobre essas questões.

Portanto, apesar de não ter poder imediato normativo, os relatórios das CNSM orientam os delineamentos gerais que a política de saúde mental, álcool e outras drogas poderão ter nos anos seguintes, como uma política de Estado, apoiada nos princípios e diretrizes do SUS e nas lutas dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2014). Assim, o Ministério da Saúde recebe as propostas debatidas e encaminha os possíveis direcionamentos, dentro dos limites e possibilidades da política de saúde, destinado a profissionais, usuários, famílias, gestores e a sociedade em geral, formulando e implementando estratégias de intervenção em saúde reproduzidas e, muitas vezes, apresentadas em forma de cadernos, cartilhas e manuais para divulgação pública, de acordo com o que se segue.

3.3.3 Documentos oficiais do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde elabora documentos oficiais a fim de recomendar ações em saúde, enquanto proposta governamental com base na política de saúde, dentro dos parâmetros do SUS. Esse direcionamento de ações mostra-se produto do campo das lutas políticas e ideológicas que atravessam a política de saúde, com as formulações de normativas, os debates em torno das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências

Nacionais de Saúde Mental, a militância dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, bem como as iniciativas internacionais.

Nesta pesquisa documental, foram analisados alguns dos documentos editados e publicados pelo Ministério da Saúde, enquanto órgão de governo, como *Cadernos de Atenção Básica nº 34 – saúde mental* (BRASIL, 2013a), a *Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para os participantes de grupos* (BRASIL, 2013b) e o *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas* (BRASIL, 2014), destinados a profissionais em saúde, usuários e familiares em saúde mental.

Os documentos apontam as inflexões do modelo de assistência em saúde mental pautado nos hospitais pelo processo de substituição de uma rede psicossocial de atendimento aberta, na comunidade, com liberdade e direitos humanos. Pontuam a interlocução com a OMS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Fundo Nacional de Saúde e algumas das lideranças nacionais do movimento de Reforma Psiquiátrica, a fim de desenvolver estratégias de cuidado em saúde mental.

Essas estratégias podem ser observadas em forma de tendências na política de saúde mental entre os documentos, em que cada um destes prioriza uma determinada estratégia de cuidado, que envolvem: o compartilhamento da atenção à saúde mental no cuidado da Atenção Básica, o cuidado dos grupos de ajuda e suporte mútuos e a discussão de direitos e deveres.

O cuidado compartilhado entre saúde mental e Atenção Básica, defendido no documento Brasil (2013a), torna “necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica” (BRASIL, 2013a, p. 11), que corresponde em interlocução com as recomendações da OMS sobre cuidados primários em saúde mental (OMS, 2001; 2008; 2013).

O documento (BRASIL, 2013a, p. 22) foi destinado aos profissionais de saúde, em especial, aos da Estratégia Saúde da Família, para direcionar as intervenções entre saúde e saúde mental para usuários e familiares. Dessa forma, para atender essa demanda, o documento Brasil (2013a) explica que os profissionais, independente de suas formações específicas, devem desenvolver práticas em saúde mental priorizando que as “suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e

a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2013a, p. 11).

Segundo Sousa e Rivera (2010, p. 121), sobre a inclusão de ações em saúde mental na Atenção Básica, afirmam que “os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbram a construção de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover a saúde” sugerem uma ampliação na concepção do processo saúde-doença, implicando em novos modos de atenção.

Para tanto, a Política Nacional de Atenção Básica, como porta de entrada preferencial, centrada no território, partilha com os princípios do SUS, e, conseqüentemente, da política de saúde mental. Trabalha com a acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, pois “as Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental” (BRASIL, 2013a, p. 22).

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas (BRASIL, 2013a, p. 19).

Para o documento (BRASIL, 2013a), a Política Nacional de Atenção Básica deve considerar as conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica, que se traduz em superestimação os sujeitos sociohistóricos na determinação da política social, conforme o trecho:

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2013a, p. 21).

Para Behring e Boschetti (2010), a política social não pode ser entendida apenas como superestimação dos sujeitos sociohistóricos, como “troféu arrancado pelos

trabalhadores, no processo da luta de classes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 18), mas deve ser entendida na confluência do Estado, do capital e do trabalho, como produto das relações sociais na sociedade capitalista.

Assim, segundo as autoras (2010), a análise de políticas sociais envolve processos e resultado de relações complexas e contraditórias de relações entre o Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes relacionadas ao processo de produção e reprodução capitalistas. Cujas relações podem ser constatadas na presente pesquisa documental sobre a política de saúde mental nacional.

Assim, as normativas federais iniciadas nos anos 1990, e a sua ampliação nos anos 2000, bem como as propostas das CNSM nesse período foram imprescindíveis para a regulação dessa rede compartilhada de serviços no país, pois “o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico” (BRASIL, 2013a, p. 19), uma vez que a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária são indissociáveis.

Como intervenção entre saúde e saúde mental, o documento Brasil (2013a) propõe o “desabafo” como técnica, como interlocutor do sofrimento, “primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de Saúde” (BRASIL, 2013a, p. 23). Outra técnica diz respeito ao acolhimento, “de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias promovendo o acolhimento e as expectativas dos profissionais” (BRASIL, 2013a, p. 24).

Apresenta ainda uma definição de cuidado, de pessoa e de sofrimento no território. Refere-se à “casa dos vinte” para ilustrar a suscetibilidade do sofrimento mental na faixa etária dos 20 anos, tendo o modelo de cartografia como uma das ferramentas de trabalho dos profissionais em saúde utilizada para “ações terapêuticas” com usuários e familiares, que incluem:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário (BRASIL, 2013a, p. 23).

Além disso, o documento (BRASIL, 2013a) pontua algumas orientações para o desenvolvimento de intervenções com usuários e familiares, como os instrumentos de intervenção psicossocial (grupos operativos em saúde mental), as práticas integrativas e complementares (medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia, etc.), as intervenções psicossociais avançadas (terapia comunitária, terapias cognitivo-comportamentais, mediação de conflitos, intervenção breve nas necessidades decorrentes de álcool e outras drogas) e os principais medicamentos (explicação sobre a lista de medicamentos mais usados em saúde mental).

Para trabalhar essa interface entre saúde mental e saúde primária, é trabalhada a noção de “coesão social” da ONU, “ou seja, os laços que unem as pessoas no seio da comunidade e da sociedade” (BRASIL, 2013a, p. 35), enquanto um indicador de saúde da coletividade. E, a fim de evitar situações que possam servir de ameaça à “coesão social”¹⁰², o documento aponta que a construção de uma rede de cuidados compartilhada, na visão micropolítica proposta por Franco¹⁰³, em interlocução com a abordagem de Foucault, alarga as possibilidades para compreender e intervir sobre a realidade coletiva.

Adotamos a ideia de que uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico (BRASIL, 2013a, p. 42).

Sobre a recorrência à abordagem foucaultiana e a subjetividade (BRASIL, 2013a, p. 45):

Quando falamos que existe uma dobra entre a família e o meio social, tomamos este conceito de empréstimo de Deleuze no seu livro sobre Foucault (DELEUZE, 2005) e que para nós vai significar que as pessoas não se dividem entre um “mundo exterior”, tudo o que está fora dela mesma; e o “mundo interior”, a sua subjetividade.

¹⁰² Nesse processo, segundo o documento (2013), podem ocorrer algumas situações em que a coesão social sofra ameaças, como: desigualdade socioeconômica, processo de migrações, transformação política e econômica, novas culturas de excesso, aumento do individualismo e consumismo, mudança de valores tradicionais, sociedade em situação de (pós)conflito, urbanização rápida, entre outras situações pontuadas.

¹⁰³ Túlio Batista Franco defende a autogestão no campo da micropolítica no trabalho em rede da saúde coletiva, com base nos autores Deleuze e Guattari.

Por sua vez, o documento Brasil (2013b) tem sob coordenação uma das lideranças do movimento de Reforma Psiquiátrica, Eduardo Mourão Vasconcelos, recebendo financiamento do Fundo Nacional de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde.

O documento Brasil (2013b), sob coordenação de Vasconcelos, objetiva apresentar uma das “estratégias de empoderamento”¹⁰⁴, com organização autônoma e informal de cuidados para os usuários e/ou familiares em saúde mental, chamados de grupos de apoio e suporte mútuos, funcionando periodicamente para troca de vivências e experiências, a fim de estimular formas de conviver com o sofrimento mental¹⁰⁵. Podem ser facilitados por técnicos, mas preferencialmente deve ser liderado por usuários e/ou familiares voluntários¹⁰⁶, justificando a importância de saber lidar com as emoções e o cotidiano.

“a união faz a força”: superar o sentimento de desvalorização e a ausência do poder perante os serviços, estimulando a autoestima, a força interior, o poder de ajudar os colegas usuários e familiares, o desenvolvimento de iniciativas e projetos de suporte mútuo, a luta pela defesa dos direitos, por mudanças na concepção e na prática dos serviços e na relação de poder dentro do sistema de saúde mental e na sociedade mais ampla (BRASIL, 2013, p. 43).

O documento dialoga com a experiência acumulada pelo movimento de usuários e familiares dos EUA, onde acontecem os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental, referindo-se a Richard Weingaten como uma das principais lideranças, tendo ele como revisor da cartilha. Essa experiência foi reproduzida pelo Projeto Transversões da Universidade Federal do Rio de Janeiro, um projeto-piloto do setor de pesquisa e extensão, em parceria com as instituições nacionais e internacionais (BRASIL, 2013).

Tais experiências de cuidado “foram divulgadas e testadas em nossos grupos de usuários e familiares, e particularmente os usuários brasileiros que as conheceram, as avaliaram como extremamente úteis e importantes” (BRASIL, 2013b, p. 42).

¹⁰⁴ A proposta de *empowerment* em saúde mental, discutida por Eduardo Mourão Vasconcelos, surge na década de 1950 em países escandinavos e de língua inglesa (MONTAÑO, 2014).

¹⁰⁵ “Este tipo de prática grupal é conhecida a partir da tradição dos Alcoólicos Anônimos (AA) e similares (chamada de grupos dos 12 passos), e constituem grupos de troca de vivências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns” (BRASIL, 2013b, p. 197).

¹⁰⁶ Cabe mencionar que são dois tipos de grupos com ligeiras diferenças: o grupo de ajuda e o grupo de suporte mútuos. No primeiro, o objetivo é se reunir em espaço de acolhida, troca de experiências, apoio emocional, que pode haver narrativas pessoais de vida; e o segundo procura estimular o grupo a frequentar espaços de lazer, cidadania e a participação cultural e coletiva na comunidade.

O documento Brasil (2013b), recomenda o “passo a passo” da sistematização sobre o funcionamento dos grupos, bem como o papel dos facilitadores, ficha de inscrição para o participante, contrato de regras para participação no grupo. Além de indicar como esse tipo de prática pode, tanto ser desenvolvido nos serviços de saúde, quanto em espaços da própria comunidade, como associações, clubes, entre outros, descentralizando as ações de cuidados formais integrantes da política de saúde e SUS.

Brasil (2013b) pontua várias orientações para os participantes dos grupos de “autoajuda” do Ministério da Saúde, listando alguns exemplos de temas mais comuns a serem discutidos nos grupos de usuários, familiares e ambos; relata depoimentos de quem já participou; sugere músicas para a abertura e final de reunião; e anexa algumas legislações, como a Lei Federal nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica no Brasil; a Carta de Defesa dos Direitos das Pessoas com Transtorno Mental da ONU, de 1991; e a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental, de 1993.

O documento (BRASIL, 2013b) apresenta ainda o Plano de Crise e o Cartão de Crise, enquanto estratégias de cuidado em saúde mental, com roteiro sugerido e elaborado pela equipe que esteve desenvolvendo o Projeto de forma pioneira no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro¹⁰⁷.

Assim, para a efetivação dos grupos de ajuda e suporte mútuos, o documento Brasil (2013b) orienta que, como as propostas são sugeridas para serem desenvolvidas fora dos serviços de saúde mental, e que, em casos de haver “alguma pequena despesa eventual, o grupo discute como fazer para conseguir os recursos, podendo inclusive decidir, em comum acordo, dividir entre os participantes” (BRASIL, 2013b, p. 21), chamando à responsabilidade o indivíduo ser “empoderado”.

O documento (BRASIL, 2013) salienta a importância da iniciativa de inclusão pelo trabalho e renda, a partir das oficinas de artesanato, com a produção de cartões, cestaria, artesanato, entre outros trabalhos manuais. Assim, um usuário militante que participava da oficina presta um depoimento da sua rotina de “inclusão” pelo trabalho (BRASIL, 2013).

¹⁰⁷ Os Plano e Cartão de crise são basicamente roteiros a serem preenchidos com dados do usuário quando se encontra bem e lúcido, a fim de auxiliar os profissionais, familiares e amigos a tomarem as iniciativas necessárias em casos de uma situação de crise do usuário.

A ideia da oficina é reinserir as pessoas na sociedade através do trabalho. Nós confeccionamos em cada oficina, e depois vendíamos e rachávamos o dinheiro. Ganhávamos uma quantia de dinheiro pequena, simbólica, e isso era importante porque dava o significado da importância do trabalho, seja um real, dois reais, mas dava a sensação de utilidade (BRASIL, 2013, p. 36).

Com isso, percebe-se a centralidade do trabalho na sociedade, com a “inclusão” social pelo trabalho vem sendo uma prática experimentada em alguns lugares do país, tendo um significado subjetivo para o usuário no campo micropolítico das ações em saúde, além do estímulo à participação comunitária e familiar na luta pelos direitos.

Por falar em direitos, o documento Brasil (2014) mostra como objetivo discutir os direitos e deveres dos usuários e familiares no processo de desinstitucionalização como expressão das normas e legislações jurídicas nacionais e internacionais, bem como das discussões resultantes da sociedade sobre a política de saúde.

O documento (BRASIL, 2014) foi elaborado para orientar um público de usuários mais específico, voltado “principalmente atingir usuários e familiares já integrados em um serviço de saúde mental há algum tempo, de origem popular, alfabetizados, e com capacidade de leitura e compreensão de textos básicos” (BRASIL, 2014, p. 18). Embora, contraditoriamente, o próprio documento revela que existe um grande número de usuários analfabetos, com índice bem maior do que na população em geral, embora não tenha informações precisas.

Tal documento (BRASIL, 2014) tem também a coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos. Como se vê, o autor vem buscando parcerias com o governo na formulação direcionada a recomendações e orientações de documentos oficiais financiados novamente pelo Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde.

Nessa perspectiva, no documento Brasil (2014), Vasconcelos defende o ativismo político de intelectuais comprometidos com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e os compara com o conceito *de intelectual orgânico* do italiano Antonio Gramsci. Segundo o documento (BRASIL, 2014, p. 212):

Quem mais chamou atenção deste tema foi o ativista e teórico político italiano Antonio Gramsci, no início do século XX. Ele propôs o conceito de intelectuais orgânicos, que significa aquelas pessoas da sociedade que estão próximos e interagem regularmente com uma parcela específica da sociedade (e daí o sentido da palavra orgânico)

[...]. Esses intelectuais são fundamentais para ajudar na sistematização das ideias, propostas, reivindicações, como também na avaliação das melhores estratégias de conquistar estas mudanças. No Brasil, muitos destes intelectuais já estão próximos ou atuam no movimento de reforma psiquiátrica e Antimanicomial.

Essa discussão traz um tom polêmico para o debate. Gramsci trabalha esse conceito em *Cadernos do Cárcere*, que, segundo Duriguetto (2014), a questão dos intelectuais em Gramsci se refere à formação de uma consciência crítica por parte dos subalternos e na organização de suas lutas políticas contrárias aos interesses do capital, visando uma sociedade regulada pelos interesses do trabalho, alinhada ao pensamento de Marx sobre a emancipação humana.

Montaño (2014) entende que, no processo de lutas, tem destaque o papel dos intelectuais na produção e divulgação de conhecimento, que pode ser tanto orientado para a crítica da realidade, quanto para a mistificação da realidade. Explica ainda a tendência do intelectual de esquerda latino-americano na luta pela hegemonia da classe trabalhadora em sofrer um processo de cooptação e passivização ideopolítica do capital transnacional, dissociando a sua luta popular e substituindo pela de consultor.

Sendo assim, o início do processo de Reforma Psiquiátrica em vários países, inclusive no Brasil, recebeu consentimento de organizações da ONU e da OMS, impulsionada pelos movimentos sociais, correspondendo a uma política alinhada ao capital internacional (BRASIL, 2014, p. 16).

Estas experiências de reforma foram se difundindo mais efetivamente em vários países a partir das décadas de 1970 e 1980, impulsionadas por movimentos sociais de trabalhadores da saúde mental, de usuários e familiares, por governos locais, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Nesse sentido, o documento Brasil (2014) dialoga com acordos e convenções da OMS, organizações não governamentais, Ministério da Saúde, CNPq, Coordenação Geral de Saúde Mental, IV CNSM, princípios e diretrizes do SUS, Convenção Internacional sobre Pessoas com Deficiência, entre outros.

Com relação à Convenção Internacional sobre Pessoas com Deficiência, o documento (BRASIL, 2014) reconhece os direitos da pessoa em sofrimento mental dentro dos parâmetros da Convenção Internacional sobre Direitos da Pessoa com

Deficiência da ONU. Cabendo, então, aos Estados-parte, como o Brasil, o comprometimento em assumir esses direitos, “por que o conceito de ‘pessoas com deficiência’ da própria convenção é mais amplo do que se entende no senso comum como ‘deficiência’” (BRASIL, 2014, p. 33).

Desse modo, o tema dos “direitos e deveres” dos usuários e familiares no país reconhece que “a maioria dos direitos e deveres da saúde mental e drogas são na verdade os próprios direitos e deveres do sistema de saúde como um todo” (BRASIL, 2014, p. 71), em interlocução com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde.

O documento Brasil (2014) aborda uma questão atual relevante sobre a questão das drogas no país sobre o risco da generalização do sequestro para usuários de crack, no uso indiscriminado de recolhimentos e internações forçadas no Brasil. Assim, os governos municipais e estaduais querem “acabar” com as cracolândias nos grandes centros urbanos, forçando indiscriminadamente internações psiquiátricas individuais ou em grupos, “com apoio da polícia e sem amparo médico e jurídico, e internados em instituições fechadas, semelhantes aos antigos asilos psiquiátricos” (BRASIL, 2014, p. 62). Esse processo vem se configurando como a nova “moda” para conter os usuários de drogas, resgatando práticas do modelo assistencial hospitalar, agora para os drogadictos, e recebendo críticas dos movimentos que defendem os direitos à saúde.

Assim, estamos correndo o risco no país de se generalizar o uso do sequestro como forma de “limpeza urbana” e de se criar uma nova “moda” de instituições do tipo manicomial para os usuários de crack, na maioria das vezes sem investir nos serviços de atenção psicossocial para eles, que buscam tratar respeitando seus direitos (BRASIL, 2014, p. 62).

O documento Brasil (2014) ainda aborda um dado relevante. Explica que, com as lutas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, novas formas de cuidado desinstitucionais com base nos CAPS e na progressiva rede de atenção psicossocial vão se delineando no país a partir do final dos anos 1980. Segundo Brasil (2014, p. 206), “o Movimento Antimanicomial nasceu no Brasil em 1987, como uma nova organização mais autônoma que o movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1978”. A diferença é que o movimento de Reforma Psiquiátrica é constituído por profissionais que atuam na gestão e nos serviços públicos de atenção psicossocial, enquanto o Movimento Antimanicomial paulatinamente foi ganhando uma participação dos

usuários e familiares mais efetiva, lutando radicalmente pelo fim dos hospitais (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2012) admite como desafios à Reforma Psiquiátrica, o envelhecimento natural e a institucionalização das lideranças do período mais combativo nos espaços da gestão dos governos, nos novos serviços psicossociais, no ambiente acadêmico e nas entidades corporativas, em detrimento da militância direta, que, segundo o autor, tende a diminuir muito. Ainda enumera outros fatores que tendem a enfraquecer/despolitizar o movimento de Reforma Psiquiátrica.

Entre eles, destaca as divergências dentro do próprio movimento de Reforma, entre o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), conforme discutido anteriormente.

Explica que, devido a forma de organização de debates e decisões políticas mais ágeis, o MNLA defende projetos mais inovadores de base comunitária e de empoderamento de diversos atores (usuários, familiares e profissionais).

Entretanto, essa cisão e a inserção de usuários e familiares acabam por enfraquecer a militância, segundo o autor (2012), pois as famílias geralmente não têm instrução formal e são oriundos da classe trabalhadora, limitando o embate, uma vez que as classes médias têm planos privados de saúde e tendem a não frequentar os serviços psicossociais. Por sua vez, os profissionais são recrutados sem o contato com a tradição militante também dificulta a luta política.

Vasconcelos (2012) discute que o MNLA procurou compensar esse esvaziamento no Governo Lula, dentro dos limites permitidos pela gestão, com Pedro Gabriel Delgado como Coordenador de Saúde Mental, a nível ministerial, dentro do aparelhamento de Estado. Enquanto isso, o comando da militância passou a ser de gerações mais jovens menos politizadas. Mas, historicamente, o Movimento Antimanicomial manteve-se com distanciamento das lutas mais gerais do SUS, dado pouca importância aos Conselhos e as Conferências de Saúde e às articulações intersetoriais, sendo esta última reconhecida na IV CNSM.

Dessa forma, percebe-se que essas divergências internas nos movimentos postulam despolitização e enfraquecimento das lutas, incidindo em grandes desafios para a Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, repercute no processo de desinstitucionalização, normativas, conferências e na política de saúde mental e na sua materialização em serviços de saúde para usuários e familiares.

Por sua vez, a temática dos direitos e deveres em saúde mental foi justificada no documento Brasil (2014) como uma questão “espinhosa e polêmica”. Faz uma comparação entre a psiquiatria manicomial e a atenção psicossocial antimanicomial, procurando validar a importância dos direitos e deveres dos usuários na assistência à saúde em geral via SUS e seus princípios com base na integralidade do cuidado, oferta de serviços e controle social.

O direito faz referência a serviços e programas, a uma rede diversificada de tratamento, atenção integral e intersetorial, ao projeto terapêutico individual, acesso gratuito, privacidade, medicação, participação social. Por outro lado, com relação aos deveres, “do ponto de vista psíquico, a priorização única dos direitos, particularmente em saúde mental, pode estimular uma espécie de histericização e vitimização na relação dos usuários e familiares com serviços, profissionais e instituições” (BRASIL, 2014, p. 274).

Nesse sentido, Brasil (2014) aborda que o tema dos “deveres” em saúde mental teve origem nos anos 1990, por uma liderança nacional do movimento de usuários que compreendeu a importância de focar apenas nos direitos, que corresponde à “concepção relacional e micropolítica de poder de Foucault” (BRASIL, 2014, p. 274):

Para ela [Graça Fernandes], a abordagem unilateral focada apenas nos direitos reforça a visão vitimizadora, de só reivindicar os direitos, e não estimula a noção do papel ativo e de responsabilidade pessoal e coletiva que usuários e familiares devem ter no processo de recuperação e conquista dos direitos, no âmbito pessoal e social mais imediato, ao seu próprio alcance. [...]. A nosso ver, a questão colocada por Graça corresponde, do ponto de vista da concepção teórica das relações de poder, à perspectiva de Foucault (BRASIL, 2014, p. 274).

Essa visão atribui uma reflexão teórico-conceitual foucaultiana acerca das relações de poder na qual se encontram os deveres, visto que “esta tendência pode levar a pessoa a atribuir todos os problemas aos serviços e seus profissionais [...], sem elaborar o seu próprio papel nas dificuldades e problemas do dia a dia”, segundo o documento Brasil (2014).

Além da discussão dos direitos e deveres, o documento (BRASIL, 2014) ainda destaca como cruciais os direitos e deveres “específicos” em saúde mental, que reconheçam as necessidades e as demandas específicas relacionadas à igualdade de

oportunidades e a promoção da equidade. Por isso, o incentivo a estratégias que envolvam atividades voltadas ao trabalho (cooperativas, oficinas de geração de emprego e renda), mobilizando o acesso a serviços bancários para garantir o microcrédito tendo em vista o empreendedorismo. Por sua vez, esse incentivo pode desencadear em contração de empréstimos que pode ocasionar sérios riscos de endividamento, mas que beneficia o sistema de juros bancários.

Portanto, os documentos do Ministério da Saúde tem relevância social para orientar os profissionais em saúde, usuários e familiares no encaminhamento das ações, sendo reproduzida cotidianamente nos serviços de saúde, bem como no entendimento das famílias. Assim, os documentos brasileiros empreendem esforços para que a família tenha centralidade na política de saúde, especificamente na saúde mental. Por isso, cabe conhecer essas propostas recomendadas que têm repercussões sobre as requisições cobradas ao grupo familiar, conforme serão indicadas a seguir.

3.3.4 Centralidade do cuidado familiar?

Os esforços empreendidos pelos movimentos da Reforma Sanitária na implementação do SUS preconizando a garantia do direito à saúde universal, gratuita, com participação social nas decisões e controle social foi essencial para que o movimento de Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970 e 1980, com apoio da OMS e ONU, recebesse impulso para reivindicar contra a assistência dos hospitais para os usuários em sofrimento mental, visando melhorias e o direcionamento de novas ações de cuidado desinstitucionais (AMARANTE, 1995). Segundo o documento Brasil (2014), a Reforma Psiquiátrica diz respeito a:

Reforma Psiquiátrica: mudança na assistência em saúde mental, de instituições fechadas para serviços abertos na comunidade, perto da moradia das pessoas, que respeitem os direitos humanos. Está acontecendo em vários países a partir das décadas de 1970 e 1980, impulsionado por movimentos sociais de trabalhadores da saúde mental, de usuários e familiares, pelos governos locais e com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014, p. 41).

O documento Brasil (2014) explica que no modelo assistencial hospitalar, durante o período de internação, os usuários permaneciam longe do território “perdendo

vários de seus direitos, como o de conviver com seus familiares e amigos, sua liberdade de ir e vir, a posse de seus documentos e seus bens pessoais” (BRASIL, 2014, p. 43). O hospital mantinha o afastamento do usuário com a família, entendendo-a como “patológica”, não valorizando esses vínculos, tendendo o afastamento da família por não visitá-lo e o hospital perder os documentos, passando muitos deles a morar nos leitos psiquiátricos tradicionais.

Nos hospitais fechados, a tendência é a família deixar de visitar, pela distância da moradia, por não serem valorizados ou pela ausência de perspectiva de mudança. Quando há visitas, a voz dos familiares geralmente não é escutada. Muitas vezes, o próprio hospital perde os documentos e o contato com a família, gerando um vasto grupo de pessoas indigentes, sem documentos e vínculos pessoais, conhecidos apenas pelo primeiro nome ou apelido (BRASIL, 2014, p. 50).

Esse entendimento também é observado por Rosa (2010). A autora afirma a inflexão da requisição da função familiar: de incômoda, no modelo hospitalar, à corresponsável dos novos serviços. O documento (BRASIL, 2014, p. 50) ainda menciona que a nova rede de “serviços têm como um dos objetivos centrais fortalecer o vínculo com seus familiares, ou para construir novos vínculos deste tipo, em serviços residenciais”, tendo a família como centralidade do cuidado ao usuário.

A garantia do vínculo e reinserção familiar ganha respaldo a partir da Lei 10.216/2001, que cobra do grupo familiar o cumprimento dos direitos do usuário, observado especificamente no seu artigo 2º, inciso II: “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

Percebe-se que esses direitos dos usuários são acompanhados dos deveres aos familiares. Nessa Lei 10.216/2001, a família do usuário aparece subentendidamente protegida contra qualquer forma de discriminação quando relacionada ao direito do usuário, conforme o seu artigo 1º:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, *família*, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2016, S. P., grifos nossos).

No artigo, fica subentendido o possível direito da família à diversidade de arranjos familiares, recursos econômicos, orientação sexual, etnia, entre outros direitos relacionados ao usuário.

Por sua vez, o artigo 2º menciona que a família deve ser cientificada dos direitos do usuário, assegura que a recuperação deste deve se dar pela inserção na família, que ele deve ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Por outro lado, a responsabilidade familiar é citada no artigo 3º, em conjunto com a comunidade e o Estado, com a sua devida participação no desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde ao usuário, colocando várias obrigações macroassistenciais à família que, possivelmente, ela não tem condições de atender, conforme segue:

Art. 3º *É responsabilidade* do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações em saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida *participação* da sociedade e *da família*, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Ainda se observa a centralidade da família nessa Lei nos casos de internação em que os recursos extrahospitalares se mostrarem insuficientes, conforme o artigo 8º, parágrafo 2º: “o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento”.

No artigo 10º, a família é citada como receptiva de informação pela direção do estabelecimento de saúde mental diante os casos de evasão, transferência, intercorrências clínicas graves e falecimento. Como também, deve garantir o consentimento de pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos dos

usuários, com a devida ressalva da importância da família diante essas questões, mas também a noção de seu papel de sujeito passivo/informante diante do tratamento.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Considera-se que a família é um grupo ativo, mediado entre o indivíduo e a sociedade, construção histórica entre os homens, com posição relevante socialmente (PRADO, 2013), sendo reduzidas as suas potencialidades enquanto sujeitos históricos para exercerem funções restritas aos deveres de cuidado informal, conforme demonstram os documentos.

Com relação ao cuidado, recorre-se novamente à Lei 10.216/2001, que não menciona diretamente o termo “cuidado”, mas deixa subjacente o cuidado formal por meio da assistência e ações humanizadas, tanto nos hospitais quanto nos dispositivos substitutivos organizados pelo Estado, além do cuidado informal diário direcionado às famílias em domicílio e extradomiciliares de reinserção social.

Nessa perspectiva de reinserção, a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, com relação à família, faz pouca referência e sempre relacionando ao cuidado do usuário. Considera importante a reinserção social do usuário junto à família e cita a falta de vínculo familiar como um dos critérios de inserção no SRT. Assim, procura estimular os familiares na formação de associações com os usuários e voluntários em saúde mental no artigo 4º, alínea “b”.

b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários em saúde mental.

Esta lei define o cuidado no âmbito técnico-institucional para apoio aos usuários, discutindo as novas abordagens em saúde mental, novas práticas e novos formatos de atenção em saúde mental, embora não faça referência direta aos CAPS, mas menciona o

SRT apoiado a um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. Utiliza expressões como autonomia, empoderamento, cotidiano, justiça social, escuta, laços solidários, que se relacionam ao alinhamento ideológico da OMS.

Na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sobre os CAPS, a normativa relaciona o cuidado como responsabilidade do gestor local pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, mas também a existência do cuidado informal, realizado pela família para garantir a reinserção social. Procura mediar o vínculo entre a família e o usuário para assistência ao usuário em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O CAPS, enquanto viabilizador de cuidado institucional e como principal unidade de saúde da rede de saúde mental, recebe direcionamento especial do Ministério da Saúde para potencializar o contato familiar, conforme o artigo 4º, item 4.1.4, alínea “f”, da Portaria 336/2002, onde menciona sobre as “atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social”.

O atendimento às famílias perpassa a inserção social, participação no PTI, acolhimento, participação em grupos, reuniões, assembleias, recebimento de medicação, consulta médica, visitas domiciliares, além de participação nas lutas pelos direitos dos usuários.

Segundo Rosa (2014, p. 273), “a reunião é a forma institucional mais privilegiada de participação da família”, são nos serviços substitutivos onde há a maior participação das famílias em reuniões. Dessa forma, tem destaque os CAPS, pois são nesses serviços onde as reuniões geralmente são mais cobradas e onde as famílias são mais requisitadas para o cuidado (ROSA, 2014).

Segundo Mioto e Prá (2015), nos grupos de familiares, a família passa a ser invocada e requisitada para contribuir no processo terapêutico do usuário, recebendo informações e orientações para desenvolver uma “tecnificação” desse cuidado que se estabelece como não pago e invisível.

As autoras (2015) ainda observam que no “campo do cuidado” se articulam estratégias e contradições dos serviços sociais que transferem os custos financeiros, emocionais e de trabalho para as famílias, instrumentalizando-as para o provimento de cuidado, com apelo à solidariedade e amor ao próximo.

Sobre o cuidado, a normativa relaciona diretamente ao cuidado formal, enquanto responsabilidade do gestor local pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, mas também pode ser percebida a existência do cuidado informal da família no processo de reinserção social.

Sobre o uso de álcool e outras drogas, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 se traduz na parceria com organizações da sociedade civil, como as ONGs e família, depositando o compartilhamento de responsabilidades entre diversos setores, incluindo a família. A normativa, no artigo 19, nos incisos IV e VIII, artigos 20º e 21º, reitera a centralidade familiar articulada ao setor privado e organizações da sociedade civil, como ONGs e a atividades de atenção e reinserção do usuário.

Artigo 19º [...] IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais (Lei nº 11.343/2006).

No artigo 22º, inciso IV, a normativa admite que a atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares será realizada, *desde que possível*, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais. Essa forma “possível” atenção acarreta em dificuldades objetivas e subjetivas para a família, pois diante de um membro que faz uso de álcool ou outras drogas, ela sofre com as suas consequências de saúde clínica, mental e, muitas vezes, jurídica. Com isso, fragiliza o grupo familiar que, historicamente, no país desempenha uma política familista de cuidados (MIOTO, 2009; TEIXEIRA, 2015). Sobre o cuidado, a Lei ora analisada reitera os cuidados formal e informal, com participação da família no provimento da assistência em saúde.

A referência aos grupos vulneráveis remete às orientações da OMS receptivas pela realidade do contexto nacional, inseridas no discurso da igualdade de oportunidades e focalização de indivíduos e famílias de baixa renda. Além disso, a solução apontada pela normativa relaciona à intersectorialidade das políticas, sendo a questão das drogas um problema estrutural na sociedade, de caráter bem mais abrangente com interface com as expressões da questão social.

Por último, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sobre a RAPS, reitera o CAPS como principal mecanismo institucional referente à rede de atendimento formal, como ainda pontua, implicitamente, o direcionamento dos cuidados em saúde mental para os cuidadores informais, como a família, no artigo 7º, parágrafo 3:

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

A família, na normativa, exerce o papel de participar da construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI)¹⁰⁸, enquanto componente de cuidado em saúde mental, com o usuário e os técnicos no âmbito do CAPS, reassumindo uma noção suplementar e passiva diante supervalorização dos direitos dos usuários.

Assim, o conteúdo das normativas relacionadas à família, conforme apresentadas, estão em sintonia com as propostas elaboradas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, enquanto canais de articulação política, sobre a participação familiar.

O documento da III CNSM (BRASIL, 2002) afirma a inclusão da família no bojo da sociedade civil, conforme mostra a proposta nº 52 (BRASIL, 2002, p. 32):

Criar mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços de saúde do SUS e incluir,

¹⁰⁸ O PTI caracteriza-se como um plano de ação compartilhado entre usuário, familiar e técnico, elaborado para um conjunto de intervenções que intencionam o cuidado integral à pessoa, deve ser construído visando à dinamicidade e o seu caráter provisório. Ainda buscar não negligenciar as dimensões de habilidades e potencialidade da pessoa (BRASIL, 2013).

na Portaria/GM n.º 799/00, a participação da sociedade civil e, em particular, os usuários e familiares.

Afirma na proposta n.º 76 que, no processo de desospitalização deve ser potencializado o papel dos cuidadores familiares a fim de prestar assistência aos seus membros usuários de forma efetiva:

O processo de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2002, p. 37).

No documento sobre a IV CNSM (BRASIL, 2010), a noção de família aparece relacionada mais uma vez à participação ampla e extensivamente na luta pelo direito ao usuário, seja no âmbito público (organização de familiares, associação etc.), cuidadora e protetora dos direitos, seja cuidadora no âmbito privado, no cuidado doméstico, com tempo disponível, corresponsável pelos serviços, polivalente (exercendo inúmeras atividades simultâneas), integrante para o desenvolvimento de geração de renda, acompanhante do usuário, promotora da reinserção social e zeladora da proteção social. Nesse sentido, o uso dos termos como autoajuda, qualidade de vida, autonomia, empreendedorismo, inclusão social, empoderamento e protagonismo são constantes no documento.

Assim, ambos os documentos relacionados às III e IV CNSM (BRASIL, 2002; 2010), a família aparece como rede social, ratificando o cuidado informal por ela exercido.

Os documentos das III e IV CNSM (BRASIL, 2002; 2010) apontam, entre outras questões, que a família deve receber apoio do Estado via políticas, serviços e benefícios sociais¹⁰⁹, como ainda deve prover cuidados e se responsabilizar pela política.

¹⁰⁹ Sobre a família receber o apoio para exercer as suas atividades, o documento cita que o governo deve destinar recursos financeiros; promover Bolsa incentivo dos programas de desinstitucionalização às famílias; garantir a preservação do vínculo dos usuários, famílias e serviços de atenção através da implementação de grupos de apoio para familiares, visando o acesso a informações para entender e lidar com o sofrimento do usuário; receber benefício de um programa de atendimento específico e sistemático; promover ações para atender os familiares em situação de vulnerabilidade social; valorização das experiências cotidianas como o saber popular; garantia de Benefício de Prestação Continuada para famílias que tenham usuários em sofrimento mental, entre outras formas de participação das famílias nos serviços, recebendo apoio, orientação e educação.

Com relação aos documentos do Ministério da Saúde, as recomendações indicadas no documento Brasil (2013a) são direcionadas para atender as demandas de usuários, como também da família, percebida como “aliada”, “parceira” e “necessária” no compartilhamento dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica.

Nessa perspectiva, a família é requisitada como *parceira* dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (ROSA, 2004), passando a ser concebida como *necessária* e *aliada* no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013, p. 64, grifos nossos).

Segundo Teixeira (2015), a noção de parceria da família na política social não é novidade, pois mesmo em fase de maior intervenção do Estado, a família geralmente se sobressai como parte da rede de proteção social. Também Cariaga (2013, p. 67) critica essa noção de “parceria” na relação família e política social, pois “essa parceria é uma questão polêmica, porque a família pobre está sempre em desvantagem diante do Estado”, uma vez que recebe mais deveres.

O documento Brasil (2013a) ainda discute que o tema família mostra-se incipiente como objeto de conhecimento científico, dificultando sobre possíveis abordagens e, conseqüentemente, sobre intervenções em saúde e saúde mental.

Nos cursos de graduação da área da Saúde, estudos sobre família e ferramentas que auxiliem seu acompanhamento são muito pouco comuns, o que impõe sérios limites quando os profissionais de Saúde se veem diante da necessidade de realizar intervenções baseadas em uma abordagem familiar (BRASIL, 2013, p. 66).

Assim, entre os todos os documentos pesquisados, o documento Brasil (2013a) foi o que levantou mais contribuições sobre o tema família, afirmando uma concepção, abordagem e direcionamento operativo das ações sobre trabalho com famílias na visão micropolítica e sistêmica. Muito embora, não apresentasse sobre as mudanças nos arranjos familiares, nem sobre o recorte de gênero no cuidado e na relação com as demais políticas sociais. Para tanto, o documento discorre sobre uma noção de família definida como:

Pode ser útil compreender família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural (BRASIL, 2013, p. 63).

Ainda entende que cada família é única, com a sua cultura própria, seus “códigos”, o seu tema se relaciona à família de cada um, transformando-se ao longo do tempo devido a mudanças culturais e sociais.

Quando a família relacionada ao sofrimento mental, o documento (BRASIL, 2013) afirma como a Reforma Psiquiátrica trouxe inúmeras contribuições sobre a compreensão da família, tendo em vista que, no modelo assistencial hospitalar, os sujeitos eram privados do contato familiar. Por sua vez, a transferência do usuário para fora dos muros do hospital, no contexto de Reforma Psiquiátrica, exige que os usuários sejam reintegrados à família, e não entregá-los a terceiros ou largá-los à própria sorte.

Porém, muitas vezes os profissionais de saúde esperam que a família aceite e cuide sem oferecer a esse grupo familiar o suporte e orientações necessários. Por isso, “considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio” (BRASIL, 2013, p. 64), visto que possuem variadas demandas, entre elas: a situação de crise, conflitos familiares, dificuldades materiais, expectativas de cura, frustração, sentimento de impotência e culpa.

Pontua como uma das saídas que “o provimento do cuidado doméstico exige que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações” (BRASIL, 2013, p. 64), orientando a equipe de saúde a trabalharem com famílias conforme ferramentas úteis (devido às diversidades e às singularidades), como a entrevista familiar, genograma, ecomapa, discussão e reflexão de casos clínicos e projeto terapêutico de cuidado à família. Essas ferramentas deverão subsidiar ações autogeridas, acolhimento, escuta, grupos de orientação aos familiares, grupos de cuidado aos cuidadores, intervenções domiciliares, a técnica do desabafo, os grupos de ajuda e suporte mútuos, bem como as ações intersetoriais.

Com relação ao cuidado, este é apresentado como um mecanismo formal de trabalho do profissional da Atenção Básica a fim de realizar atenção, acolhimento, identificar demandas, propor mudanças, elaboração do Projeto Terapêutico Individual

(PTI), entre outras estratégias de intervenção construídas no *cotidiano* de cuidados, bem como, o cuidado desenvolvido pela rede compartilhada. Mas também está relacionada, mesmo que de forma não tão clara no documento, com o cuidado informal da família, da comunidade e do autocuidado do usuário.

Sendo assim, o documento direciona uma abordagem pautada na visão micropolítica, sistêmica, privilegiando os aspectos subjetivos, que remete ao campo do cotidiano.

Por conseguinte, no documento Brasil (2013b), a família é estimulada a exercer o papel de facilitadora dos grupos, ratificando mais das suas atribuições. Sendo assim, o documento aborda sobre a família inserida nos grupos de familiares onde geralmente são debatidos temas como lidar com o sofrimento mental, administração da medicação, desafio de quem proverá o cuidado para o usuário no futuro diante a morte do familiar, dúvidas sobre infração penal e medidas de segurança, dispositivos em saúde mental com cuidado humanizado, discriminação, entre outros assuntos.

A noção de família que o documento compreende remete requisições à família como colaboradora, copartícipe, responsável pelo usuário, solidária, pressupõe cuidado integral, facilitadora de reunião, deve ser orientada, receptiva e disponível para participar das decisões, lidar com as dificuldades que envolvem o transtorno mental.

Essa discussão perpassa o campo da subjetividade, entre outros, não sendo mencionados os direitos, a luta política, suporte do Estado, ampliação e fortalecimento dos serviços psicossociais e socioassistenciais.

Conforme anexada a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental ¹¹⁰, no documento Brasil (2013b) não aponta os direitos dos familiares, mas apenas os deveres, como: “o familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente” (BRASIL, 2013b, p. 71).

A noção de cuidado aparece enquanto cuidado mútuo, coletivo e informal, com autonomia entre seus membros, podendo não ter a figura profissional, apoiado por familiares. Além de um cuidado com responsabilização individual (autocuidado), tendendo à desresponsabilização dos equipamentos dos serviços de saúde mental, visão

¹¹⁰ Essa Carta foi produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos-SP, em dezembro de 1993.

que valoriza a subjetividade, cuidado na família e na comunidade, embora exista uma contradição com a cultura da individualidade pregada pelo sistema capitalista.

Diante disso, os grupos de ajuda e suporte mútuos vêm mostrando a sua validade para o cuidado em saúde mental, uma vez que desenvolve a subjetividade, singularidade, coletivização, ações de sociabilidade, cidadania e cultura, entre outras formas de lidar com o sofrimento. Entretanto, o documento apoia uma iniciativa autônoma que tende a naturalizar a realidade social, priorizando aspectos psicológicos como respostas ao sofrimento mental. Ocultando assim a realidade de (des)proteção social sobre a qual a pessoa em sofrimento mental encontra-se inserida, necessitando de ações socioeconômicas concretas ao invés de políticas de autoajuda.

Nesse sentido, recorrendo ao documento Brasil (2014), este não aponta uma definição sobre a família, mas aponta a sua noção de forma ativa para se responsabilizar pelo cuidado, com tendência de reconhecer que os direitos dos usuários impliquem em deveres/responsabilização dos familiares.

De forma similar, o direito do usuário de não mais passar por experiências de negligência ou violência no âmbito domiciliar, ou de não mais ser vítima de cárcere privado, uma possibilidade descrita no primeiro capítulo, implica em responsabilização do familiar (BRASIL, 2014, p. 276).

O documento Brasil (2014) reconhece a variação de famílias, entendida de várias formas pela legislação e enfatiza que o Direito de Família, como parte do Código Civil, regula as relações entre direitos e deveres entre membros, a exemplo do casamento, divórcio, pensão alimentícia, guarda, entre outros.

Reconhece ainda a sua importância no processo de reinserção social do usuário, incentiva à informação dos direitos e deveres aos familiares cuidadores. O documento relaciona alguns dos direitos específicos à família: atendimento individualizado nos serviços em saúde com escuta específica da versão e das demandas próprias da família; serviços da rede com acolhimento em tempo integral para permitir períodos de “folga” para a família, particularmente nos momentos de crise; participação em grupos de autoapoio.

Entre alguns dos deveres citados podem ser compreendidos: comprometimento no tratamento, responder e falar tudo o que sabe nos atendimentos; seguir o plano de

tratamento proposto pelo profissional; proteger o usuário de abusos, negligência, entre outras formas variadas de violência; participar das decisões e na fiscalização do sistema de saúde; estar presente na internação; participar de associações e cooperativas em saúde mental e envolvimento no tratamento.

Com relação ao cuidado, também não existe uma definição, trabalhada de fragmentada durante o texto. Aponta o recorte de gênero no cuidado em saúde mental. O documento (BRASIL, 2014) pontua que, o direito do usuário de ser cuidado no âmbito doméstico implica em sobrecarga de trabalho de apenas uma pessoa, geralmente a mulher, conforme os apontamentos do documento do Ministério da Saúde (2014).

em que mostra-se comum que o direito do usuário a ter cuidados na esfera doméstica implique na concentração do trabalho de cuidar em uma pessoa, geralmente uma mulher (mãe, esposa, filha, irmã etc.), que tende a sacrificar parcial ou inteiramente seu projeto de vida em função deste cuidado (BRASIL, 2014, p.).

Sobre o recorte de gênero, o debate sobre a mulher ainda é pouco mencionado nos documentos nacionais e internacionais. Segundo dados sobre gênero identificado no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), as mulheres têm mais chance de apresentar sofrimento mental do que os homens e ainda é “maior entre as que se identificam como negras e pardas (segundo o IBGE) e entre aquelas com menor renda” (BRASIL, 2013a)¹¹¹.

No documento da III CNSM (BRASIL, 2002) ela é equiparada às “minorias” (população LGBT, idosos, pessoas com deficiência, entre outros), como grupo vulnerável que sofre discriminação, violência e abuso sexual, necessitando de políticas sociais específicas. Desse modo, o cuidado executado predominantemente pela mulher, implica em sobrecarga de atividades domiciliares e extradomiciliares, dificultando a sua manutenção no mercado de trabalho. Assim, vê-se a complexidade que envolve o cuidado em saúde mental em torno da família.

Por fim, percebe-se diante os documentos analisados sobre a família, que a sua centralidade na política de saúde mental relativa ao cuidado, no processo de

¹¹¹ Ainda de acordo com Brasil (2013), as diferenças de gênero influenciam não apenas a vulnerabilidade ao sofrimento como também suas formas de expressão. Homens, por exemplo, têm muito mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres.

desinstitucionalização se constitui como um avanço incontestado para os direitos dos usuários. Mas, as suas formas de “participação” na política de saúde mental se vinculam a um excesso de atividades, a muitas requisições sobre o cuidado impostas pelos serviços, especialmente o CAPS.

A família quando aparece mencionada nos documentos nacionais e internacionais está sempre relacionada aos direitos do usuário. A sua “importância” está atrelada a um processo de responsabilização familiar, que acontece nas outras políticas sociais, conforme apontam Miotto (2009).

Assim, cabe às famílias: participar da elaboração de políticas públicas; facilitar grupos de apoio; incluir-se em associações, cooperativas em saúde mental; administrar medicações; acompanhar; cuidar no âmbito doméstico; participar em processos de decisão coletiva; receber informações sobre os seus direitos; receber busca ativa da equipe de saúde no processo de desospitalização a fim de retornar o usuário para o convívio familiar; reinserir socialmente o usuário na comunidade; ser orientada, educada e informada; entre outros.

Portanto, “a política [social] não é vista como suporte, como ações de cuidados, de apoio às famílias, mas como mecanismo que despertará e habilitará, através do trabalho com famílias, suas funções de proteção social” (TEIXEIRA, 2015, p. 226). A centralização da família vem se dando em uma tendência à responsabilização familiar, uma vez que permanece sobrecarregada de funções e obrigações, conforme analisada nos documentos. Como referência, Campos (2015, p. 23) sugere que “a busca intensificada do protagonismo – leia-se responsabilidade – da família no sistema de proteção social”.

Essa centralidade deve ser questionada, na tentativa de desmistificar as contradições que envolvem a sua participação na política de saúde mental, na busca de atingir a essência da dinâmica das relações sociais subjacentes à proposta recomendada pelos documentos internacionais e nacionais.

3.4 Processos de responsabilização familiar na política de saúde mental

O contexto de tendência atual de neoliberalismo com reformas no Estado, e suas implicações na política de saúde, com crescente corte de gastos sociais, despolitização

dos movimentos sociais, tendo em vista a cultura da crise e o fetichismo do consenso de classes sociais, com destituição de direitos, leva a processos de maior carga de responsabilidades familiares, visando desonerar o capital financeiro e expandir o processo de acumulação capitalista mundializado.

Para tanto, serão levantados alguns elementos subjacentes a essa tendência de responsabilização familiar na política de saúde brasileira, na tentativa de desvendar a essência e de entender o porquê do chamamento das famílias aos serviços por parte dos profissionais de saúde mental.

Inicialmente, os países em desenvolvimento recebem recomendações de organismos internacionais multilaterais, como a OMS, Banco Mundial e FMI, para promoverem reformas no Estado a fim de viabilizar processos de privatização, focalização, descentralização e participação do setor privado nas políticas sociais.

Assim, o processo de desinstitucionalização centrado na comunidade torna-se funcional ao capital em termos de gastos, pois reduzem custos financeiros, uma vez que os hospitais são onerosos ao Estado, retroalimentando a manutenção dos lucros, enquanto pedra-de-toque do sistema capitalista (NETTO, 2012).

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2010, p. 21) afirma que “a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o Estado”. Haja vista que as políticas neoliberais em geral induzem a processos de desospitalização, e a tendência é não assegurar a assistência na comunidade, provocando negligência social e aumento da população de rua.

A Política Nacional de Saúde Mental decorre de um conjunto de movimentos sociais, da participação dos cidadãos por meio das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, asseguradas na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/1990) e nas normativas em saúde mental e nos documentos do Ministério da Saúde, regulamentando os direitos, a organização e a gestão. Segundo Robaina (2010, p. 346), “a saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias”. Constitui-se como um avanço da sociedade pela luta política dos direitos à pessoa em sofrimento mental, mas também atende aos interesses da classe dominante.

A OMS propõe um receituário prescritivo para os países signatários com determinações nas políticas sociais, especialmente na política de saúde, incentivando empréstimos e apoio técnico dos parceiros internacionais, com condicionalidades para

promover eficiência dos serviços prestados à população, com discurso mistificado de “ajuda” e apoio.

Uma vez contraído esses empréstimos, a tendência é deixar os países endividados com uma dívida impagável, pois “o comprometimento com o pagamento dos juros da dívida subtrai do Estado brasileiro a possibilidade de assegurar os necessários investimentos nas políticas sociais” (BOSCHETTI, 2012).

Não por acaso, Chesnais (2011) qualifica a dívida dos países da América Latina de ilegítimas e odiosas. Para o autor, o montante real das somas emprestadas, jamais conhecido, a definição de taxas de juros pelo sistema financeiro, e a transferência da riqueza que nasce do trabalho para uma dívida impagável, fazem com que essas dívidas sejam ilegítimas (BOSCHETTI, 2012).

Segundo Alves (2014) e Aguiar (2015), o contexto nacional dos anos 1990 com o governo FHC apresenta reformas estruturais, orientando-se pelo trinômio abertura econômica, privatização e desregulamentação do Estado, atrelado aos interesses internacionais do capital, conforme mencionado anteriormente.

As reformas neoliberais e o conjunto de recomendações dos Organismos Internacionais, como: Banco Mundial, *Organização Mundial de Saúde (OMS)* e UNICEF para a área da saúde, nos países em desenvolvimento, caracterizaram a época e moldaram parcialmente a tônica da implantação do SUS nos anos 1990 (AGUIAR, 2015, p. 132).

Aguiar (2015, p. 17) desvenda que a política de saúde historicamente esteve sendo conduzida pelo sistema do capital a nível mundial:

O sistema de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Alguns aspectos que marcaram a história da organização desse sistema: a evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à lógica do capitalismo internacional.

Assim, para Boschetti (2012), na particularidade brasileira, a reiterada direção econômica da política governamental dos governos neodesenvolvimentistas de Lula e

Dilma, com crescimento econômico e justiça social, indica uma reiterada extração dos recursos do orçamento da seguridade social (previdência, saúde e assistência) para a geração de superávit primário e pagamento dos juros da dívida. Implicando em continuidade da acirrada desigualdade social, situação de pobreza e indigência, além endividamento do governo federal.

Nos anos 2000, houve um novo padrão de desenvolvimento alternativo à ortodoxia neoliberal com o Estado financiador e investidor, disciplina fiscal e monetária e vasto programa de transferência de renda como política de governo, que como o nome diz (Programa Bolsa Família), focalizou nas famílias “vulneráveis”, ao invés de promover direitos assegurados em Lei.

Sabe-se que, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 195, está assentada a Seguridade Social e garantidos os seus recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados e municípios e das contribuições sociais. Esse orçamento, segundo Aguiar (2015), leva em conta as metas e prioridades implementadas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)¹¹², garantindo a gestão de cada esfera governamental os seus recursos. Aguiar (2015) pontua que o financiamento das ações e serviços realizados pelo SUS parte do orçamento da Seguridade Social, abordado nas Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990.

Fora os cortes de gastos nas políticas sociais, segundo Boschetti (2012), o governo ainda realiza outra estratégia para usurpar ainda mais os recursos da seguridade social, através da Desvinculação das Receitas da União (DRU), retirando anualmente 20% do seu orçamento advindas das contribuições sociais.

Segundo dados da Anfip (2011, p. 62), entre 2005 e 2010 foi expropriado do orçamento da seguridade social o equivalente a R\$ 228.743 bilhões (aproximadamente U\$ 170, bilhões em março de 2012). Esse montante equivale a quatro vezes os gastos com saúde em 2010 e seis vezes o orçamento da assistência social nesse mesmo ano (FRANÇA, 2016, S. P.).

Segundo dados atuais, no ano de 2015, o governo Dilma foi marcado por uma instabilidade da conjuntura política e econômica, denúncias de corrupção, repercussões da crise mundial, entre outros elementos, conforme menciona a Anfip (2016, p. 16):

¹¹² A LDO, segundo Aguiar (2015, p. 75), é uma “lei periódica prevista na Constituição Federal de 1988 que visa nortear a elaboração dos orçamentos anuais da administração pública”.

Problemas políticos, denúncias de corrupção, estagnação dos investimentos privados, interiorização dos efeitos da crise internacional, tudo se somou criando um ambiente ainda mais hostil para a recuperação da economia. E, ao contrário do que vinha ocorrendo, o governo adotou medidas de ajuste fiscal, como corte de subsídios, aumentos tributários, redução dos gastos públicos, aumento das metas de superávit, aprofundando a queda da economia.

No ano de 2016, a continuação do quadro político-econômico teve repercussões com o processo de *impeachment* do governo executivo federal sob ameaças conservadoras e retrógradas do Congresso Nacional brasileiro, assumindo então o vice-presidente Michel Temer (2016-...), do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). O recém Governo Temer vem atendendo o capital internacional representado pelas agências multilaterais, implementando uma programática de reformas de ajuste fiscal no Estado e acatando o setor privado rentista do país, com a justificativa de um *deficit* nas contas públicas.

Segundo a Anfip (2016, p. 17), “a Seguridade Social sofre uma nova investida desestruturante”, ampliando de 20% para 30% a alocação de recursos da DRU para outros setores. Além da polêmica Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241/2016, agora aprovada, que limita os gastos com saúde e educação no país por vinte anos, repercutindo, obviamente, na condução do processo de desinstitucionalização como parte da política de saúde mental brasileira, uma vez que o seu orçamento faz parte do orçamento da política de saúde.

Inicialmente, há duas medidas básicas: a Desvinculação de Receitas da União – DRU, já aprovada na Câmara dos Deputados, onde o percentual aplicável na subtração de receitas da seguridade cresce de 20% para 30%; e uma emenda constitucional (PEC 241/2016), enviada pelo governo, para limitar as despesas orçamentárias aos valores pagos no ano anterior corrigidos pela inflação, por um período de vinte anos (ANFIP, 2016, p. 17).

França (2016, S. P.) avalia a saúde como um balcão de negócios. Diz que os limites com a PEC nº 241/2016 tornarão ainda mais precários os serviços de saúde.

Ainda analisa um dado relevante quantitativo sobre a magnitude dos desvios com a saúde, apontando o superávit da Seguridade Social, em 2014, de R\$ 53,8 bilhões, mas que não houve aplicação nos serviços de saúde pública. Segundo o autor (2016, S. P.), “na medida em que o sistema público de saúde foi sendo debilitado cresceram os

planos de saúde, nas suas diferentes modalidades, ocupando, hoje, um mercado altamente lucrativo de R\$ 86 bilhões de reais e cerca de 49 milhões de clientes”.

Segundo Mota (2010, p. 106), a desvinculação das fontes repercute em desfinanciamento ainda maior na política de saúde, pois “o Brasil já tem um gasto pequeno, o que corresponde a 3,4% do PIB” com saúde, inferior ao de países latino-americanos como Uruguai (5,1%), Panamá (4,8%) e Argentina (4,7%).

Esses dados são corroborados por Aguiar (2015), que também aponta que o desafio do financiamento do SUS comporta a quantidade e a qualidade dos gastos. Assim, a ênfase nas ações fica cada vez mais focalizada, restrita aos “grupos vulneráveis”, ou “pobres”, enquanto produto dessas relações sociais capitalistas. E o SUS vai se consolidando como um sistema precarizado, aberto a parcerias, desfinanciamento com repercussões na política de saúde mental.

Por isso, o cuidado em saúde mental vem sendo colocado à família e à comunidade como formas de minimizar os gastos sociais do Estado capitalista, depositando nas famílias o zelo pela proteção e referência como a “guardiã” do sofrimento mental, este como uma das expressões da questão social nesta sociedade.

Mas, o processo de responsabilização do cuidado familiar não aparece com exclusividade na política de saúde mental brasileira, mas conforme aponta Campos (2015, p. 21), pelo contrário, “a posição atual da família na Política Social, ao propiciar o reconhecimento de que as formas atuais não são fenômeno inteiramente novo”. Ela recebe um aprofundamento com os rebatimentos atuais da crise de 1970.

Segundo Lins (2013), a família ganhou centralidade na política de assistência social dos governos FHC e Lula. Para Lins (2013), o debate sobre a família atravessa subordinação e responsabilização, entre outros aspectos, mas percebe-se que na política de saúde mental apresenta as suas especificidades.

Na política de saúde mental, o documento do Ministério da saúde (BRASIL, 2014) cita os chamados “direitos especiais” das famílias a fim de garantir a equidade. Entretanto, Castelo (2013) localiza o conceito de equidade social resgatado pelos intelectuais ideólogos dos organismos internacionais nos anos 1990, baseado na filosofia clássica de John Locke, para responder estrategicamente ao fracasso neoliberal e adotar medidas capitalistas sociais-liberais como resposta ao pauperismo, enquanto produto do ajuste neoliberal.

A equidade representa um dos pilares teóricos do padrão interventivo burguês nas expressões da questão social, deslocando metodologicamente o referencial de compreensão estrutural e histórico das desigualdades sociais, onde essas diferenças podem ser neutralizadas por educação para o trabalho, responsabilidade individual, capital humano, desenvolvimento de capacidades, habilidades, competências, potencialidades, protagonismo e empoderamento individuais (CASTELO, 2013).

O princípio da equidade, que atende aos interesses burgueses de naturalização das desigualdades sociais sem alteração da estrutura de classes, promove o discurso da “igualdade de oportunidades”, que segundo Mészáros (2011), corresponde a uma promessa utilizada como desvio mistificador pela ideologia dominante, caracterizando-se como um “sonho impossível”, prometendo um avanço em direção a uma condição cuja realização está sempre negando.

Segundo o autor (2011, p. 301), “a ordem dominante não consegue firmar seu domínio sobre as massas hierarquicamente submissas sem recorrer constantemente à falsa promessa de todo tipo de igualdade”, pois necessita trazer progressivamente no contexto de autoexpansão capitalista grupos antes marginalizados ou não participantes como *demandas integráveis* ao capital a fim de neutralizar rebeldias e mistificar um consenso político-ideológico de classes.

A igualdade de oportunidades não altera relações de poder hierárquicas estruturalmente impostas pelo sistema do capital, permanecendo no campo da desigualdade substantiva e da emancipação política, mantendo a igualdade formal dentro dos limites do capital, mantendo as relações entre capital e trabalho em perpetuação da injustiça fundamental na sociedade capitalista (MÉSZÁROS, 2011).

Do mesmo modo, o processo de desinstitucionalização, decorrente do processo de lutas do trabalho, também se apresenta como demandas integráveis ao capital, pois cuidar do sofrimento mental pode evitar que as pessoas possam desenvolver incapacidade para o trabalho e ao mesmo tempo, evitar o possível desencadeamento do sofrimento mental, haja vista que o sofrimento gera custos econômicos. Por isso, uma das preocupações históricas do capitalismo sobre a “loucura” é evitar a “incapacidade” para o trabalho e reduzir custos.

Esse discurso da ordem do fenômeno, sem questionar as multideterminações das expressões da questão social e as metanarrativas (CASTELO, 2013), vem ganhando aceitação entre a vanguarda intelectual militante das lutas da Reforma Psiquiátrica.

Para começar, no Brasil, nas políticas de saúde e saúde mental existe uma grande aceitação do pensamento de Michel Foucault, um historiador que se tornou “uma das referências mais decisivas para as ciências humanas e especialmente para o campo da saúde mental no século XX” (AMARANTE, TORRE, 2011, p. 42).

Segundo Amarante e Torre (2011), a atualidade do pensamento foucaultiano, elaborada a partir de uma abordagem metodológica diferente, influenciou o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro nos anos 1970 e 1980, chegando inclusive a visitar o país, indicando caminhos para a política de saúde mental.

No caso da Reforma Psiquiátrica, isso se radicaliza, ao ponto de podermos afirmar que Foucault e Basaglia (2005) são as principais referências, mas não únicas, para o surgimento de um movimento antimanicomial no Brasil, pelo menos quanto à formação intelectual (AMARANTE, TORRE, 2011, p. 59).

Conforme Amarante e Torre (2011), a sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*¹¹³ com base em uma abordagem micropolítica, investiga as diferentes formas de percepção do fenômeno da loucura (do Renascimento à modernidade) e critica a psiquiatria como saber e poder institucionalizados nos séculos XVIII e XIX¹¹⁴. O pensamento foucaultiano (FOUCAULT, 2014) tem a sua contribuição intelectual de compreensão do sofrimento mental a partir de um enfoque sociológico, entre outros aspectos.

Muitas das ideias de Michel Foucault são fundamentais e altamente transformadoras para a reforma psiquiátrica. Ideias tais como: [...]; de tomar a instituição psiquiátrica como produtora de certa relação com a loucura – de captura da loucura e transformação de sua experiência; do poder em sua *dimensão microfísica* e uma *análise micropolítica* das relações de poder exercidas cotidianamente nas instituições e relações estratégicas nos espaços sociais e seus discursos legitimados, o que coloca um novo lugar para o profissional e o técnico, lugar ético

¹¹³ A sua obra *História da Loucura na Idade Clássica* foi publicada em 1961, como tese de doutorado.

¹¹⁴ Sua biografia como militante dos movimentos de defesa influenciou a luta de segmentos sociais como “loucos”, apenados e homossexuais. Segundo Amarante e Torre (2011), a atualidade do pensamento foucaultiano, elaborada a partir de uma abordagem metodológica diferente, influenciou o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro nos anos 1970 e 1980, chegando inclusive a visitar o país, inovando caminhos para a política de saúde mental.

e político de mudança (AMARANTE, TORRE, 2011, p. 58, grifos nossos).

Entretanto, dentro de uma abordagem micropolítica, fenomênica, na perspectiva do empoderamento onde “todos os atores sociais têm algum poder e o exercem de alguma forma, inclusive pela subjetivação, pela introjeção ou reelaboração da visão do outro, ou oriunda das instituições” (BRASIL, 2014, p. 274).

Suas ideias produzem eco com teorias pós-modernas do fim das ideologias compatíveis com a resposta ideopolítica neoliberal diante a crise capitalista dos anos 1970. Foucault se apresenta como inspiração à Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo a sua representação nas formulações da política de saúde mental através de uma vanguarda intelectual que produz cartilhas, manuais e outros documentos para o Ministério da Saúde.

Desse modo, as orientações repassadas aos profissionais em saúde, conforme os documentos nacionais, produzem ideológico e politicamente uma reprodução micropolítica na política de saúde mental. Percebe-se uma produção acadêmica e uma prática profissional em saúde que tende a abranger os aspectos microssociais focados na loucura, restritos à política de saúde mental, distantes dos discursos da Reforma Sanitária, descolada da política de saúde, da Seguridade Social, do contexto mais amplo macrossocietário.

Possivelmente, por isso, os profissionais procuram culpabilizar¹¹⁵ a família nos serviços, sobrecarregá-la com inúmeras atribuições, corresponsabilizando-a pelo cuidado e autocuidado. Pois, muitas vezes, os profissionais tomados de várias requisições no processo de trabalho, muitas vezes, precarizando e sem garantias trabalhistas passa a demandar da família a corresponsabilização nos serviços (BARCELOS, 2011).

Assim, muitas vezes, percebe-se que os profissionais dos serviços não compreendem as determinações históricas dos movimentos sociais, presos ao

¹¹⁵ Rosa (2010; 2011) analisa que a culpabilização sobre o grupo familiar encontra respaldo em correntes da psicanálise e da antipsiquiatria que responsabilizam a família pelo sofrimento mental. Para tanto, identifica nessa linha de análise algumas obras internacionais de Cooper, Szasz e Goffman, e na literatura nacional, cita o trabalho de Diva Moreira. Porém a autora critica essa posição da família no desenvolvimento dessas correntes, pois afirma que existem muitos fatores que são desconsiderados no conjunto das teorias e acusações direcionadas à família da pessoa em sofrimento mental como: diagnóstico, número de reinternações, sexo, idade, condições materiais e psíquicas para o cuidado da pessoa em sofrimento mental.

pragmatismo da prática profissional, respondem à lógica do controle do Estado, não conseguem tecer mediações sobre as relações subjacentes presentes nos discursos ministeriais de governo e as recomendações internacionais. Tais elementos ocultam a essência que envolve a trama das relações capitalistas de fundo, despolitizando as lutas de classe.

Além das recomendações ministeriais, Barcelos (2011, S. P.) aponta outros aspectos, como “as concepções, os valores e as crenças culturais dos profissionais têm repercussões na assistência prestada ao usuário”, que, conseqüentemente, se estende à família. Desse modo, percebe-se o papel central dos profissionais na efetivação da política social (BARCELOS, 2011).

Em nível internacional e nacional, apontado nos documentos, frequentemente intelectuais têm produzido e divulgado trabalhos e documentos oficiais a fim de subsidiar pesquisas, experiências e discussões em saúde mental. Ideias sustentadas em ideologias sociais-liberais espelhadas em organismos multilaterais, como a OMS e BM, com enfoque em “autonomia” e “empoderamento”, entre outros “*slogans*” com aparência progressista esvaziados de conteúdo para velar a realidade social (MONTAÑO, 2014).

Nesse sentido, no documento da OMS (2008), aparece o nome de um dos expoentes da Reforma Psiquiátrica italiana, Benedetto Saraceno, como membro dessa equipe técnica. Saraceno já produziu inúmeras publicações internacionais sobre o tema da reabilitação psicossocial e exerce influência no país.

Por sua vez, no Brasil, quem vem ultimamente produzindo e coordenando cartilhas e manuais oficiais chama-se Eduardo Mourão Vasconcelos, militante do movimento de reforma, conforme mencionado. Contudo, Montaña (2014) avalia que a perspectiva de Vasconcelos se aproxima do conceito ideológico do “empoderamento” e dos ditames capitalistas:

Para Vasconcelos, a depender da perspectiva que se tenha do “*empoderamento*”, este pode vir atender as demandas emancipatórias ou vir a reproduzir estratégias de conservação da ordem. Avaliamos que o autor nessa reflexão traz dimensões relevantes ao debate do “*empoderamento*”, não obstante se equivoca na proporção em que o *projeto de empoderamento* – atrelado aos ditames do BM -, tal como vimos, vem atender a uma necessidade do capital de responder às manifestações atuais da “questão social” (MONTAÑO, 2014, p. 169, grifos do autor).

Vasconcelos (2012) critica alguns dos rumos que o movimento de Reforma Psiquiátrica vem tomando nos últimos anos, como a absorção de líderes nos aparelhos de governos, especialmente nos mandatos de Lula e Dilma. Porém, observa-se nos documentos analisados (BRASIL, 2013; 2014) o seu empenho na produção de material orientador em parceria com o Ministério da Saúde.

Vasconcelos exerce um trabalho significativo, com contribuições relevantes para o movimento da Reforma Psiquiátrica, publicando artigos, livros e outros tipos de material bibliográfico que influencia nos avanços e desafios enfrentados na efetivação da política de saúde mental.

No tocante aos documentos analisados, relacionados à família, percebe-se que elas respondem a várias demandas requisitadas pelo sofrimento mental, além da situação de agravamento das expressões da questão social e precariedade dos serviços. Desse modo, o Ministério da Saúde orienta os profissionais em saúde que desenvolvam o trabalho com famílias, geralmente conhecidos nos serviços substitutivos, com a noção de “cuidar do cuidador”, respondendo às demandas concretas e objetivas das famílias através de abordagens psicossociais, oferecendo grupos de autoajuda, escuta, desabafo, apontando os deveres como legítimos e compensatórios diante os direitos que “vitimizam”, associação e cooperativas em saúde mental.

A participação das famílias em inúmeras atividades, observada nos documentos oficiais, que envolvem o cuidado em saúde mental domiciliar e extradomiciliar que as sobrecarregam, recomendando o empoderamento, o autocuidado, enquanto formas de desresponsabilizar o Estado no trato das políticas sociais e responsabilizando indivíduos e famílias pelo cuidado.

Os grupos de ajuda e suporte mútuos, o autocuidado e o desabafo são formas de intervenções que tem a sua utilidade subjetiva. Contudo, iludem o atendimento, pois diante a realidade de saúde, habitação, assistência, trabalho, entre outras, que as famílias vivenciam, elas necessitam de materialização de serviços e benefícios sociais através de políticas sociais para sobreviverem e desenvolverem o cuidado de modo digno.

Por sua vez, a participação da família tão preconizada na política de saúde mental diz respeito a uma mistificação da realidade. Segundo Dantas (2014), o tema da “participação” encontra-se imbuída de artimanhas do discurso dominante, atrelado aos

confortáveis consensos de negar a política, o espaço público e a luta de classes, vinculando-se a demandas pontuais e focalizadas. Nesse sentido, a participação da família, tão preconizada nas normativas, Conferências de Saúde e Ministério da Saúde, envolve-a em prol da luta pelo controle social na política de saúde, como mais uma requisição sem, no entanto, promover questionamentos à ordem capitalista.

Nessa perspectiva, Teixeira (2015) diz que a Política Social julga “as famílias vulneráveis como incapazes, incompetentes para criar os seus filhos, como responsáveis pelos problemas que enfrentam, mas com potencialidades de proteção social”, desde que conscientizadas, psicoeducadas e treinadas para tal.

Outra requisição à família dá-se nas associações e cooperativas em saúde mental, incitadas pelos governos neodesenvolvimentistas de Lula e Dilma. De acordo com Soares (2014), as políticas de geração de emprego e renda sob os governos do PT apresentam uma degradação sob o véu da liberdade. Demonstra uma “nova pedagogia da hegemonia” (SOARES, 2014, p. 197), por meio dos termos empoderamento e empreendedorismo, tendo em vista superar a vulnerabilidade social.

Desse modo, para Soares (2014), a política de geração de emprego e renda às famílias não se constitui como uma política macroeconômica de crescimento, não apresenta uma política redistributiva, promove alternativa precária de trabalho ao invés de emprego formal, precariza direitos, mistifica a realidade por meio da responsabilidade individual e da perspectiva de um “novo consenso” entre as classes, visando neutralizar as forças.

Na política de saúde mental, o cuidado formal vem sendo crescentemente direcionado para o cuidado informal da família. O tema do cuidado vem aparecendo pouco problematizado nos documentos, não recebendo respostas objetivas e concretas de apoio estatais, não se discutem os novos arranjos familiares, pouca contribuição sobre o recorte de gênero relacionado às mulheres, sem propostas de enfrentamento à sua sobrecarga de trabalho.

Ainda sobre a família, embora desempenhe uma função ativa no campo das políticas sociais (MIOTO, 2013; ROSA, 2010; CARIAGA, 2013), ela aparece no documento alinhada à noção de instância secundária, é incluída nos chamados grupos vulneráveis, devido à situação de sofrimento mental, marginalização e pobreza, devendo ser estimulada à participação comunitária e social.

Do mesmo modo, o documento (OMS, 2013) percebe a mulher no contexto de marginalização, empobrecimento, violência doméstica e abuso, excesso de trabalho e estresse na inserção da mulher no mercado de trabalho, com prejuízo à saúde. Além de estar entre uma das maiores vítimas propensas a desenvolver incapacidade decorrente do sofrimento mental depressivo.

Nos documentos internacionais e nacionais, a mulher apresenta uma posição de fragilidade, integrante de grupo vulnerável propenso a desenvolver sofrimento mental, reiteradamente identificada como um grupo vulnerável propenso a vicissitudes do sofrimento mental dada a sua condição na sociedade.

Segundo Campos (2015), a mulher apresenta uma situação desfavorecida, recebe uma forte expectativa do cumprimento das suas responsabilidades familiares como cuidadora. No âmbito privado, reforça sobre ela no interior da família um tratamento desigual de gênero, com hierarquização entre o casal, em que cabe a ela exercer o trabalho não pago dos cuidados com o lar. No âmbito público, as desigualdades salariais, usufruto de menos vantagens no sistema produtivo do que os homens, a discriminação pela sua condição de mulher, as vulnerabilidades da violência social, entre outras.

No tocante às mudanças nos arranjos familiares, as famílias monoparentais que tem a presença da mulher como chefe, a pobreza se evidencia, segundo Campos (2015). No mercado tem dificuldades para manter a sua inserção pela condição de gênero, aliada à precária assistência do Estado, norteador o tema da “feminização da pobreza”.

Essa mulher, percebida secundariamente nos documentos, pode refletir o seu valor nas políticas sociais e na sociedade em geral. Quando existe um membro familiar em sofrimento mental, cabe a ela a responsabilidade pelo cuidado, mediando entre o trabalho familiar e o mercado de trabalho quando está inserida, potencializando a sua condição de pobreza e sobrecarga emocional e material. O cuidado em saúde mental, segundo Rosa (2010), exige cuidados específicos, e mais ainda quando a família é cobrada pelos profissionais para compartilharem o seu tempo com as atribuições desenvolvidas no âmbito dos serviços.

Os CAPS, embora citados de forma fragmentada nos documentos nacionais, pouco mencionado quando relacionado à família, se apresenta como a porta de entrada na rede psicossocial, neste espaço as famílias são cobradas, especialmente a mulher (mãe, irmã, esposa, avó etc.) para realizar o cuidado.

Essas famílias que procuram atendimentos em saúde mental no serviços do SUS têm perfil econômico da classe pobre, segundo uma pesquisa desenvolvida por Rosa e Campos (2013).

As autoras estudam sobre saúde mental e classe social investigando os atendimentos de dois CAPS, um localizado na região sudeste e o outro na região nordeste do país. Concluem que, “historicamente, os serviços de saúde mental conformaram-se como um serviço focado nos segmentos de baixa renda, para os pobres”, em que o “CAPS, como parte do SUS, persiste distante da cidadania plena, como um serviço focalizado”. Na região Nordeste, os cuidadores familiares se autodeclararam enfaticamente como pobres, segundo a pesquisa.

As pesquisadoras (2013) apontam dados sobre o perfil dos usuários do SUS no país, dando margem a uma visão das famílias brasileiras que recorrem a esses serviços CAPS, inseridos o SUS:

a partir da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio — PNAD (2003), configura como perfil dominante dos usuários do SUS: 61,9% sexo feminino, 51,9% etnia negra. Majoritariamente, os usuários do SUS estão situados em relação à renda entre meio a um salário mínimo (SM) (23,8%), acompanhados dos que ganham até meio SM [salário mínimo] (22,8%) e dos que se localizam na faixa de um a dois SM (22,4%), o que totaliza um percentual de 46,6% dos usuários do SUS com renda *per capita* até um SM, ou seja, configuram os segmentos pobres da sociedade (ROSA, CAMPOS, 2013, p. 325-326).

Da mesma forma, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2014 (IBGE, 2014), aponta que nos anos de 2001 a 2014, no país, a taxa de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos foi estimada em 13,2 milhões, sendo mais acentuada na região Nordeste. O rendimento do trabalho sofreu queda entre 2001 e 2004, o nível de ocupação vem diminuindo, especialmente entre os jovens.

O Índice de Gini¹¹⁶, sobre rendimento de trabalho, caiu de 0,563 em 2001 para 0,489 em 2004, mas ainda mostra uma desigualdade de renda acentuada no país. Esses dados mostram as dificuldades diárias enfrentadas pelas famílias no país, acresce-se ainda oferecer cuidado aos seus membros em sofrimento mental.

¹¹⁶ O Índice de Gini, segundo o IBGE (2014, S. P.), “é uma medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima)”.

A política de reformas do Estado obriga o grupo familiar a ampliar os seus gastos, gerando aumento de custos e maior carga de cuidado de longa duração frente à condição a qual se encontra, por exemplo, uma pessoa com histórico de sofrimento mental (MIOTO, 2013). Nesse sentido, Rosa (2010, p. 275) aponta que o cuidado, “além de ser uma função psicológica e relacional, constitui também uma função física e material, e exige determinadas condições econômicas e sociais que tornem disponível o cuidador”.

No processo de desinstitucionalização, os usuários passam a ser (re)inseridos na família e na comunidade, e nisso torna-se imprescindível, como afirmam Rosa e Silva (2014), a atuação estatal diante essas mudanças, tendo em vista prestar proteção e apoio às famílias e aos usuários. Pois, o que se presencia no atual contexto familiar é uma sobrecarga emocional, física e econômica da família.

A família é geralmente reconhecida como a culpada pelo sofrimento mental e que deve ser então ser “cuidada” para lidar com o sofrimento mental no espaço privado. Essas famílias são, na maioria das vezes, estigmatizadas¹¹⁷ pelo sofrimento mental em conjunto com os seus membros que participam desses serviços psicossociais, de forma incompreendida pela sociedade (MIOTO, 2009).

Os documentos consultados mostram a família desenvolvendo o papel submisso, passivo, receptora de requisições, que pressupõe não conhecer e nem saber lidar com o sofrimento mental, que deve ser obediente aos profissionais que pressionam e culpabilizam as famílias pelos fracassos. Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que é requisitada e passiva, desenvolve um cuidado direto e ativo, responsabilizada como principal aliada no cuidado. Essas afirmações encontram respaldo em Duarte (2013, p. 75-76), que explica:

¹¹⁷ O termo estigma é discutido por Goffman (1988), que trabalha com o interacionismo simbólico, abordando uma perspectiva subjetiva do ser humano. Segundo o autor, o termo representa uma marca, rótulo, impressão, sendo originalmente criado entre os gregos “para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 1988, p. 12). Sinais feitos como cortes ou fogo no corpo avisavam que a pessoa poderia ser um escravo, um criminoso ou um traidor. Na contemporaneidade, o emprego do termo diz respeito à manipulação do estigma que é socialmente construída e pré-concebida a partir das expectativas normativas em relação ao caráter e a conduta de uma pessoa, formulando categorias para separar as pessoas em determinados perfis e estereótipos.

Assim, tomamos como preocupação analítica como as consequências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família dos portadores de transtorno mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado desses no espaço doméstico e a relação com os serviços de saúde mental. Essa família ora é vista como suporte, recurso, provedora de cuidados, ora vista de forma negativa, incômoda, e culpabilizadas, na maioria das vezes, pelos técnicos nos serviços públicos de saúde mental.

Segundo Montaña (2014), a constituição da ideologia possibilita a classe dominante ocultar e legitimar os seus projetos intencionalmente, utilizando termos oriundos das esquerdas históricas, promovendo eufemismos e esvaziamento de conteúdo, articulando uma linguagem de esquerda com projetos de direita.

Dessa forma, o chamado à “participação” familiar mostra-se mistificada de *responsabilização* das famílias pelas suas próprias condições de vida, pela solução de seus problemas e satisfação de suas necessidades. Paralelamente, acontece uma desresponsabilização do Estado na assistência aos indivíduos, abrandando o papel das políticas sociais e refuncionalizando-se nessa fase monopolista para desonerar o capital (MONTAÑO, 2014; MANDEL, 1982; IAMAMOTO, 2011).

Nesse “jogo” de (des)responsabilidades, os recursos públicos se voltam para o pagamento de juros que tem como credores os organismos internacionais. Ao mesmo tempo, esses credores, por meio dos acordos firmados entre os governos nacionais, especialmente países em desenvolvimento, suprimem muito da soberania nacional e ditam as regras do jogo, exigindo corte dos investimentos sociais, em especial na saúde, e priorizando o crescimento econômico, com implicações sérias para as famílias das classes trabalhadoras.

Com isso, as famílias respondem pela proteção sem apoio material das políticas sociais. O Estado trabalha com políticas paliativas subjetivistas e psicologizantes, onde o debate sobre a família apresentada na Política Nacional de Saúde Mental não relaciona às expressões da questão social nem às condições estruturais da sociedade capitalista, enquanto estratégias e contradições do sistema.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo analisar a centralidade da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental. Para tanto, analisou os aspectos históricos e econômicos da centralidade da família no CAPS; verificou as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde sobre a inserção da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental; e analisou a documentação/legislação referente aos serviços substitutivos e sua relação com o grupo familiar. Dessa forma, foram tecidas algumas considerações não conclusivas refletidas ao longo do trabalho.

As estratégias e as contradições fazem parte da dinâmica do capitalismo a fim de obter acumulação e autoexpansão como estrutura intrínseca do seu movimento. Diante disso permite que algumas demandas dos sujeitos sociohistóricos sejam integráveis, desde que não ponham em xeque a sua pedra-de-toque que são os lucros.

As demandas das pessoas em sofrimento mental não são atendidas integralmente, mas parcialmente, dentro dos limites capitalistas. Isso requer esforço e lutas incansáveis em prol de direitos sociais. Porém, o processo de despolitização situado nos marcos do final do século XX (fim da URSS, cultura ideológica da crise capitalista com as suas respostas da classe dominante, entre outros elementos), tornam essas lutas mais fragilizadas, levando à formação ideológica de consensos de classe por meio das chamadas “parcerias” com ONGs, agências internacionais, intelectuais militantes, família.

As estratégias do capital formuladas pelos organismos internacionais, como o BM, FMI e OMS, atendem aos interesses de privatização, de fortalecimento do setor privado, que influencia os países signatários a desenvolverem políticas alinhadas aos interesses da classe dominante. Nesse processo, os Estados-nacionais, dependendo da particularidade sociohistórica e da relação econômica e financeira a que estiverem submetidos, cedem a esses interesses mercantis e privilegiam a política econômica em detrimento da política social.

No Brasil, governos neoliberais promoveram um conjunto de reformas que destituíram direitos sociais duramente conquistados pelos sujeitos sociais. Os governos neodesenvolvimentistas continuaram nesse caminho capitalista, focalizando as famílias

mais vulneráveis, permitindo a participação do terceiro setor, desfinanciando políticas sociais, entre outros. Essas reformas fazem parte de uma política submissa aos condicionamentos de empréstimos dos organismos internacionais. As iniciativas de (contra)reforma que aconteceram no país durante os governos de FHC, Lula e Dilma mostram um receituário prescritivo a ser implementado no país, respondendo estrategicamente ao capital internacional e nacional.

No conjunto da seguridade social, particularmente na política de saúde, o Estado vem progressivamente favorecendo a privatização de serviços, com subfinanciamento no setor, cortando gastos, atribuindo a existência de um *deficit* nas contas públicas e exigindo a necessidade de intervenções voltadas ao mercado, haja vista o comprometimento de pagamento dos juros da dívida externa.

A política de saúde mental, integrante da política de saúde, custeada pelo orçamento do fundo de saúde, encontra-se no mesmo caminho. Esse subfinanciamento e privatização levam à desresponsabilização do Estado no cenário neoliberal e a tendência de responsabilização das famílias pela assistência a seus membros em sofrimento mental.

A partir dos documentos analisados, foi percebido que a OMS exerce influência política, econômica e ideológica sobre a política de saúde brasileira, incentivando os países membros a implementarem serviços substitutivos comunitários pois eles apresentam custo-benefício acessível ao Estado, em detrimento dos custos hospitalares, contemplando as requisições do capital internacional. Ainda incentiva à requisição da família nesses serviços comunitários em saúde mental.

A família no Brasil sempre foi a principal fonte de assistência e cuidado aos seus membros, mas sofre um aprofundamento de suas ações no cenário de crise capitalista dos anos 1970, com repercussões ainda atuais, conforme a aponta a bibliografia.

Percebe-se nos documentos analisados que a discussão sobre cuidado e família são trabalhadas de forma fragmentada e o debate sobre gênero é pouco mencionado, podendo traduzir que a política social ainda comunga com a perspectiva tradicional de cuidado, delegando à família e à mulher a responsabilidade pelos indivíduos, desconsiderando estrategicamente as mudanças familiares amplamente discutidas recentemente.

Como estratégia do Estado, a família passa a ser vista como fonte de cuidado corresponsável aos serviços de saúde diante os processos de corte de gastos. Ao mesmo

tempo em que ela realiza proteção e acolhimento dos indivíduos, passa a ser culpabilizada pelos profissionais de saúde diante os seus fracassos, incidindo em uma estratégia ideológica de se responsabilizar pelo cuidado.

Pode-se perceber a partir dos resultados da análise documental que existe um processo de responsabilização da família pelo cuidado à pessoa em sofrimento mental, podendo confirmar o pressuposto inicial da pesquisa. Aparece transmutada no discurso estratégico fetichizado de “participação” das famílias nos serviços no processo de reinserção e reabilitação psicossocial, para envolvê-la de um modo ilusório para o cuidado no domicílio e extradomiciliar.

A família se apresenta na legislação, nos debates das CNSM e nos documentos do Ministério da Saúde, requisitada de inúmeras atribuições e obrigações, em especial no CAPS por ser o principal dispositivo de acesso à política de saúde mental.

Foi também observado o papel passivo e ativo da família nesse processo. Ao mesmo tempo em que se apresenta como responsabilizada pelo cuidado ativamente, aparece secundariamente apenas relacionada aos direitos assegurados do usuário, com o dever de zelar por esses direitos.

Frente a esses processos de responsabilização, a família recebe o reconhecimento por meio dos documentos do Ministério da Saúde acerca da sua sobrecarga emocional e material. Reconhece também a sua importância como instância parceira, aliada e necessária, mas elas ainda têm de conviver com as precárias condições de vida resultantes da falta de suporte estatal, que vem desenvolvendo políticas às famílias mais “vulneráveis”, serviços ainda não distribuídos uniformemente do ponto de vista geográfico-regional no país, carência de CAPS III mais substitutivos, entre outros.

O cuidado aparece direcionado para o informal, não institucionalizado, desenvolvido pela comunidade e pela família. Aparece sob a forma de fetiche, naturalizando o cuidado como historicamente desenvolvido pela família e por redes de proteção comunitárias, com uma conotação de cunho subjetivo, micropolítico e legitimamente aceito como responsabilidade natural pelo grupo familiar, especialmente pela mulher, mas que não há contrapartida do Estado como apoio diante a realidade da família brasileira.

Desse modo, o Ministério da Saúde, enquanto órgão de representação do Estado, lança material documental direcionado aos profissionais de saúde para o trabalho com famílias a fim de responder essa demanda de sobrecarga mencionada. Conforme

percebido, recomenda intervenções subjetivas como formas de estratégias, com base na abordagem micropolítica e com indicações de Foucault, a exemplo dos grupos de autoajuda e suporte mútuo, direitos e deveres aos usuários e familiares, entre outras. Além de projetos de geração de emprego e renda que incentivam o microcrédito e o trabalho informal, que não atendem as reais necessidades de vida material das famílias na realidade brasileira, mas interessa aos ditames capitalistas.

Essas colocações podem sinalizar respostas à problematização inicial da pesquisa sobre por que existe uma centralidade da família no cuidado em saúde mental.

Portanto, o cuidado familiar como prática sociohistórica incorporada pelo capital em tempos de crise capitalista se aprofunda, especialmente na política de saúde mental, para atender processos de privatização que levam a subfinanciamento no setor saúde. Esses processos de responsabilização familiar e desresponsabilização do Estado apresentam tendências de serem intensificados no país, considerando o atual governo Michel Temer, do PMDB, alinhado ao capital internacional e ao setor privado nacional.

Entre algumas observações sobre o governo, este nomeou recentemente uma pessoa com formação em engenharia civil para o cargo de Ministro da Saúde a fim de conduzir os rumos da política de saúde no país. Também propôs a PEC nº 241/2016, aprovada pela Câmara dos Deputados, que congela o orçamento da saúde por vinte anos, sinalizando o alargamento da participação do setor privado.

Percebe-se o direcionamento que o Estado vem realizando sobre os grupos familiares, em especial à família das pessoas em sofrimento mental, estabelecendo uma corresponsabilização e hipertrofia de suas ações com os serviços substitutivos, modelo de um Estado que desmonta os direitos sociais dos indivíduos e famílias.

Diante as questões indicadas, este trabalho pode possibilitar o tema da família ser rediscutido e repensado pelas equipes de saúde. Compreendê-la sob o horizonte da macropolítica, pensar sobre os seus direitos sociais, e não apenas dos deveres. Receber a assistência necessária do Estado via serviços e benefícios sociais das políticas sociais para poder realizar o cuidado em saúde mental, sem ser culpabilizada pelos seus possíveis erros.

As questões analisadas neste trabalho foram discutidas no sentido de apontar algumas sinalizações sobre a política de saúde mental brasileira, não tendo o objetivo de encerrar e definir conclusões, mesmo porque a realidade se movimenta conforme a ação dos sujeitos sociais que promovem a história das relações.

Referências

- ABONG. Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais. Disponível em: <<http://www.abong.org.br/ongs.php?id=18>>. Acesso em: 13/04/2016.
- ALENCAR, T. O. S.; ALENCAR, B. R.; CAVALCANTE, E. A. B. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl. . v. 4. n. 33. 2012. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2381/1322>. Acesso em: 21/05/2016.
- ALVES, G. **Trabalho e neodesenvolvimentismo**: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil. Bauru: Canal 6, 2014.
- ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital**: a nova degradação do trabalho na era da globalização. 2. ed. Praxis: Londrina, 1999.
- ALVES, G. Neodesenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil – Parte I. Publicado em 20/05/2013. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2013/05/20/neodesenvolvimentismo-e-precarizacao-do-trabalho-no-brasil-parte-i/>>. Acesso em: 10/04/2016a.
- ALVES, G. Neodesenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil – Parte II. Publicado em 20/05/2013. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2013/08/19/neodesenvolvimentismo-e-precarizacao-o-do-trabalho-no-brasil-parte-ii/>>. Acesso em: 10/04/2016b.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; ROTELLI, F. In: AMARANTE, P.; BEZERRA JÚNIOR, B. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Relume Dumara, S. D.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: **Determinação social dos transtornos mentais e indústria farmacêutica**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, P.; SADER, E. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social 2015**. 16. ed. Brasília: ANFIP, 2016.
- FRANÇA, Á. S. A saúde no balcão de direitos. Disponível em: <www.anfip.org.br>. Acesso em: 29/10/2016.
- ARBEX, D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 07/06/2016.

- BANCO MUNDIAL. A pobreza. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1990. Disponível em: <<http://www.worldbank.org.br>>. Acesso em: 21/02/2016.
- BANCO MUNDIAL. Relatório anual de 2013. Disponível em: <<https://www.worldbank.org>>. Acesso em: 30/05/2016.
- BARBOSA, A. F. (Org.). **Brasil real**: a desigualdade para além dos indicadores. 1. ed. São Paulo, Outras expressões, 2012.
- BARCELOS, M. O. A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade. **Dissertação de Mestrado**. 120 p. Florianópolis, 2011.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. Política social no contexto capitalista. In: **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.
- BEHRING, E. A política de seguridade social no Brasil. In: **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.
- BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm. v. 2. n. 21. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 12/06/2016.
- BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Brasília, novembro de 1995.
- BRASIL. **Portaria 106**, de 11 de fevereiro de 2000.
- BRASIL. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001.
- BRASIL. **Portaria 336**, de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. **Lei 10.708**, de 31 de julho de 2003.
- BRASIL. **Lei 11.343**, de 23 de agosto de 2003.
- BRASIL. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Comunidades terapêuticas são regulamentadas. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>>. Acesso em: 21/02/2016.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei 8.742/2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1>. Acesso em 23/04/2016.
- BRASIL. Declaração de Caracas. 14 de novembro de 1990. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 21/03/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: saúde mental. 2. ed. Brasília/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 4**. Ano II, nº 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 03/11/2016.

BRASIL. **Lei 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 8: 2003-2010 Governo Lula**. n. 8, ano VI, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 11**. n. 11, ano VII, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B2dxPmzLucIIeHBCZHBMTTVxZ00/view?pli=1>>. Acesso em: 21/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde: Manaus recebe Congresso de Saúde Mental. 05 set. 2014. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>>. Acesso em: 20/07/2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2016. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/274-teen/mao-na-roda/1770-a-familia-brasileira.html>>. Acesso em: 10/02/2016.

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

BORBA *et al*, L. O. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. v. 2. n. 45. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 10/01/2016.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: **Política social**. Capacitação em Serviço Social e política social. Centro de Educação Aberta, Continuada à distância. Módulo 3. Brasília: UnB, 2000.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al* (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2009.

BRAZ, M.; NETTO, J. P. Economia política: uma contribuição crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde**. v. 13. n. 3. Rio de Janeiro, 2006.

- BUTTI, G. Formação e desinstitucionalização em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde mental, formação e crítica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Laps, 2015.
- CAMPOS, M. S. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- CAMPOS, M. S.; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. n° 12. **Ser Social**. 2003.
- CARIAGA, M. H. Políticas sociais: a família sob o olhar do Estado no Brasil. In: **Políticas sociais, práticas & sujeitos**: prismas da realidade. 1. ed. Papel Social, 2013.
- CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 6. n. 2. 2010.
- CARCANHOLO, R. PRIEB, S. A. M. **Capital**: essência e aparência. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço social e sociedade**. n. 112. out./dez., 2012.
- CASTELO, R. **O social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- CAVENACCI, M. **Dialética da família**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>>. Acesso em: 02/05/2016.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS manifesta. 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/manifesta>>. Acesso em: 12/04/2016.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf>. Acesso em: 12/04/2016.
- CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.
- Conselho Federal de Psicologia. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.
- COSTA, M. M. **Gestão pública em saúde mental**: um estudo em CAPS com gerência pública e privada no Rio Grande do Norte. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2013.
- DUARTE, M. J. O. Loucura e família: (re)pensando o *Ethos* da produção do cuidado. In: **Família & família**: práticas sociais e conversações contemporâneas. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

Folha de São Paulo Online. Leia íntegra da carta de Lula para acalmar o mercado financeiro. Publicado em: 24/06/2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u33908.shtml>>. Acesso em: 01/04/2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota da Frente Nacional com relação a 15ª CNS. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br>>. Acesso em: 21/04/2016.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

GARCIA, M. L. T. O financiamento federal da saúde mental após o pacto da saúde. **Libertas**. n. 02. v. 11. Minas Gerais, 2011.

GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. F. A. Questão social e saúde mental. In: XIV ENPES. **Anais**. Rio Grande do Norte: UFRN. novembro/dezembro, 2014. CD-RM.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serviço social & sociedade**. São Paulo. 2012.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. D. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. v. 1, nº 46, **Rev. Saúde Pública**, 2012.

GRAMSCI, A. **Escritos políticos**. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GUERRA, M. Um admirável mundo novo? In: HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**: do feudalismo ao século XXI. 22. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GUERRA, M. Da expansão à crise: a história insiste em continuar. In: HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**: do feudalismo ao século XXI. 22. ed. Rio de Janeiro: LTC GUERRA, M., 2013.

Governo Federal anuncia corte recorde no orçamento e freia investimentos do PAC. Estadão, São Paulo, 30 mai. 2015. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br>>. Acesso em: 30/05/2015.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1994.

HOBBSBAWN, E. **Era dos extremos**: o breve século XX. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOBBSBAWN, E. **Ecos da Marselhesa**: dois séculos reveem a Revolução Francesa. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012.

JACCARD, R. **A loucura**. Zahar: Rio de Janeiro, 1981.

Jornal O Globo. Ministro demite coordenador de Saúde Mental criticado por entidades e movimentos sociais. Publicado em: 09/05/2016. Disponível em: <<http://www.oglobo.globo.com>>. Acesso em: 08/06/2016.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; DELPINO, G. B.; LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; HECK, R. M. **Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). v. 1, n. 33. mar/2012.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LESSA, S. **Mundo dos homens**: trabalho e ser social. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálysis**. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

LINS, C. S. B. Família e assistência social: análise dos governos FHC e Lula. 2013. 175 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília. 2013. Disponível em:<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14593/1/2013_CileneSebastianaBragaLins.pdf>. Acesso em: 18/02/2016.

MACHADO DE ASSIS, J. A. O alienista. In: **O alienista e outras histórias**. Coleção clássicos brasileiros. Rio de Janeiro: Edições de ouro, S. D.

MANDEL. E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARANHÃO, C. Desenvolvimento social como liberdade de mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimento e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MARANHÃO, C. A ideologia neodesenvolvimentista: crise do capital, novas estratégias e velhas promessas da classe dominante brasileira. In: **O canto da sereia**: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. Estudos avançados. n. 34, vol. 12, São Paulo: set./dez., 1998.

MARX, K. **O capital**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

MARX, K. **Glosas críticas marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social: de um prussiano”**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro 1. 33. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MARX, K. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

- MARX, K. A chamada acumulação primitiva. In: **O capital**. Crítica da Economia Política. Livro 1, v. II. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº 2, 2001.
- MAZZEO, A. C. **Burguesia e capitalismo no Brasil**. São Paulo: Ática, 1988.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>>. Acesso em: 08/11/2016.
- MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MIELKE, F. B.; KOHLRAUSCH, E.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 4. n. 12, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm>. Acesso em: 21/02/2016.
- MIOTO, R.C.T. Família e políticas sociais. In: Boschetti, I. et al (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- MIOTO, R.C.T. Família e assistência social: subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. **Família & família**: práticas sociais e conversações contemporâneas. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
- MIOTO, R.C.T. Dilemas do trabalho social com famílias no campo da política social brasileira. In: XIV ENPESS. **Anais**. Rio Grande do Norte: UFRN. novembro/dezembro, 2014. CD-RM.
- MIOTO, R.C.T.; PRÁ, K. R. D. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- MONTAÑO, C. In: MONTAÑO, C. (Org.). **O canto da sereia**: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014.
- MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. *et al* (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.
- NETTO, J. P. **Ditadura e serviços social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria social. In: **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: GENTILI, P.; SADER, E. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 12/05/2016.

Organização Mundial de Saúde. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1>. Acesso em: 12/05/2016.

PEGORARO, R. F. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. v. 77, nº 02. 2009.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. **Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 12, n. 25. abr./jun. 2008.

PEREIRA, J. M. M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, L. C. B. O novo desenvolvimentismo. Publicado em: 19/09/2004. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/articles/2004/412.NovoDesenvolvimentismo.pdf>>. Acesso em: 02/03/2026.

PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Fiocruz. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 03/11/2016.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Portal eletrônico G1. Número de ONGs mais que dobrou entre 1996 e 2005 no Brasil, diz IBGE. Publicado em: 18/06/2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/natureza/rio20/noticia/2012/06/numero-de-ongs-mais-que-dobrou-entre-1996-e-2005-no-brasil-diz-ibge.html>>. Acesso em: 19/04/2016.

Portal eletrônico G1. Desemprego já atinge mais de 9 milhões de pessoas no Brasil. Publicado em: 20/02/2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-da-globo/noticia/2016/02/desemprego-ja-atinge-mais-de-9-milhoes-de-pessoas-no-brasil.html>>. Acesso em: 19/04/2016.

PRADO JÚNIOR, C. **História econômica do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Brasiliense, 1976.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2002: aprofundar a democracia num mundo fragmentado. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/RDH%202002_pt.pdf>. Acesso em: 10/01/2016.

- ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, abr./jun. 2010.
- ROSA, L. C.S. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E. M. *et al* (Orgs). **Saúde mental e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- ROSA, L. C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**. n. 114. São Paulo, abr./jun. 2013.
- ROSA, L. C. S.; COSTA, S. I. F. A vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais em situação de pesquisa. **Serviço social & sociedade**. Ano XXVIII, n. 92. São Paulo: Cortez, novembro, 2007.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009.
- SADER, E. A hegemonia neoliberal na América Latina. In: GENTILI, P.; SADER, E. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- SANTOS, S. M. Política social e diversidade humana: crítica à noção de igualdade de oportunidade. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; MIOTO, R. C. T. **Capitalismo em crise: política social e direitos**.
- SEN, A. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- SILVA, A. A. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. vol. 45, n. 5. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500029>. Acesso em: 10/10/2015.
- SILVA, J. S. **Família e sofrimento psíquico: um estudo com familiares de usuários de um CAPS particular**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- SIMIONATO, I. Mercosul e reforma do Estado: o retrocesso da seguridade social. **Katálisis**. n. 05. jul./dez. 2001.
- Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- SOARES, M. As políticas de geração de emprego e renda e o governo do PT: degradação sob o véu da liberdade. In: MONTAÑO, C. (Org.). **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”**. São Paulo: Cortez, 2014.
- SOUZA, N. A. **O colapso do neoliberalismo**. São Paulo: Global, 1995.

- SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. V. 4. n. 1, 2010.
- STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, cuidado e saúde**. v. 02, nº 2, Maringá: jul./dez., 2003.
- STEVANIM, L. F. Desafios para a educação. **RADIS**, ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, n. 151, abr., 2015.
- STEVANIM, L. F. SUS: as ameaças que vêm do congresso. **RADIS**, ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, n. 156, set., 2015.
- STEVANIM, L. F. Quem ganha com a dívida pública?. **RADIS**, ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, n. 162, mar., 2016.
- TEIXEIRA, S. M. In: MIOTO, R. C. *et al* (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.
- TOLEDO, J. F. (Org.). **(Colônia): uma tragédia silenciosa**. Fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.
- UNITED NATIONS. General Assembly. Human Rights Council. Twenty-sixth session. **Protection of the Family**. 25 June 2014.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). vol.6. n.1. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf>>. Acesso em: 10/03/2016.
- YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**. nº 110. São Paulo, abr./jun. 2012.
- ZOLA, M. B. O cuidado como direito: determinações e práticas na perspectiva da proteção e reprodução social. In: XIV ENPESS. **Anais**. Rio Grande do Norte: UFRN. novembro/dezembro, 2014. CD-RM.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA MATERIAL DOCUMENTAL INSTITUCIONAL (ROTEIRO PARA LEITURA)

1 Identificação do documento

Tipo de documento:

Referência:

Objetivo:

Justificativa:

Público-alvo:

Autores/instituições que dialoga (explícita ou implicitamente):

Resumo (contexto geral, relação política social e política de saúde mental, família, CAPS e cuidado à pessoa em sofrimento mental):

2 Política de saúde mental:

Referência ao CAPS:

Relação com a família:

Relação com intersectorialidade:

2.1 Cuidado em saúde mental:

Relação com a família, a política de saúde mental e a pessoa em sofrimento mental:

Noção de cuidado:

Papel da mulher:

3 Família:

Objetivo do documento com relação à família:

Noção de família:

Referência a impactos na vida de famílias:

Alusão à proteção social:

Referência a mudanças no grupo familiar:

Relação com a legislação sobre família:

Relação do trabalho com família:

Referência à mulher:

4 Prospecções (projeções) acerca de família e PNSM:

5 Avaliação crítica:

6 Observações:

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA NORMATIVAS
(ROTEIRO PARA LEITURA)

1 Identificação da Legislação

Tipo de documento:

Referência:

Objetivo:

Autores/instituições/legislação que dialoga (explícita ou implicitamente):

2 Área de atuação:

3 Referência a países:

4 Integra a América Latina:

5 Aspectos relevantes:

6 Resumo (contexto geral, relação política social e política de saúde mental, família, CAPS e cuidado à pessoa em sofrimento mental):

7 Referência à família:

8 Referência à saúde mental:

Referência ao CAPS ou serviços substitutivos:

Referência ao cuidado em saúde mental:

Relação sobre gênero:

9 Prospecções acerca da política de saúde mental, família, mulher:

10 Avaliação crítica:

11 Observações: