UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MAYARA DUARTE SILVA

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:

análise das tendências no governo de Michel Temer

Campina Grande-PB
2019

MAYARA DUARTE SILVA

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:

análise das tendências no governo de Michel Temer

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, Trabalho e Políticas Sociais

Orientadora: Prof. Drª Alessandra Ximenes da Silva

Campina Grande- PB

2019

É expressamente proibido 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 do trabalho.

S586p Silva, Mayara Duarte.
O processo de contrarreforma na política de saúde mental [manuscrito] : análise das tendências no governo de Michel Temer / Mayara Duarte Silva. - 2019.
104 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva , Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Contrarreforma brasileira. 2. Política de saúde mental. 3. Governo de Michel Temer . 4. Reforma psiquiátrica. 5. Tendências contemporâneas. I. Título
21. ed. CDD 362.3

Elaborada por Hellys P. M. de Sousa - CRB - 15/361 BCIA1/UEPB

MAYARA DUARTE SILVA

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
análise das tendências no governo de Michel Temer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para obtenção de título em Mestre de Serviço Social.

Aprovado em 11/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drª Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Prof. Drª Jordeana Davi Pereira (Examinadora Interna)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Prof. Drª Raquel Soares Cavalcante (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dedico,

Ao meu filho, Filipe, por ter me dado a coragem e perseverança necessária para fechar esse ciclo.

Felicidade
É viver na sua companhia
Felicidade
É estar contigo todo dia
Felicidade
É sentir o cheiro dessa flor
Felicidade
É saber que eu tenho o seu amor

Felicidade
É saber de verdade
Que a gente sente saudade
Quando não consegue se ver
Felicidade
É acordar ao seu lado
Tomar um café reforçado
Depois sair para correr com você

Felicidade
É poder jogar um pano
Colar no show do Caetano
Cantar odara até o dia raiar
Felicidade
É no fim de semana
Curtir uma praia bacana
E um por de sol de arrasar
(Seu Jorge)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma arte. Só o faz, verdadeiramente, quem vê, sente e vive a vida como um presente, uma possibilidade. Agradecer é a capacidade de reconhecer a importância do outro na sua vida.

O percurso de todo o curso do Mestrado, que ora completa seu ciclo, com a elaboração desta dissertação, foi permeado de intensos momentos e vivências bastante expressivas em minha vida. Para tanto, foi necessário o apoio e a contribuição de muitas pessoas, pessoas essas que contribuíram para a superação das dificuldades encontradas no meio do caminho. Nesse sentindo, não poderei deixar de mencionar essas pessoas que foram fundamentais nesse processo de angustia, dor, alegria e acima de tudo superação e resistência.

A começar pelo meu filho Filipe, que chegou em minha vida, através de um presente de Deus, em um momento tão delicado como é o mestrado, e só veio trazer alegria e mais amor aos meus dias.

A minha querida mãe Edvigens, pelo amor e dedicação constante, pelas orientações e experiência de vida, sem ela não seria possível essa conquista.

A minha irmã Janaína, pela confiança e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, Madson, pelo amor, companheirismo, cumplicidade, compreensão e paciência que tem tido comigo no decorrer dessa caminhada.

A minha orientadora, Alessandra Ximenes, pelas orientações ao objeto de estudo.

A turma 2016 do mestrado acadêmico em Serviço Social, especialmente **Milca, Alexandra, Flávio, Sayonara e Daliane,** por todos os momentos compartilhados, momentos vivenciados aos longos desses anos. A amizade construída foi de fundamental importância nesse processo, vocês foram essenciais.

A minha amiga, Milca, por ter segurado em minha mão quando o fardo já não era mais suportável, pela simplicidade em suas ações, pelos conhecimentos compartilhados, pelas suas sábias palavras, e pela disposição em sempre me ajudar.

As amigas: Vanessa, Ana, Ana Luísa, **Léa, Fabiana, e Das Neves** que acolheram minhas angústias cotidianas e sempre estenderam a mão amiga nos momentos alegres e tristes.

A minha prima Elizabety, pelos inúmeros momentos de doação de amor e tempo ao meu filho.

Aos professores da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba que muitos contribuíram para a minha formação.

Aos profissionais do **Pronto Atendimento de Saúde Mental**, que sempre me incentivaram e entenderem minhas ausências.

A banca examinadora, nas pessoas de **Jordeana Davi (UEPB)** e **Raquel Soares (UFPE)** pelas valiosas sugestões e contribuições a esse trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram para este trabalho, para o fechamento desse ciclo em minha vida.

> Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já tem a forma do nosso corpo; e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia; e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, a margem de nós mesmos.
>
> Fernando Pessoa

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar (Eduardo Galeano)

RESUMO

A presente dissertação de mestrado objetiva analisar, no processo de contrarreforma do Estado brasileiro, a política nacional de saúde mental, expressando as tendências que se apresentam na contemporaneidade, especificamente no governo de Michel Temer. Evidencia-se desde a década de 1990 e continuidade nos anos de 2000 uma contrarreforma do Estado brasileiro que apesar de diferentes conjunturas os elementos constitutivos estão dialeticamente incorporados, com implicações para as políticas sociais, com ênfase para a política de saúde mental. Diante do cenário contemporâneo, o processo de contrarreforma no âmbito da saúde mental é regressivo e por sua vez promove o desmonte da Reforma Psiquiátrica. A fundamentação teórica-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise da política de saúde mental em uma perspectiva ontológica, crítica e histórica da realidade. Para empreender o estudo, estruturamos o processo de investigação em um estudo bibliográfico e documental. A análise dos dados evidencia três tendências da política de saúde mental no governo de Michel Temer: a) a Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental - um *mix* de passado e presente; b) o "ressurgimento" do Hospital Psiquiátrico - revisitando um passado recente; e c) as Comunidades Terapêuticas - inclusão como serviço de saúde. O tratamento e análise dos dados nos permite apontar que a política de saúde mental na contemporaneidade exige uma reflexão crítica para delinear com clareza as tendências postas em um contexto de transformações societárias no marco de uma crise estrutural do capital. A análise do real tem nos mostrado que as saídas capitalistas em momento de crise e processo de contrarreformas têm levado à reatualização das práticas manicomiais, com novas roupagens, em um *mix* de passado e presente, traços esses marcantes na realidade brasileira.

Palavras-chave: Contrarreforma do Estado Brasileiro. Política de Saúde Mental. Tendências Contemporâneas

ABSTRACT

This dissertation intends to analyze the national policy of mental health in the process of counterreform of the Brazilian State, expressing the tendencies that present themselves in contemporaneity, specifically in the government of Michel Temer. It is evident from the 1990s and continuity in the years 2000 a counter-reform of the Brazilian State that despite different conjunctures the constitutive elements are dialectically incorporated, with implications for social policies, with emphasis on mental health policy. Given the contemporary scenario, the process of counterreform in the field of mental health is regressive and in turn promotes the dismantling of the Psychiatric Reform. The theoretical-methodological foundation of this research finds its basis in the dialectical reason of critical social theory, since it allows the analysis of mental health policy in an ontological, critical and historical perspective of reality. In order to undertake the study, we structured the research process in a bibliographic and documentary study. Data analysis shows three trends in mental health policy in Michel Temer's government: a) Creation of the Mental Health Outpatient Network - a mix of past and present; b) the "resurgence" of the Psychiatric Hospital - revisiting a recent past; and c) the Therapeutic Communities - inclusion as a health service. The treatment and analysis of the data allow us to point out that contemporary mental health policy requires a critical reflection to clearly delineate the tendencies placed in a context of societal transformations in the context of a structural crisis of capital. The analysis of the real has shown us that the capitalist outflows in times of crisis and counterreform processes have led to the re-actualization of the manicomial practices, with new clothes, in a mix of past and present, these traits that are striking in the Brazilian reality.

Keywords: Counter-Reformation of the Brazilian State. Mental Health Policy. Contemporary Trends

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

ANS - Agência Nacional de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BM - Banco Mundial

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF - Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CNSEG - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização

CONASEN - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CSM - Centros de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares

EC - Emenda a Constituição

EUA - Estados Unidos

FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FEDPs - Fundações Estatais de Direito Privado

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

GT - Grupo de Trabalho

HUS - Hospitais Universitários Federais

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

ICANERF - Instituto Campinense de Neuropsiquiátrica e Reabilitação Funcional

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

MP - Medida Provisória

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOB- Norma Operacional Básica

NUPEPSS - Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social

OMC- Organização Mundial do Comércio

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs- Organizações Sociais

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado

PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos

PNASH/PSIQUIATRIA - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PSF - Programa de Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REME - Movimento de Renovação Médica

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UPAS - Unidades de Pronto Atendimentos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12

CAPÍTULO 2 - CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E AS INFLEXÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE 17

2.1 Crise estrutural do capital e as transformações societárias contemporâneas 17

2.2 A particularidade brasileira no contexto do capitalismo mundial 26

2.3 A contrarreforma do Estado brasileiro: o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) como elemento estratégico 30

2.4 A Política Nacional de Saúde no contexto de contrarreforma 34

CAPÍTULO 3 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA 49

3.1 Reforma Psiquiátrica: a trajetória dos principais movimentos a nível mundial 49

3.2 A trajetória da política de saúde mental no Brasil : a consolidação do manicômio 55

3.3 A Reforma Psiquiatra no solo brasileiro 60

3.4 A construção da Rede de Saúde Mental e as novas formas de tratamento: um processo em permanente construção 64

CAPÍTULO 4 - AS TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO GOVERNO DE MICHEL TEMER 72

4.1 A Política Nacional de Saúde Mental no governo de Michel Temer 72

4.2 A Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental: um *mix* de passado e presente 77

4.3 O "ressurgimento" do Hospital Psiquiátrico: revisitando um passado recente 84

4.4 As Comunidades Terapêuticas: inclusão como serviço de saúde 88

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 95

REFERÊNCIAS 98

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado aborda no processo de contrarreforma do Estado brasileiro a política nacional de saúde mental, expressando as tendências que se apresentam na contemporaneidade.

É importante destacar que a escolha do presente objeto de investigação, e consequente aproximação teórica, não foi uma opção casual. O interesse e aproximação pela temática que envolve a política de saúde mental perpassa toda uma trajetória acadêmica, abrangendo desde a iniciação cientifica, realizada no decorrer do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como também pela inserção em campo de estágio, especializações Lato Sensu e também pela experiência profissional.

Outro aspecto fundamental que somou elementos ao interesse pela temática é a importante contribuição subsidiada pela inserção no Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) da UEPB e inserção/militância no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização, seccional de Campina Grande/ Paraíba.

Para além da aproximação no processo da formação, destaca-se a atuação profissional na área da saúde desde 2011, enquanto Assistente Social, exercendo a função de Coordenadora da equipe Multidisciplinar, no Hemocentro Regional de Campina Grande (2011- 2015). Especificamente na saúde mental, desde 2013 como funcionária efetiva, no Complexo Hospitalar Tarcísio Buriti, na Urgência Psiquiátrica do Estado da Paraíba, na cidade de João Pessoa, que tem nos instigado a buscar apreender as gradativas mudanças ocorridas na política de saúde mental.

Evidenciamos que o presente trabalho aborda para uma investigação da política de saúde mental na contemporaneidade. Dessa forma são urgentes e necessárias pesquisas que apresentem as interfaces da política, as contradições, e por conseguinte as tendências. Assim sendo, o presente objeto de estudo se justifica e toma relevância científica, teórica e política por discutir os ataques mais atuais na referida política.

Na contemporaneidade, vivenciamos na política de saúde, um desmonte de direitos conquistados pela Reforma Sanitária Brasileira[1] (RSB), cujas principais bandeiras foram incorporadas na Constituição Federal (CF) de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS).

[1] Esta reforma foi constituída por intelectuais, profissionais de saúde, sindicatos, movimentos estudantis e religiosos que se reuniram na época em que o Brasil estava sob o regime da ditadura militar. A RSB possuía uma nova forma de pensar a saúde, trazendo uma perspectiva de atenção integral a necessidades da saúde da população (SILVA, 2013).

Esses retrocessos ocorrem através de um projeto idealizado pelo grande capital, caracterizado pela privatização e mercantilização da saúde, por meio de legislações reiteradas no Congresso Nacional e que ferem a Lei Magna.

Segundo Correia (2015) os desafios para consolidação do SUS estão diretamente relacionados aos interesses do capital em expandir-se através das políticas sociais públicas. O SUS é um dos maiores sistemas público de saúde existentes, resultado de processo de lutas sociais, no momento histórico de redemocratização do Brasil na década de 1980. Entretanto, algumas das conquistas concretizadas na política de saúde estão sendo fortemente atacados. Ao invés da progressiva estatização da saúde, houve um processo de privatização, materializado através da compra de serviços privados de saúde pelo setor público, e pela entrega de unidades e serviços públicos as entidades privadas.

Os efeitos desse processo são resultados da crise estrutural do capital, que nos países de capitalismo cêntrico se apresentam a partir da década de 1970, implicando no ajuste neoliberal, que no Brasil passa ser implementado na década de 1990. O receituário neoliberal foi intensificado no Brasil através da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Estado[2] (PDRE), em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-1998; 1999-2002), cuja estratégia do grande capital busca medidas para reduzir a intervenção do Estado, sobretudo através da privatização dos serviços sociais.

De acordo com Correia (2015) o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista para atender aos ditames do grande capital, através das orientações dos organismos multilaterais, com destaque para o Banco Mundial (BM).

Nesse sentindo, vivenciamos um processo de contrarreforma na política de saúde, nela inclusa a política de saúde mental, um movimento linear, subsequente e amplo. Aconteceu e acontece apresentando traços de continuidades, rupturas e retorno as características do passado, em um mix de passado e presente, com as especificidades de cada governo. Diante

[2] O plano foi desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995, sob a tutela do então Ministro Bresser Pereira. Apresentava como justificativa uma reforma na administração pública brasileira devido à crise em que se encontrava o pais De acordo com a apresentação do plano, este buscaria reconstruir a administração pública. Pautada em bases modernas e racionais, tencionando extirpar vícios como o patrimonialismo gerencial, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle de resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, este posto como "cliente privilegiado" dos serviços estatais. Nestas perspectivas, o Estado deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento bem como promoveria uma descentralização – para o setor público não-estatal dos serviços que devem ser subsidiados pelo Estado. O Plano elencava como tais serviços: educação, saúde, cultura e a pesquisa científica (BRASIL, 1995).

do cenário contemporâneo, é notório as perdas dos direitos sociais conquistados ao longo dos anos e do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

A política de saúde mental está em uma encruzilhada histórica, onde seus trintas anos de construção estão sobre forte ameaça. Atualmente estamos em um estágio de desconfiguração, marcado por retrocessos e destruição das conquistas da reforma psiquiátrica.

Na sequência histórica desse processo a presente discussão dará ênfase as recentes alterações na política de saúde, na particularidade da saúde mental nos dois anos de Governo Michel Temer. O referido governo apresenta desde o início uma flagrante aceleração e intensificação do neoliberalismo que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurado uma nova e acentuada fase no processo de contrarreforma que atingem diretamente a totalidade das políticas sociais.

É com o decurso do golpe e do governo Michel Temer, que a contrarreforma do Estado Brasileiro, e precisamente na política de saúde mental, entra em uma nova fase de explicitação, apresentando um conjunto de proposições e alterações que configuram a maior e mais grave ofensiva sofrida desde o movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil.

Para Dias (2007) a Reforma Psiquiátrica está em processo, e com imensos desafios a serem superados. Esse contexto é propicio a captura dos ideários de luta pela transformação da atenção em saúde mental, como justificadora de redução e precarização da oferta de serviços, conforme vem se delineou no Governo Michel Temer.

No referido governo os retrocessos caminharam a passos largos na política de saúde mental, pelos quais se destacam a Resolução nº 32/2017 e a Portaria 3.588/2017 aprovadas sem discussão da sociedade civil, e que impõe sérios retrocessos no tratamento de pacientes com transtornos mentais e a usuários de álcool e drogas. Dentre as várias alterações destacamos o retorno da internação de pessoas com transtornos em hospitais psiquiátricos.

Portanto, motivado pelo desafio de desvelar essas alterações recentes e diante das considerações acima expostas, partimos de um questionamento que orientou nossa proposta de investigação e nos direcionou aos objetivos do estudo, a saber:

- Como vem ocorrendo o processo de contrarreforma na política nacional de saúde mental no Brasil no governo Michel Temer, e quais as tendências contemporâneas da citada política?

Partindo dessa indagação, delimitou-se como objetivo geral do estudo, analisar no processo de contrarreforma do Estado brasileiro, as tendências contemporâneas da política

nacional de saúde mental Governo Michel Temer. E como objetivos específicos: apreender o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, e suas inflexões na política nacional de saúde mental; identificar as tendências contemporâneas da política nacional de saúde mental nos Governo Michel Temer

Tal conjuntura revela que na contemporaneidade, o processo de contrarreforma na política de saúde mental está em plena efervescência. Dessa forma na tentativa de apreender o presente objeto de estudo, através de aproximações sucessivas com leituras críticas desses processos, a presente discussão tem como eixos norteadores de análise, a crise capitalista, a contrarreforma do Estado brasileiro e o processo de contrarreforma na política nacional de saúde mental.

Para tanto, a fundamentação teórica metodológica do estudo encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, que permite apreender o fenômeno estudado em uma abordagem ontológica e histórica da realidade, buscando uma aproximação com o objeto em sua essência, ultrapassando sua aparência fenomênica. Para Marx, a grande função da ciência não é "apenas a descoberta da essência de relações obscurecidas por suas aparências superficiais, mas também a explicação dessas aparências [...]", (MANDEL, 1985, p. 08).

Desse modo, o método crítico dialético e suas categorias de análise, como contradição, mediação e totalidade fornecem a compreensão dos aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que permeiam nosso objeto de pesquisa.

O processo de apropriação do objeto agregou dados da revisão bibliográfica e exigiu uma análise documental, que possibilitaram uma interlocução concreta com a política de saúde mental. A análise documental foi realizada a partir de levantamento e análise de leis, portarias, e relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde. Para tanto, elegemos como fundamentais para desvelamento das tendências contemporâneas da política de saúde mental a Lei n º 10216/2001, a resolução nº 32/2017 e a portaria 3588/2017. O lapso temporal da pesquisa compreendeu 02 (dois) anos do governo Michel Temer.

Procedida a investigação e a análise dos dados coletados, a sistematização e exposição foi estruturando em quatro capítulos e considerações finais.

O capítulo I aborda a Introdução.

O capítulo II apresenta uma primeira aproximação com os principais conceitos e categorias do objeto de estudo: crise estrutural do capital e suas transformações societárias contemporâneas, abrangendo a particularidade brasileira, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, enfatizando o PDRE e as implicações desse processo de contrarreforma na

política de saúde. Tal discussão é ponto de partida para apreender a política nacional de saúde mental.

O capítulo III expõe uma breve retrospectiva acerca dos principais movimentos reformistas a nível mundial, a trajetória da política de saúde mental no Brasil, abordando o movimento de Reforma Psiquiátrica, e a construção da Rede de Saúde Mental no país.

O capítulo IV apresenta as tendências contemporâneas da política de saúde mental na contemporaneidade, a saber: a criação da rede de ambulatório de Saúde Mental: um mix de passado e presente; o "ressurgimento" do hospital psiquiátrico: revisitando um passado recente; as comunidades terapêuticas: inclusão como serviço de saúde.

Por fim, nas considerações finais, sinalizamos que a política de saúde mental vivencia um estágio de total desconstrução dos princípios da Reforma Psiquiátrica. O que a análise do real tem nos mostrado é que a saída capitalista em momentos de crises tem levado a reatualização das práticas manicomiais.

A presente exposição busca colaborar com as discussões acerca das tendências da política nacional de saúde mental, particularmente na contemporaneidade. Tornando-se um instrumento na produção de conhecimento que possa fornecer elementos para aprofundar os estudos subsequentes e que tem uma função social clara que é instrumentalizar os sujeitos a partir de bases teóricas sólidas na tentativa de modificar o real.

CAPÍTULO 2 - CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E AS INFLEXÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Tendo em vista que nossas análises partem da perspectiva de totalidade social, faz-se necessário situar o presente objeto de estudo no contexto das transformações societárias contemporâneas. O que implica apreender a crise contemporânea do sistema capitalista, enfatizando a particularidade no Brasil; as atuais requisições do capital para o seu movimento de restauração; o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, e as implicações para as políticas sociais, com ênfase na política de saúde.

Entendemos que a política nacional de saúde mental não pode ser apreendida desarticulada da política de saúde brasileira, pois a ela se integra. Isso permite para situar as tendências contemporâneas da política de saúde mental na contemporaneidade.

Deste modo, no presente capítulo sintetizamos argumentos que permitam a aproximação e a relação da totalidade social com a particularidade do presente objeto de estudo, com vista a compreender o chão histórico concreto em que se situa, e assim permita a sua devida apreensão.

2.1 Crise estrutural do capital e as transformações societárias contemporâneas

O debate sobre a crise estrutura do capital tem possibilitado a reflexão sobre a dinâmica contraditória do sistema capitalista, entendemos que as mesmas são intrínsecas ao sistema, nesse sentindo destacamos que a crise contemporânea assume uma dimensão diferenciada das antepassadas.

Torna-se de fundamental importância lembrar que o cerne das crises do capitalismo está diretamente relacionado a própria mola propulsora do sistema em que a riqueza socialmente produzida é apropriada e acumulada por uma minoria detentora dos meios de produção (MARX, 2011).

Em conformidade, Mészáros (2011) aponta que as contradições do sistema impulsionam a crise, pois o capital tem um sociometabolismo incontrolável, dessa forma a questão da crise persiste: a incontrolabilidade do capital. Vejamos como essa incontroabilidade desenvolve-se na história do sistema capitalista.

A história real e concreta do modo de produção capitalista comprova que as crises são constitutivas ao modelo de organização econômica do sistema capitalista.Dessa forma não

pode ser apreendida como um acidente de percurso, como algo aleatório, um acontecimento independente do movimento do capital, não assume a característica de uma enfermidade que necessita de remédios paliativos para ser suprimida. Conforme Netto e Braz (2008, p. 157), "a crise é constitutiva do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise".

Assim, as crises apresentam diferenciações no tocante as sociedades pré-capitalistas e as capitalistas. Nas primeiras, evidenciamos alterações na produção que acarretam empobrecimento e miséria, devido ao baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas, ocasionados por desastre naturais e catástrofes sociais, por consequência desse processo, temos uma diminuição ou até mesmo uma carência generalizada dos bens necessários a vida social, essas crises são designadas como crises de subprodução de valores de uso. Por sua vez, nas sociedades capitalistas as crises são inteiramente diferentes, decorre da superprodução de valores de uso, ou seja, "na crise capitalista a oferta de mercadorias torna-se excessiva em relação à procura" (NETTO; BRAZ, 2008, p. 158).

De acordo com Netto e Braz (2008) a peculiaridade da sociedade capitalista está relacionada ao modo de produção que adota, a mesma é indiretamente social, ou seja, os produtos gerados devem ser validados no mercado, e essa validação que se processa através da aceitação ou rejeição abre espaços para interrupções nos ciclos produtivos, e essas interrupções prolongadas geram a depressão, a intitulada, crise.

No decorrer da história do modo de produção capitalista, registramos os episódios de várias crises. Os autores Netto e Braz (2008) registram que após a fase de interrupção do processo de acumulação, o momento posterior é de restabelecimento com características violentas das unidades do processo produtivo e de reprodução do sistema, apresentando dessa forma as bases funcionais para uma nova fase de auge, isto é para um novo ciclo econômico.

O grande episódio destacado pelos autores na fase clássica é a crise de 1929,que ficou conhecida como a crise da quebra da bolsa de Nova Iorque e/ou a grande depressão (1929 a 1932). Essa crise se alastra pelo continente, ocasionando uma brusca redução de um terço do comércio mundial. Conforme Salvador (2010):

> O corolário dessa crise é o desemprego em massa, a forte queda da renda, a queda na taxa de lucro e, com isso a perda da credibilidade dos pressupostos do liberalismo clássico (SALVADOR, 2010, p. 54).

O autor supracitado expõe dois elementos para o enfraquecimento dos argumentos do liberalismo[3] clássico. O primeiro o crescimento da luta do movimento operário, que buscava o reconhecimento de direito social e o espaço pela cidadania e o segundo elemento está relacionado a mudança do próprio sistema capitalista, a adesão ao fordismo. Esses elementos contribuíram para a luta dos trabalhadores que passaram a exercer pressão sob o capital.

De acordo com Harvey (1992) o fordismo deve ser visto muito mais como um modo de vida total do que um sistema de produção em massa. Datada de 1914, quando seu propulsor Henry Ford estabelece o dia de trabalho de oito horas e a recompensa de cinco dólares para os trabalhadores da linha de montagem de carros, em sua fábrica localizada em Michigan. É necessário enfatizar que as inovações tecnológicas e organizacionais são reproduções de tendências já estabelecidas. "Ainda assim ao fazer o trabalho chegar ao trabalhador numa posição fixa, ele atinge dramáticos ganhos de produtividade" (HARVEY, 1992, p. 121). O diferencial das ideias de Ford.

> [...] era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção de massa significa consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista (HARVEY, 1992, p121).

O trabalhador deveria adquirir disciplina para trabalhar no sistema de montagem de alta produtividade. Nessa perspectiva de trabalho, o controle do trabalhador é algo de fundamental importância. O controle do tempo de produção foi uma inovação introduzida por Frederick Taylor, o chamado taylorismo, um elemento de suma importância da produção fordista.

O fordismo só conseguiu se viabilizar após a Segunda Guerra Mundial associados com novos mecanismos de regulação e intervenção estatal, no caso o Keynesianismo[4]. Nesse contexto nos países de capitalismo avançado o capital alcança altas taxas de lucratividade, garantindo aumento dos padrões de vida da população e um ambiente estável para a manutenção dos lucros, quadro que perdura até meados de 1973/1974, quando a recessão generalizada toma a cena e, por conseguinte, a transição para um novo sistema de acumulação, a denominada acumulação flexível. Conforme Salvador (2010, p. 62):

---

[3] Liberalismo pode ser definido como um conjunto de princípios e teorias políticas que pregava a defesa da liberdade política, econômica. Sendo contrária ao forte controle do Estado nas esferas mencionadas.

[4]Keynesianismo é uma **teoria baseada nas ideias do** economista inglês **John Maynard Keynes, datada do início do século XX, a citada teorias se opõe ao Liberalismo**, pois defende a intervenção do Estado no controle da economia nacional, o mesmo assume um papel preponderante na organização de um país, com o objetivo de fazer o país atingir o pleno emprego.

> Somente com a intervenção do Estado é que o fordismo se consolidou como regime de acumulação plenamente acabado, o que ocorreu em associação com o keynesianismo, gerando um surto de forte desenvolvimento econômico em inúmeros países.

Na mesma perspectiva de análise, Harvey (1992) registra que o Estado teve que assumir novos papeis e construir novos poderes institucionais, dando origem ao Estado intervencionista, ou Estado de Bem-Estar Social[5]. De acordo com Salvador (2010, p 60) "o Estado para Keynes deveria exercer uma influência orientadora da propensão a consumir por meio do sistema tributário, pela fixação da taxa de juros e também recorrendo a outras medidas". Vale salientar que ao Estado também deve colaborar com a iniciativa privada, objetivando manter o pleno emprego.

Nesse contexto Mandel (1990) apresenta as principais funções do Estado: criar condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exército, do sistema judiciário, sistema penitenciário, entre outras instâncias, e por fim, integrar as classes dominadas, através da criação de mecanismos que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante, dessa forma " controlando" a classe explorada em meio as contradições do sistema capitalista.

Nesse período, o capitalismo aumentou consideravelmente os lucros, através da alta taxa de mais valia absoluta, resultado de dois fatores: sendo o primeiro a super exploração da classe trabalhadora, ganho esse do disciplinamento e controle proposto pelo sistema fordista, e o segundo está relacionado aos ganhos da terceira revolução tecnológica, como pré-condição técnica material para o crescimento das forças produtivas.

Mandel (1990), em suas análises, registra que a expansão nos anos de ouro pós 1945 começa a dá sinal de esgotamento em meados de 1960, anunciando um longo período de estagnação. O citado autor parte do princípio da crítica marxiana da economia que não existe produção sem perturbações, ou seja, não se configura tendência de equilíbrio no capitalismo. É nessa mesma perspectiva de análises que Mészáros (2011), ao citar que a determinação mais profunda do sistema do capital é orientada para a expansão e movido pela acumulação. "Essa determinação consiste ao mesmo tempo e em um dinamismo antes inimaginável e uma deficiência fatídica" (MÉSZÁROS, 2011, p. 100). A presente análise revela que a própria

[5] Estado de Bem-Estar Social nomeia um Estado com uma determinação específica de regulação estatal na área social e econômica, com características assistenciais, com uma responsabilidade na manutenção da vida dos cidadãos, através de: regulação da economia de mercado com o objetivo de aumentar o nível de emprego; e a prestação publica de serviço sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

sobrevivência das relações de produção está ameaçada, devido ao tentar impor controle a um sistema que é incontrolável desde sua essência, e que possui uma contradição fundante, a saber: socialização crescente do capital e apropriação privada. Dialeticamente na mesma proporção que surge a expansão do capital, evidenciamos os problemas e as contradições a ele inerentes.

Nesta direção, a crise contemporânea do capital, que como as demais crises próprias do /sistema capitalista, consiste em uma crise clássica de superprodução capitalista, datada de meados de 1973/1974. Mandel (1990), sobre a crise em pauta, evidencia que a mesma assume características depressivas, e que deve ser apreendida dentro de um contexto que envolve elementos tais como: uma clássica crise de superprodução; uma nítida combinação da crise clássica de superprodução com a mudança brusca da onda longa, desde meados de 1960; uma nova fase da crise do sistema imperialista; uma crise social e política agravada nos países imperialistas e, por fim, o somatório desses elementos levam a uma profunda crise estrutural da sociedade burguesa, que incidem em todas as relações sociais burguesas.

Até o presente marco temporal da crise de 1973/1974, os ciclos econômicos[6] marcam um período cíclico, ou seja, o lapso temporal entre um episódio de interrupção do processo produtivo e outro são mais espaçados A crise que se apresenta a partir dos anos de 1973/1974, assume características para além das anteriores, não são mais cíclicas como mencionadas anteriormente, trata-se de uma crise endêmica e crônica, com perspectiva de uma profunda crise estrutural. Umas das produções mais substanciais sobre a crise é do filósofo húngaro István Mészáros que trabalha com o conceito de crise estrutural do capital.

Conforme destaca Mészáros (2011), a crise que eclode, a partir da década de 1970, possui caráter estrutural por apresentar alguns elementos que a diferencia das anteriores, a saber, o primeiro é que a presente crise assume um caráter universal, em lugar de restrito a uma esfera em particular. As mudanças desencadeadas não ficam restritos aos espaços econômicos, alastram-se pelos demais espaços:

[6] Os ciclos econômicos são divididos em quatro fases, a saber; crise pode ser deflagrada por um incidente econômico ou político qualquer, resultando na queda abrupta de operações comerciais, que são reduzidas de maneira significativas. As mercadorias não são vendidas e reduz-se ou estaciona a produção; depressão, conservam-se as características das fases anteriores, as empresas buscam absorver mercados e fontes de matérias primas, gerando concorrência e apontam para a possibilidade de retomada, a partir de estímulos à produção; retomada empresas menores que não resistem a esse processo são incorporadas por outras maiores, as quais começam a produzir mais, a produção retoma aos níveis anteriores a crise e seguindo para a última fase do ciclo e por fim a última fase o auge) os capitalistas investem nas suas empresas conforme a concorrência, ampliando largamente a produção: maiores quantidades de mercadorias são postas no mercado, e isso gera certa animação no âmbito econômico – até que outro detonador se anuncia subitamente, demonstrando que o mercado está tomado de mercadorias que não se realizam, reiniciando o ciclo (NETTO; BRAZ, 2008).

> Uma crise que afeta o sistema do capital global não apenas em um de seus aspectos - o financeiro/monetário, por exemplo – mas em todas as suas dimensões fundamentais, ao colocar em questão a sua viabilidade como sistema reprodutivo social (MÉSZÁROS, 2011, p. 101).

O autor mencionado enfatiza que o diferencial da crise, que eclode a partir da década de 1970, estar ligado ao seu caráter universal, pois abrange todas as esferas da vida social, com implicações nos espaços sociais, políticos e econômicos, assumindo o perfil de "uma crise estrutural que afeta a totalidade de um complexo social em todas as suas relações com suas partes constitutivas ou sub complexos" (MÉSZÁROS, 2011, p. 101).

O segundo é que seu alcance é verdadeiramente global, no sentido mais literal e ameaçador do termo, em lugar de limitado a um conjunto particular de países (como foram todas as crises do passado) espalha-se pelo continente. O terceiro argumento é que sua escala de tempo é extensa, contínua, se preferir, permanente, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital.

E, por fim, o quarto argumento é que em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu modo de desdobrar poderia ser chamado de rastejante, desde que acrescentemos a ressalva de que nem se quer as convulsões mais veementes e violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na "administração da crise" e no deslocamento mais ou menos temporário das crescentes contradições perdem sua energia(MÉSZÁROS, 2011, p.795-796).

Para Antunes (2007) os traços preponderantes desse momento de crise, dentre outros, são: o crescimento exponencial da esfera financeira em detrimento do capital produtivo, maior concentração de capitais em decorrência das fusões entre as empresas, crise do Estado de Bem-Estar Social, e a consequente necessidade de diminuir gastos públicos e valorização do capital privado.

Dessa forma, a dinâmica entre o processo de crise e a restauração do capital tem nítidas incidências nas relações sociais e implica o redirecionamento da intervenção estatal, que por sua vez redefine seus mecanismos legais e institucionais, institui renovadas formas de intervenção ao que concerne as políticas sociais, legislação trabalhista e sindical. Em síntese redefine suas relações com o mercado e com a sociedade civil (MOTA, 2009).

Os somatórios dessas ponderações reafirmam o caráter destrutivo da crise estrutural do sistema capitalista. Mészáros (2011 afirma que a nova dinâmica instaurada pela crise estrutural do capitalismo, ativaram os limites absolutos do capital e coloca a sociedade

mundial perante o momento de "exaurimento das possibilidades civilizatórias do capital". Conforme o citado autor, estamos em uma fase inédita, uma fase de *continunum* depressivo sintetizado por dois fatores: sendo o primeiro o modo de produção capitalista não tem mais limites para sua expansão, acaba por converter-se numa processualidade incontrolável e destrutiva e o segundo a precarização estrutural e destruição da natureza em escala global, exigindo dessa forma respostas radicais.

Nesse sentindo o capitalismo para responder a esse novo contexto empenha-se em uma série de ajustes, recorrendo a um padrão de acumulação flexível, que tem por base a desregulamentação. A partir desse período o capital lança mão de vários mecanismos de respostas a essa crise, que são apresentados no Consenso de Washington[7] (1989).

As orientações postas pelo Consenso de Washington giram em torno de três recomendações principais, a saber: abertura econômica e comercial; aplicação da economia de mercado e controle fiscal macroeconômico. Para obtenção desse objetivo as premissas básicas lançadas são: disciplina fiscal; redução da intervenção do Estado; reforma fiscal e tributária; privatizações das empresas estatais; desregulamentação dos programas de controle da economia e das leis trabalhistas.

O Consenso de Washington assumiu um papel de "receita de bolo" para a execução do ideário neoliberal em toda América Latina. Dessa forma o conjunto dessas respostas recebeu o nome de reestruturação produtiva[8], a mesma objetivou recuperar a manutenção do padrão de acumulação do sistema capitalista. Como resposta à crise, um conjunto de mudanças começam a ser colocadas em práticas, buscando a reorganização do capital, a partir de alterações no processo produtivo, no processo de trabalho, nos mecanismos de controle da classe operária e, por fim, e não menos importante as modificações nas relações entre o Estado e a sociedade.

De forma mais contundente, a desregulamentação não permanece apenas restrita no âmbito da finança, adentra o âmbito do trabalho, através da incorporação de novas tecnologias

[7] Consenso de Washington foi um encontro datado de 1989, sediado na capital dos Estados Unidos, que reuniu membros dos países da América Latina com intelectuais do Neoliberalismo objetivando apresentar um conjunto de medidas de ajustes neoliberais para superação da crise do Estado (SALVADOR, 2010).

[8] A reestruturação produtiva é uma iniciativa inerente ao estabelecimento de um novo equilíbrio instável que tem, como exigência básica, a reorganização do papel das forças produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, tanto na esfera da produção como na das relações sociais, essa reorganização amplamente discutida na literatura expressa a estratégia utilizada pelo capital em direção ao enfrentamento da crise econômica e pode ser mapeada em dois movimentos: o primeiro está relacionada ao requisito necessário a recomposição do processo global de acumulação e tem seu lócus na reestruturação produtiva, implicando a reordenação geoeconômica das fases do ciclo global da mercadoria; e o segundo movimento diz respeito aos mecanismos sociopolíticos e institucionais, necessários a manutenção do processo de reprodução social, incidindo no âmbito da luta de classes e na relação entre ordem econômica e projeto político (MOTA, 2008).

na produção acompanhada do ecletismo das formas de organização do trabalho. Nesse contexto os bancos perdem o monopólio da criação de créditos e os grandes fundos de investimento passam a realizar operações de empréstimos as empresas. Outro elemento que alimenta a mundialização do capital é o crescimento da dívida pública "a dívida pública combina com a desigual distribuição de renda e a menor tributação das altas rendas, por razões de ordem política, fazendo com que a maior carga tributária recaia sobre os trabalhadores" (IAMAMOTO, 2008, p. 113). A descrição de forma bastante sumária dos citados elementos objetiva:

> [...] insinuar é que a mundialização financeira sob suas distintas vias de efetivação unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que vêm sendo tratados pelos intelectuais como se fossem isolados ou autônomos: a "reforma" do Estado como, tida como específica da arena política; a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e a esfera do trabalho; a questão social, reduzida aos chamados processos de exclusão e integração social. (IAMAMOTO, 2008, p.114).

Inúmeras transformações societárias são evidenciadas a partir de meados de 1970, que redesenham amplamente o perfil do capitalismo contemporâneo. De acordo com Netto (2001) esse capitalismo encontra-se em um patamar planetarizado, com traços novos e processos inéditos. As transformações no sistema capitalista não permanecem restritas aos circuitos produtivos, elas envolvem a totalidade social, configurando a sociedade tardo burguesa que emerge da restauração do capital operada desde fins dos anos 1970.

Devemos pensar na dinâmica do capitalismo atual, o que Chesnais (1996) nomeou de "mundialização do capital", o capital em todos os lugares, com grande grau de intensidade, integração e interdependência e uma grande velocidade na comunicação, com uma busca incessante por novas formas de acumulação. Dessa forma estamos diante de um novo regime de acumulação do capitalismo, a acumulação financeira.

Essa fase do sistema capitalista que configura um regime específico de dominação social e política do capital, ancorada no capital financeiro[9] e impensável sem o suporte dos Estados nacionais. Datado do século XX, esse novo ciclo de expansão do capitalismo transnacional redesenha o mapa do mundo, evidenciamos nesse novo estágio de desenvolvimento a presença de corporações transnacionais e organismos multilaterais: o Fundo Monetário Internacional[10](FMI), o Banco Mundial[11](BM) e a Organização Mundial do

[9] O capital financeiro envolve a fusão do capital bancário e industrial em condições de monopólio capitalista, redundando na concentração da produção e na fusão de bancos com a indústria (IAMAMOTO, 2008).

[10]O Fundo Monetário Internacional – é uma organização supranacional criada em 1944 pela Conferência de Bretton Woods, nos Estados Unidos. Apresenta por objetivo controlar as finanças e a economia internacional, de forma a evitar problemas econômicos. Atualmente, o FMI possui 188 países-membros, cada qual responsável

Comércio[12](OMC), a chamada "santíssima trindade do capital", assumindo o papel de portas vozes das classes dominantes em escala mundial.

"A mundialização do capital" propõe um mercado mundial unificado, baseado na homogeneização dos circuitos do capital, através da tecnologia e da multimídia, na desregulamentação na esfera financeira, no capital internacionalizado. Dessa forma as particularidades mencionadas nos processos econômicos, políticos e ideológicos, o que precisamos destacar é o protagonismo do capitalismo financeiro na presente fase de expansão monopolista, processos esses que articulados em uma perspectiva de complementaridade alimentam o crescente movimento de valorização do capital, realizando dessa forma a subsunção real da sociedade ao capital.

Chesnais (1996) ressalta a importância de não se reduzir a mundialização do capital como um fenômeno natural ou mesmo exclusivamente econômico. O capital só obteve uma ampla liberdade de ação e de movimento no plano internacional a partir de medidas legislativas operadas pelos Estados nacionais. É importante ressaltar que o Estado foi e ainda é fundamental para criar mecanismos e estratégias que possibilitam ao capital alçar vôos, desempenhando um papel essencial na reestruturação do capitalismo.

> A mundialização não suprime as funções do Estado de reproduzir os interesses institucionalizados entre as classes e grupo sociais, mas modifica as condições de seus exercícios, na medida em que aprofunda o fracionamento social e territorial. O Estado passa a presidir os grandes equilíbrios sob a vigilância estrita das instituições financeiras supranacionais consoantes a sua necessária submissão aos constrangimentos econômicos, sem que desapareçam suas funções de regulação interna (IAMAMOTO, 2008, p.121).

Em decorrência dessa crise estrutural, o capital procurou e procura estratégias no sentido de recuperar expansão anterior. Dessa forma, as mudanças acontecem na estrutura organizacional da esfera da produção.

As características do capitalismo mundializado e financeirizado podem ser sintetizadas com as seguintes implicações para a esfera da produção, quais sejam: deslocamento espacial

---

por depositar quantias em dinheiro para o fundo, de modo que aqueles que mais contribuem e detêm mais capital são aqueles que, posteriormente, poderão contrair os maiores empréstimos e também contar com um maior poder de decisão nas votações internas.

[11] O Banco Mundial foi criado no final da II Guerra Mundial para reconstruir e reconfigurar o capitalismo. Atualmente o Banco passa ao posto de maior captador transnacional de recursos do planeta, é protagonista na orientação das políticas econômicas dos Estados Latino –americanos (NETO, 2015).

[12]Organização Mundial do Comércio é uma organização criada com o objetivo de supervisionar e liberalizar o comércio internacional. A OMC surgiu oficialmente em 01 de janeiro de 1995, a organização lida com a regulamentação do comércio entre os seus países-membros; fornece uma estrutura para negociação e formalização de acordos comerciais e um processo de resolução de conflitos que visa reforçar a adesão dos participantes aos acordos da OMC, que são assinados pelos representantes dos governos dos Estados-membros e ratificados pelos parlamentos nacionais.

de capitais; produção de novos espaços de exploração capitalista; intensificação da mais valia, incorporação de novas tecnologias, ecletismo das formas de organização do trabalho, reaparecimento de formas antigas de trabalho, intensificação da competição internacional e inter regional no mercado, nas relações de trabalho e de consumo (IAMAMOTO, 2008).

Os impactos da crise estrutural do capital nas economias dependentes tiveram uma particularidade, visto que alguns países como o Brasil, não vivenciou uma conjuntura de Estado de Bem-Estar Social. Dessa forma o Brasil apresenta características diferenciadas no tocante a inserção no capitalismo mundial. Nessa perspectiva faz-se necessário compreender como se configurou a particularidade brasileira na inserção do capitalismo mundial, para que, posteriormente, possamos evidenciar o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, em especial na política de saúde, com destaque para a política de saúde mental.

2.2 A particularidade brasileira no contexto do capitalismo mundial

A processualidade da inserção do Brasil no sistema capitalista aconteceu de forma diferenciada dos demais países do capitalismo central Conseguimos dimensionar, neste vasto processo, algumas similaridades essenciais, como também evidenciamos uma gama de diferenciações, o que nos leva a considerar que existe uma particularidade brasileira, que está diretamente relacionada a formação sócio histórica econômica do país, o que, por conseguinte, determinou uma inserção particular na dinâmica capitalista diferenciada dos demais países.

O processo de mundialização do capital e, por conseguinte, as transformações societárias oriundas desse processo não escapam ao solo brasileiro. O país participa da transição de um país colonial para um país capitalista com as marcas e expressões da sua condição periférica e do nível de desenvolvimento das relações capitalistas aqui engendradas. Dessa forma, as transformações societárias processadas no Brasil estão diretamente vinculadas a forma de inserção do país no sistema capitalista mundial, e pela particularidade de sua formação sócio- histórica e econômica.

Florestan Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008) apresenta um amplo e vasto debate sobre a interpretação da formação econômica, política, social e cultural do Brasil, apresentando elementos que demonstram como a sociedade brasileira confere um trato próprio a implantação e consolidação do capitalismo em seu interior.

No tocante a formação sócio- histórica e econômica, o Brasil vincula a sua economia originária na exploração do trabalho escravo, e com todos os desdobramentos possíveis dessa especificidade econômica, o que demarca o período inicial de acumulação e inserção do país nas relações capitalista. Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008) identifica dois sujeitos protagonistas responsáveis pela revolução burguesa no Brasil, sendo os primeiros os fazendeiros de café e os segundos os imigrantes, cada qual com suas diferenciações, mas como uma grande similaridade: construtores de um Brasil Moderno. Os mesmos foram responsáveis por desencadearem grandes mudanças na ordem escravocrata, senhorial, política e econômica do Brasil:

> [...] os fazendeiros de café, apesar de seu protagonismo na consolidação da lógica do lucro e da capitalização entre nós caracteriza por um forte conservantismo político, tendo em vista a garantia de fatores de estabilidade para a continuidade da concentração de capital comercial e financeiro dentro da [...] o imigrante como agente econômico obedecia a lógica da aventura e da audácia, não projetando seus interesses no largo prazo, ou pensando-se como construtor de um novo mundo (BEHRING, 2008, p. 97).

Na busca pela construção desse Brasil Moderno, evidenciamos uma pressão estrutural promovida pela expansão do capitalismo no sentido de ajustar a economia interna aos padrões capitalista.

Dessa forma, a transição claramente não clássica para o capitalismo no Brasil, é marcada pelo surgimento da indústria e do proletariado, marcada pelo conservadorismo político de cunho mandonista e paternalista, são traços novos emergentes em um solo sem rupturas. É nessa seara de discussão que Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008, p. 98) caracteriza o drama crônico típico do capitalismo à brasileira, no qual "as impossibilidades históricas formam um círculo vicioso, que tende a repetir-se em quadros estruturais subsequentes"

Dessa forma, Behring (2008) pontua que, na busca do desenvolvimento do capitalismo no contexto brasileiro, são destacados três processos de suma importância: a incapacidade de romper com a associação dependente do exterior; a incapacidade de desagregar os setores arcaicos, e a incapacidade de superar o subdesenvolvimento gerado pela concentração de riqueza.

Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008) realiza uma periodização do desenvolvimento brasileiro em três fases subsequentes, a saber: a primeira é de eclosão de um mercado capitalista especificamente moderno, abrangendo desde a abertura dos portos até meados dos anos de 1860, permeado por um interface da economia interna com o mercado

mundial; a segunda fase é a de formação e expansão do capitalismo competitivo, abrangendo dos anos de 1860 até a década de 1950; e a terceira fase é de irrupção do capitalismo monopolista, marcada pelas operações comerciais, financeiras e industriais das grandes corporações no país, que adquire relevância nos anos de 1950 e adquire caráter estrutural após o golpe de 1964. Conforme Behring (2008, p.105) "O golpe de 1964 permite uma liberdade total de movimento, no sentindo de empreender as transformações requeridas para uma adaptação ao capitalismo monopolista".

> Nesse período pós golpe de 1964, evidenciamos uma nítida articulação entre a iniciativa privada interna e o mercado mundial, a capacidade de mobilização social e política da burguesia como classe possuidora e privilegiada; a conversão do Estado em eixo estratégico da reconstituição do poder burguês (BEHRING,2008, p.105).

É nesses marcos que o capitalismo monopolista no Brasil se dá *via autocracia burguesa,*[13] na visão tecnocrática da democracia restrita, oriundo da interface da iniciativa privada e mercado mundial, em um contexto especifico, no pós 1964, articulando elementos de um governo forte, em um Estado sincrético, autocrático e oligárquico.

Behring (2008) complementa ainda que nesse trânsito para o capitalismo monopolista algumas marcas permanecem intactas que são: dissociação pragmática entre capitalismo e democracia; extrema concentração de riqueza; a drenagem para o exterior de significativa parcela do excedente econômico, persistência de formas pré-capitalista de trabalho; elementos esses conjugados que causam um desenvolvimento desigual interno e dominação imperialista externa. Nesse processo o Estado não é uma peça contingente, adquire um papel de extrema importância, suas funções são estratégicas no processo de adaptação as demandas do capitalismo monopolista. Assim, para Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008, p.106), o Estado:

> [...] adquire estruturas e funções capitalistas, avançando, através delas, pelo terreno do despotismo político, não para servir aos interesses gerais ou reais da Nação, decorrentes da intensificação da revolução nacional. Porém para satisfazer o consenso burguês, do qual se tornou instrumental, e para dar visibilidade histórica ao desenvolvimento extremista, a verdadeira moléstia infantil do capitalismo monopolista na periferia Fernandes

Na mesma trilha argumentativa Netto (1996) expõem que o Estado torna-se necessário no padrão de desenvolvimento dependente e associado, para operar a criação no espaço nacional, das condições ótimas nas circunstâncias brasileiras, para a concentração e

[13] Termo desenvolvido por Florestan Fernandes em sua obra clássica A Revolução Burguesa no Brasil, para se referir a um traço estrutural do Estado brasileiro: uma burguesia no poder que se coloca como sócia do imperialismo dos países de capitalismo central.

centralização de capital. Ao analisar criticamente esse período pós 1964, o referido autor utiliza o termo modernização conservadora apresenta finalidades claras de acentuar o poder de concentração e centralização, bem como favorecer o capital estrangeiro, e as suas principais características são:

> [...] a internalização e a territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizados no mercado interno e direcionados desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada apesar de muito complexo; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais[...] (NETTO, 2010, p.32).

É necessário destacar que não objetivamos esgotar o debate do processo de instituição e por conseguinte das consequências da autocracia burguesa no Brasil, mas é de fundamental importância discernir essa particularidade inerente a formação social e econômica brasileira afim de subsidiar elementos para o entendimento da constituição da política de saúde mental no Brasil. Netto (1996) afirma que a particularidade brasileira impõe a esse projeto feições singulares:

> [...] Não há, aqui, um Welfare State a destruir; a efetividade dos direitos sociais é residual; não há "gorduras" nos gastos sociais de um país com os indicadores sociais que temos – indicadores absurdamente assimétricos á indicadores sociais que temos- indicadores absurdamente assimétricos a capacidade industrial instalada, a produtividade do trabalho, aos níveis de desenvolvimento dos sistemas de comunicação e as efetivas demandas e possibilidades[...] (NETTO, 1996, p. 104).

Os elementos até aqui pontuados particularizam a sociedade brasileira, consequentemente mediante as características apresentadas, evidencia-se que os rebatimentos da crise estrutural e as medidas de contenção são sentidas de forma mais profunda e regressiva nos países de capitalismo periférico, a exemplo do Brasil.

É no contexto de reestruturação produtiva, que torna-se ainda mais claro e indiscutível a distância entre a nossa configuração societária e a da ordem tardo burguesa do capitalismo cêntrico. É notório que nossa sociedade passa a vivenciar as transformações societárias em curso, e as mesmas vão se processando em um mix de passado, presente e futuro, interligados em uma mesma face. Fernandes (1987, apud BEHRING, 2008, p. 108) afirma que a sociedade brasileira vivencia um mito:

> Esse mito impõem um vínculo interno com o passado como origem, isto é, com um passado que não cessa nunca, que se conserva perenemente presente e, por isso mesmo, não permite o trabalho da diferença temporal e da compreensão do presente enquanto tal. Um mito fundador é aquele que não cessa de encontrar novos meios para exprimir-se, novas linguagens, novos valores e ideias, de tal modo que, quanto mais parece ser outra coisa, tanto mais é a repetição de si mesmo.

Nesta perspectiva, Behring (2008) reitera vários componentes desse mito, dos quais destaca, o autoritarismo no Estado e na sociedade, a cultura senhorial, o patrimonialismo, o clientelismo, a privatização do público, a tutela e o favor. A classe dominante brasileira é altamente eficaz para bloquear a esfera pública das ações sociais e da opinião como expressão dos interesses e direitos de grupos e classes sociais diferentes e antagônicos.

Nesse sentido, consideramos importante compreender a lógica que acompanha a contrarreforma do Estado Brasileiro, apontando os contornos assumidos pela política nacional de saúde, em especial aquela que conduz o eixo de análise deste estudo, a política de saúde mental. Tema que daremos ênfase nos tópicos que seguem.

2.3 A contrarreforma do Estado brasileiro: o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) como elemento estratégico

No Brasil, a crise estrutural do capital, cujos desdobramentos são sentidos com mais intensidade a partir de 1990, solicitou como resposta um conjunto de proposições de cariz neoliberal, que passam a questionar o tamanho e atribuições do Estado. Essas proposições trazem implicações através de ações regressivas nas políticas sociais, incluindo a política de saúde mental.

No tocante ao ideário neoliberal, concordamos com o posicionamento de Bóron (2009) ao expor que o neoliberalismo representa a ideologia da reestruturação do capitalismo em escala mundial, que tem procurado se tornar senso comum do nosso tempo e tem uma variação na sua forma e na sua prática de acordo com as especificidades de cada região.

Para Therbon (1995), o neoliberalismo representa um projeto coerente e uma teoria vinculada a crise do capitalismo, ou seja, constitui uma teoria que, conectada a uma nova dinâmica, tanto tecnológica e gerencial quanto financeira, dos mercados e da competição, defende que a transformação no modo de produção e das relações é necessária para a superação da crise do capitalismo.

Anderson (2000) apresenta um balanço do neoliberalismo na América Latina, para ele, economicamente fracassou, pelo fato de não ter, nenhuma revitalização do capitalismo. Contraditoriamente, o neoliberalismo atingiu a maioria dos seus objetivos na área social, criando sociedades marcadamente desiguais. No campo ideo-político, o neoliberalismo alcançou êxito por ter disseminado a simples ideia de que não há alternativas para os seus

princípios, e que todos têm que se adaptar as suas normas, ou seja, implementar os modelos gerenciais propostos.

No tocante ao Brasil, o país adentra a década de 1990, com uma sociedade recém-saída de um regime militar e vivenciando um processo de redemocratização, com um forte avanço do ideário neoliberal. Dialeticamente, o Brasil vivenciou a crise capitalista, e por conseguinte uma reorganização e adoção de novas propostas do papel do Estado por diferentes governos, com o objetivo de se adequar às novas exigências do capital. Dessa forma, o debate acerca do tamanho do Estado passa a ser elemento central. Dissemina-se a urgência de uma "reforma[14]" do Estado, amparada no argumento de que a crise econômica e social vivida pelo país estava localizada no Estado intervencionista. Sendo assim:

> Ao Estado cabe um papel coordenador suplementar. Se a crise se localizava na insolvência do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, há que reformar o Estado, tendo em vista recuperar a governabilidade (legitimidade) e a governança (capacidade financeira e administrativa de governar) (BEHRING, 2008, p. 173).

Nesse contexto, encontra-se o solo fértil da era das "reformas" orientadas para o mercado. A mesma objetivava reformar o Estado, com ênfase especial nas privatizações[15] e na diminuição dos direitos previdenciários, em um nítido ataque as conquistas no âmbito da Seguridade Social.

O principal documento orientador dessa "reforma no Brasil" foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995)[16]. O mesmo foi desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995, sob a tutela do intelectual orgânico Ministro Bresser Pereira[17].

---

[14] A palavra reforma sempre esteve organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por consequência, assumiu na linguagem política uma conotação progressista. O que antes significava ampliação de direitos, proteção social, agora quer dizer cortes, supressão desses direitos. Nesse momento não há espaço para aprofundamento de direitos sociais, mas de sua eliminação, de negação das reformas já conquistada pelas classes subalternas.

[15] As privatizações juntamente com a liberalização do mercado são o mantra do movimento neoliberal.

[16] O Plano Diretor da Reforma do Estado foi aprovado depois de uma ampla discussão pela Câmara da Reforma do Estado, em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida, foi submetida ao Presidente da República, que o aprovou em novembro do corrente ano.

[17] Professor emérito da Escola de Economia de São Paulo. É presidente do Centro de Economia Política e editor da Revista de Economia Política desde 1981. Doutor e livre docente em economia pela Universidade de São Paulo. Foi professor visitante de desenvolvimento econômico na Universidade de Paris I (1978), e de teoria política no Departamento de Ciência Política da USP (2002/03). Foi também visitante da Oxford University (1999 e 2001) e do Instituto de Estudos Avançados da USP (1989). Desde 2003, oferece regulamente um seminário de um mês na Écoled'Hautes Études em Sciences Sociales, em Paris. Em 2010 recebeu o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Buenos Aires. Foi Ministro da Fazenda (José Sarney - 1985/1990), Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, e da Ciência e Tecnologia (FHC - 1995/1999/1º mandato).

É necessário enfatizar que para o alcance do objetivo proposto pela citada "reforma" é de suma importância à função dos intelectuais orgânicos. Bresser apresentava como justificativa uma reforma na administração pública brasileira devido à crise em que se encontrava o país. De acordo com o PDRE, o modelo de desenvolvimento adotado pelos governos anteriores, que buscavam a intervenção efetiva estatal no setor produtivo, é ineficaz economicamente e socialmente. O Estado se sobrecarregava com demandas excessivas, sobretudo na área social e causava deterioração dos serviços. A partir desses elementos a orientação seria instrumentalizar a reforma do aparelho do Estado.

Para a execução do PDRE o Estado passou a ser concebido com quatro setores fundamentais: o Núcleo Estratégico que formula políticas públicas, legisla e controla sua execução, composto pelos três poderes; o Setor de Atividades Exclusivas, onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar, a exemplo da previdência básica, educação básica, segurança e outros; o Setor de Serviços Não- Exclusivos, onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não- estatais e privadas, como as universidades, hospitais, centros de pesquisas e museus; e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado, a exemplo de empresas não assumidas pelo capital privado (BRASIL, 1995).

De acordo com a apresentação do PDRE, este buscaria reconstruir a administração pública. Pautada em bases modernas e racionais, tencionando extirpar vícios como o patrimonialismo gerencial, "[...] baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle de resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão [...]" (BRASIL, 1995; p. 07), esse posto como "cliente privilegiado" dos serviços estatais.

Com a finalidade de justificar a sua adoção, esse modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido por promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público (BRASIL, 1995). Nessa perspectiva, essa reforma no Brasil significaria, fundamentalmente, conforme seus defensores, a introdução, na administração pública, de uma cultura e de técnicas gerenciais modernas voltadas para o uso eficaz e eficiente dos recursos.

Nesta perspectiva, o Estado deixaria de ser "[...] o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento" (BRASIL, 1995; p.12), bem como promoveria uma descentralização – para o setor público não-estatal dos serviços que devem ser subsidiados pelo Estado. O Plano elencava como tais serviços: educação, saúde,

cultura e a pesquisa científica. Denominava esta ação de Publicização[18] (BRASIL, 1995, p. 13).

Nesse sentido, foi defendido que o Estado deveria ser um agente estimulador, coordenador e financiador de políticas públicas e deixaria de ser produtor dos serviços (REZENDE, 2008), ou seja, através do fundo público, seria um agente financiador para o capital. Nessa proposta foram apresentadas como metas os seguintes pontos (BRASIL,1995), cuja implantação foi considerada inadiável:

> 1) Ajuste fiscal duradouro; 2) Reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a consequência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; 3). Reforma da previdência social; 4) inovação dos instrumentos de políticas sociais, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e 5) Reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar, de forma eficiente, políticas públicas (BRASI, 1995, p.11).

Inúmeros elementos são destacados para operacionalizar e dar sustentação ao PDRE/MARE, dentre os quais: o ajuste fiscal, que iria devolver ao Estado a capacidade de definir e implementar políticas públicas; o abandono da estratégia protecionista pelo Estado e substituição de importações; implantação do programa de privatizações , que transferia o processo da produção para o setor privado pela implantação de um programa de publicização, o qual permitiria ao setor público não estatal a produção dos serviços competitivos ou não exclusivos do Estado e estabeleceria um sistema de parceria com a sociedade para seu financiamento e controle. A "reforma" do Estado visava introduzir essas modificações através da adoção de dois projetos, a saber: projetos básicos e projetos adicionais.

Sobre o termo reforma, adotamos a perspectiva assumida por Behring e Boschetti (2007). As autoras destacam que este termo é utilizado indevidamente pelos neoliberais. Partimos da perspectiva que:

> [...] se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentindo, suas consequências sociais e sua direção sócio histórica (BERHING; BOSCHETTI, 2007, p.149).

Assim, o termo utilizado, que cabe perfeitamente nas ações do governo neoliberal, é contrarreforma. Utiliza-se o termo "contrarreforma", pois a mesma vai na direção de

[18] Através do Programa de Publicização, que delimitava a transferência da produção de serviços e a gestão do SUS para o denominado setor público não – estatal, as autarquias e fundações públicas seriam transformadas em Organizações Sociais, isto é, entidades de direito privados sem fins lucrativos, que teriam por autorização legal direito a dotação orçamentária, condicionada essa à celebração de contratos de gestão com o Poder Executivo (CORREIA, 2011).

supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. De acordo com Behring e Boschetti (2007) do lapso temporal de 1990 até os dias atuais tem sido de contrarreforma do Estado e de redirecionamento das conquistas de 1988, atingindo diretamente as políticas sociais. Soares também assevera que

> A ofensiva capitalista em busca de novos ninhos para a retomada de sua acumulação vem ditando as contrarreformas nos Estados nacionais, especialmente nos países periféricos e redefinindo a atuação do Estado, a fim de atender as requisições do grande capital, tendo como uma de suas consequências o desmonte das políticas sociais (SOARES, 2015, p.95).

Como já afirmado anteriormente a partir das reflexões de Berhing (2008) que evidencia a particularidade brasileira no processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, destacando os elementos presente em tal conjuntura, a saber: o autoritarismo no Estado e na sociedade, a cultura senhorial, o patrimonialismo, o clientelismo, a privatização do público, a tutela, o favor, os citados elementos estarão presentes nos projetos elaborados pelas contrarreformas dos governos subsequentes, cada qual com suas especificidades, como veremos adiante.

Se remeter as proposições do PDRE /MARE é fundamental a fim de compreender o que ocorre na realidade brasileira, a partir da década de 1990 e nas décadas subsequentes. Concordamos com Behring (2008), quando afirma que, no Brasil, a contrarreforma do Estado foi de natureza regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática. Ressaltamos ainda que a adaptação do Estado à dinâmica própria do capitalismo contemporâneo foi destrutiva, pois não permitiu possibilidades de autonomia e fragilizou a consolidação dos direitos sociais conquistados na década de 1980.

Seguindo essa perspectiva os governos posteriores a implementação ao PDRE adotaram e adotam medidas de continuidade do desmonte das políticas de seguridade social, em especial para a política de saúde. Dessa forma, a política de saúde, tem se constituído um mercado importante para a exploração do capital. Assim no próximo item será enfatizado o processo de Contrarreforma na política nacional de saúde no Brasil.

2.4 A Política Nacional de Saúde no contexto de contrarreforma

Para uma melhor análise do processo de contrarreforma na política de saúde no Brasil em curso, faz- se necessário realizar a apreensão da conjuntura de cada momento histórico, através de suas características, seus elementos estruturantes e relaciona- lós com a estrutura

social em movimento. Conforme destaca Silva (2013)-realizar a análise da política de saúde em um dado contexto histórico, significa elencar os fenômenos, sujeitos e as contradições oriundas do processo de acumulação capitalista e as suas respectivas mediações, significa também apreender como se processa o enfretamento dos fenômenos e contradições no âmbito do Estado e da sociedade civil.

A política de saúde no Brasil apresenta três momentos distintos, sendo o primeiro o assistencialista, período anterior à década de 1930, o segundo momento o previdencialista, período após a década de 1930 e o terceiro momento o universalista, período delimitado a partir de 1988 em que a saúde passar a ser direitos de todos e dever do Estado.

Na presente elaboração teórica, dado o nosso objeto de estudo, daremos ênfase ao terceiro momento - o universalista, datado da década de 1980, período marcado por uma variedade de fenômenos políticos. Quando iniciamos a discussão da política de saúde enquanto dever do Estado e direitos de todos, estamos nos referindo diretamente aos objetivos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). É necessário enfatizar que a RSB não está conclusa e acabada a mesma é colocada na agenda política da contemporaneidade no processo de contrarreforma da política de saúde.

De acordo com Silva (2013) a RSB teve sua trajetória iniciada em 1970, com a participação de intelectuais, profissionais da saúde, estudantes, sindicatos, parlamentares de esquerda, segmentos da classe social e diversos movimentos sociais. Esse grupo incentivou especialmente o âmbito acadêmico, recebendo forte influência da Reforma Sanitária Italiana. O desenvolvimento das principais ideias ocorrem na década de 1980, no momento de efervescência política vivenciado no Brasil, trata-se do período de redemocratização do país e a consequente luta da população pelo acesso aos direitos sociais.

Na década de 1990, ao tempo que a RSB articulou a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde sofreu um retraimento devido à direção política e econômica neoliberal assumida pelo governo federal, nos anos subsequentes a discussão é posta novamente na agenda política pelos sujeitos políticos do movimento sanitário com a perspectiva de sua continuidade.

Paim (2008) analisa a RSB como um fenômeno histórico e social, que deve ser compreendida em um ciclo composto por ideia, proposta, projeto, movimento e processo:

> Ideia que se expressa em pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas, movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 2008, p. 36).

Para o autor supracitado a RSB não apresenta as características de uma reforma setorial, tal como sugeridas pelos organismos multilaterais e não pode ser reduzida ao Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo que esse represente alguns elementos importantes (dimensões setorial, institucional e administrativa).

É a partir dessas proposições que podemos definir a RSB com os seguintes elementos estruturantes: a) Democratização da Saúde, relacionada à consciência sanitária sobre saúde e o pleno reconhecimento do direito à saúde a todos garantido pelo Sistema Único de Saúde; b) Democratização do Estado, respeitando sua limitação federativa, garantindo a descentralização das ações e subsidiando a ética e a transparência dos governos; c) Democratização da Sociedade, que alcance os espaços organizacionais, através da produção e distribuição justa da riqueza do saber, podendo ocorrer através da adoção de uma totalidade de mudanças em torno de políticas públicas e práticas de saúde, ou através de uma reforma intelectual e moral.

Nesse contexto a política pública de saúde ganhou impulso no Brasil, devido às propostas da RSB e da crescente luta dos movimentos sociais em prol da defesa dos direitos acerca de um sistema público de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 é considerada o principal marco histórico dessa luta, visto que culminou com a aprovação de diversas propostas que influenciaram no processo da Constituinte e na inclusão da saúde entre os direitos sociais garantidos pelo Estado (GOMES, 2015).

A Constituição Federal[19] de 1988 (CF/1988) inscreve a saúde entre os direitos constitucionais fundamentais estabelecendo a saúde como direitos de todos e de responsabilidade do Estado; as ações e serviços sob responsabilidade do poder público, e as diretrizes de condução das ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único; delimitando as fontes de financiamento, e a participação complementar da atividade privada e atividades concernentes ao SUS.

Dessa forma, para operacionalizar a disposição legal da CF/1988 e tornar a saúde conforme disposto no Art. 196: "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", em 1990 foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS). O mesmo foi

[19] As constituições anteriores a de 1988 trataram a questão da saúde de maneira superficial e arbitrária, não definia competências e fonte de financiamento, a garantia de saúde era prevista apenas aos segurados da previdência social. A Constituição Federal de 1988 é tida como umas das progressistas do mundo no tocante a proteção social, na perspectiva que instituí a Seguridade Social.

regulamentado pelas Leis Nº 8080/1990[20] e Nº 8142/1990[21], nomeadas de Leis Orgânicas da Saúde, objetivando dar materialidade aos preceitos constitucionais.

Mas, dialeticamente a esse processo evidenciamos a crise estrutural do capital e consequentemente o conjunto de estratégias e respostas do capital para o seu enfrentamento Sobre o ajuste estrutural do Estado Soares (2010) enfatiza que:

> O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital neste tempo de crise (SOARES, 2010, p. 40).

No tocante a racionalidade instrumental burguesa, essa agrega elementos do ideário neoliberal, a exemplo do pragmatismo, do consumismo, e do imediatismo, próprios da estrutura social do Estado Brasileiro. Presencia-se a destinação do fundo público para financiar investimentos do capital, privatização e transformação de direitos sociais em serviços privados.

Na mesma trilha argumentativa, Santos (2015) destaca que esses elementos da racionalidade burguesa estarão presentes nos projetos elaborados pelas contrarreformas dos governos em curso. **S**eguindo essa perspectiva, do governo de Fernando Collor até o de Michel Temer tem sido adotadas medidas de continuidade do desmonte das áreas sociais, em especial para política de saúde pública. Evidenciamos dessa forma a implementação de novos modelos de gestão privatizantes para as políticas sociais, espaço no qual a saúde vem se destacando como "carro chefe":

> Desse modo, o Estado tende a criar mecanismos para o enfrentamento das crises do capital. No caso especifico da política de saúde brasileira, tem-se buscado tais soluções por meio do fomento a privatização, pela transferência da responsabilidade de prestar serviços diretamente para as entidades privadas (SANTOS, 2015, p. 99).

Nesse contexto o ideário neoliberal imposto como saída para a crise estrutural do capital, conforme sinalizado anteriormente, é fortalecido tendo a prática de privatização das

[20] A Lei Nº 8080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a).
[21] A Lei Nº 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b).

políticas sociais, em especial na política de saúde ganhado espaço e hegemonia. De acordo com Santos (2015):

> O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público, em favor do interesse do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essas transferências. Os novos modelos de gestão têm se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos interesses privados (SANTOS, 2015, p. 100).

Dessa forma, o Estado nessa lógica terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para seus defensores é burocrática, ineficiente e onerosa. Somado a tudo isso propagam-se a incapacidade dos serviços públicos para a oferta de saúde pública, universal e gratuita, com a promessa de eficiência, modernização e melhoria de acesso e qualidade dos serviços a serem prestados pela iniciativa privada (JUNQUEIRA, 2007).

É necessário destacar que os organismos financeiros internacionais, em especial o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial,(BM) assumem papel estratégico no que concerne aos gastos com saúde, estabelecendo pactos e impondo políticas recessivas aos países tomadores de empréstimos. Conforme pontua, Correia (2007, p. 12):

> [...] os organismos financeiros internacionais, passaram a orientar os governos a darem prioridade máxima aos setores sociais fundamentais, ou seja, os mais vulnerabilizados, promovendo políticas públicas de cunho focalista, com a finalidade de promover a eficácia e a equidade dos gastos sociais. A estratégia adotada revelou-se favorável em promover a prestação de uma má qualidade dos serviços públicos, que posteriormente é utilizada como justificativa para criar uma cultura de desqualificação da coisa pública, incentivando a população a aceitar a adesão ao privado.

Particularmente na saúde, o Banco Mundial é tido como "articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços" (SOARES, 2010, p 77). Dessa forma evidenciamos a forte influência econômica desse organismo multilateral, que vem orientando uma agenda política para a saúde no Brasil, no sentindo de dar ênfase a focalização e privatização. Dessa forma, o

> Recém-criado SUS, a partir dos anos de 1990 é alvejado pelo ajuste estrutural neoliberal do Estado Brasileiro, o que inviabilizou a sua consolidação. Por outro lado, o que se viu na prática foi um sistema seletivo, focalista, descentralizado, com características assistenciais e impregnado de tendências privatizantes (SOARES, 2015, p. 97).

Sobre a atuação de organismos multilaterais, em especial do Banco Mundial, Neto (2015), destaca que esse assume papel importantíssimo na reformulação das políticas de saúde nos países periféricos. O mesmo tornou-se protagonista no subsidio as orientações no tocante a agenda da saúde. A orientação delineada para a periferia do sistema previa um pacote bem

definido de serviços essenciais, ou melhor, um pacote de cesta básica, tais como: melhorias dos índices de saúde; como consequência do crescimento econômico; estímulo à iniciativa privada e o controle da pobreza. Portanto, a agenda política delineada pelo Banco para o SUS é a seguinte:

> Para o Sistema Único de Saúde, além da sintonia com as diretrizes preconizadas para os países do capitalismo periférico, o Banco delineia uma agenda cujo eixo das orientações quebra os princípios do SUS, por meio da seletividade das ações, da racionalização da oferta, da contenção de gastos, do modelo assistencial centrado na atenção básica e do estímulo às formas gerenciais públicas – privados (NETO, 2015, p. 64).

É nessa perspectiva argumentativa que a partir dos anos de 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, que no tocante a política de saúde, evidenciamos nítidos impactos sobre o recém-criado SUS "a política de saúde vem sendo concretizada na contramão do estabelecido no arcabouço jurídico do SUS, constatando-se uma discrepância entre o SUS real, em relação ao SUS Constitucional" (SANTOS, 2015, p. 109). Para Soares (2010) o projeto privatista na saúde em curso vem ganhando hegemonia, defendendo propostas delineadas pelo Banco Mundial.

Conforme aponta Silva (2013), na contemporaneidade encontram-se dois projetos em disputa no âmbito da saúde. O privatista que defende inflexões do projeto de RSB, defendidos no decorrer da década de 1980, defendem mudanças setoriais por dentro do SUS, ou seja, a democratização do estado por dentro do capital. E o próprio projeto da RSB, através de ações que objetivam fortalecer as propostas defendidas pelo movimento, se posicionando contra o processo de privatização em curso. De acordo com a autora o primeiro assume a tarefa de realizar consenso e um apassivamento das lutas, e o segundo assume papel de resistência a todo processo de desconstrução das conquistas oriundas da RSB.

Soares (2010) ressalta que a materialização do SUS conforme idealizado e promulgado em seu arcabouço jurídico, deixa de ser *lócus* estratégico de atendimento da classe trabalhadora e passa a ser concebido na esfera do campo das possibilidades, pelas principais lideranças do movimento sanitário, ou seja, o SUS possível diante do ajuste neoliberal. Para evidenciar tal afirmação ela apresenta uma série de elementos, entre eles, a implementação da Norma Operacional Básica 1996 (NOB/1996), com nítidos avanços para a política e com grande inspiração da proposta do MARE e do Banco Mundial; ampliação do Programa de Saúde da Família(PSF) que repercute nos indicadores de saúde, porém com ampliação restrita em um único nível de atenção, devido ao parco financiamento da saúde, e por fim a ampliação do mercado de serviços de saúde, e, por conseguinte, em 2000 a criação

da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sendo responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar.

É necessário enfatizar que todas essas ações na área da saúde contribuem decisivamente para a realização e acumulação do capital, através da aquisição de equipamentos, proliferação de planos de saúde e assemelhados, além do interesse pelo valor disposto em recursos do fundo público da política de saúde, o mesmo tornando- se alvo de disputa pelo setor privado.

Uma das tendências do processo de contrarreforma na política de saúde, são os modelos privatizantes de gestão que tem se destacado no âmbito da política de saúde. Conforme ressalta Santos (2015) dentre os vários mecanismos criados pelo Estado para o enfretamento da crise do capital, a privatização é a protagonista desse processo tendo continuidade em todos os governos.

Behring (2008) pontua que para o alcance do projeto da reforma fosse alcançado com êxito o governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995-2002) apresentou várias Emendas a Constituição (ECs), em diversas áreas de atuação: Administração Pública, Políticas Sociais e principalmente Seguridade Social, que intensificam os retrocessos, assim os impactos desastrosos para as políticas sociais, em especial à saúde. Para tal entendimento desse processo citamos a Lei Nº 9.637/1998 que institui as Organizações Sociais (OSs), os Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização; e a Lei Nº 9.790/1999 que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

As OSs se apresentam como a primeira mudança substancial de gestão do SUS, a partir da diminuição da prestação via direta do Estado e nítido incentivo da atuação privada (SANTOS, 2015). Foram concebidas como instrumentos de viabilização e implementação de políticas públicas, utiliza-se do contrato de gestão para formalizar a parceria com o Poder Público, assim, o Estado atua estrategicamente não apenas na celebração do contrato, mas cedendo "recursos orçamentários, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos, para as entidades privadas que prestam serviços pelo SUS, para que seja composto o quadro de privatização do SUS" (SANTOS, 2015, p. 102). Dessa forma, as OSs materializam os objetivos da contrarreforma do Estado brasileiro, previsto no PDRE/MARE. Assim:

> As Organizações Sociais passam a ser apresentadas, durante o governo de FHC, como mecanismo de inovação modernizadora, que faria contraponto com o patrimonialismo. Sob o argumento de que trariam uma maior eficiência e agilidade na gestão, na compra de bens e serviços, com maior autonomia financeira e administrativa (SANTOS, 2015, p. 103).

Os modelos privatizantes de gestão adotados na saúde a partir do governo FHC tem sido responsáveis pelo deterioramento dos elementos constitucionais estruturantes da saúde pública. O SUS operacionalizado nos serviços de saúde é cada vez mais distante do SUS legalmente instituído, ou seja, "esta contradição tem propiciado a ampliação e consolidação dos vários processos de privatização e desmonte do SUS" (SANTOS, 2015, p. 109).

Esse processo de privatização por meio dos modelos privatizantes de gestão é dado continuidade, apesar da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (LULA) (2003-2006; 2007-2010) significar um marco político na história do Brasil, devido ao fato da sua historia política representar os interesses da classe trabalhadora

> Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e efetivação do SUS. No entanto, as alianças que garantiram a chegada de Lula ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional começaram a se explicitar já no primeiro mandado (SOARES, 2010, p. 51).

Dessa forma, o governo de Lula e do Partido dos Trabalhadores (PT)[22] não apresentou as bases de um projeto transformador, progressista. De acordo com Menezes (2015, p.10), "promoveu ativamente a subordinação dos trabalhadores aos interesses patronais, contribui para a desmobilização dos movimentos sociais. Foi um governo de conciliação de classes, isto é sua orientação política geral é burguesa".

É de fundamental importância discernir sobre o "apassivamento" das lutas da classe trabalhadora gerada pelo transformismo político, ocorrido nos governos do PT, que tem repercussão direta no movimento de Reforma Sanitária.

> Um processo de adesão (individual ou coletivo) ao bloco histórico dominante, por parte da liderança e/ ou organizações políticas dos setores subalternos da sociedade, com o abandono de suas antigas concepções e posições políticas (MENEZES, 2015, p. 11).

Nessa mesma trilha argumentativa Soares (2010) enfatiza que é evidente o transformismo de uma parcela considerável das lideranças dos trabalhadores, em especial as do movimento sanitário. O que significou na prática o engajamento de muitos defensores dos princípios da Reforma Sanitárias na gestão da política de saúde, sob o argumento de sua

[22] O PT tem sua criação em 1980, em um contexto de contestação à ditadura militar e emergência das lutas sociais que encontrou na retomada da luta sindical e operária um ponto de fusão de classes. Surge enquanto partido político que propõe organizar politicamente os trabalhadores urbanos e rurais, sinaliza em sua carta de princípios que é um partido sem patrões e que não aceitaria em seu interior representantes das classes exploradoras. O PT tinha uma vocação anticapitalista e apontava para um horizonte socialista. Representou um avanço importante na história da organização política dos trabalhadores brasileiros, apresentando uma proposta "classista", ou seja, um partido de classes, dos trabalhadores, contrário a alianças com representantes das classes dominantes. Atualmente o PT é outro partido e apresenta fortes ligações com alguns dos mais poderosos grupos empresariais (MENEZES, 2015).

modernização, quando na verdade estavam na trilha da negação dos princípios da RSB: “algumas lideranças do movimento sanitário dirigem a gestão do Ministério da Saúde, mas o projeto que dirige a política ministerial não é o da reforma sanitária, apesar de se apresentar como continuidades destes” (SOARES, 2010, p. 52).

Dessa forma, no governo Lula, evidenciamos algumas medidas de continuidade de contrarreformas se mesclam com algumas iniciativas importantes. No tocante as medidas de contrarreforma Silva (2013) destaca que a agenda governamental do governo Lula para a política de saúde defendeu e materializou propostas com vistas a terceirização dos trabalhadores em saúde, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) a fragmentação e enfraquecimento do controle social. Ao que concerne a medidas importante, que estão em sintonia com a RSB, destacamos : a 12ª e 13ª Conferências de Saúde, por outro lado manteve a expansão do PSF, intensificando a atenção básica nos territórios referenciados, criou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento móvel das urgências e emergências em domicilio, criou o Programa Brasil Sorridente, o qual pretendeu ampliar a saúde bucal com procedimentos preventivos e de complexidade, e criou a Farmácia Popular, que previu o acesso da população a medicamentos com preços mais baixos.

Entretanto, a partir de 2005 as farmácias privadas tiveram autorização para operar o programa além de ter lançado o Pacto pela Saúde em 2006 que agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida, Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. Esse pacto, apresenta propostas da RSB como também dos interesses dos demais projetos em confronto. Essas ações mencionadas expressam o processo de tensionamento que atravessa a política de saúde no governo Lula. Dessa forma, para Soares (2010, p. 53)

> A partir desse momento histórico, podemos afirmar que fundamentalmente existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária. O projeto do SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualizarão, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.

Assim, muitas das ações e programas materializados na política de saúde divergem do que é apresentado na proposta inicial de governo, ou seja, a saúde como direito fundamental, garantida através do acesso universal, equânime e integral das ações e serviços de saúde (BRAVO, 2007). Embora no primeiro mandato seja evidenciado uma maior abertura para as

propostas da RSB, no segundo mandato destacamos as propostas hegemônicas do SUS possível e do projeto privatista. Para entendimento desse processo destacamos e reforçamos o Projeto das FEDPs.

As FEDPs inauguram um novo ciclo do processo de contrarreforma. As mesmas se apresentam como um novo modelo de gestão no âmbito do SUS, configura-se como a gestão privatizada do sistema. De acordo com Silva (2013) as FEDPs são regidas pelo direito privado, apresentam o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) na contratação de trabalhadores, ausência do controle social com vista à legislação vigente, prevê Conselhos Curadores e acaba com o Regime Jurídico Único.

Nesse contexto, na continuidade dos governos do PT, Dilma Vanna Rousseff (2011-2014; 2014-2016) dar seguimento -a tendência de estabelecer parcerias com o setor privado, na perspectiva de haver reciprocidade no tocante aos serviços do SUS. Nesse momento, várias especulações surgem em relação às linhas gerais do seu governo, tanto nas esferas econômica, política e social. Entretanto, algumas ações merecem destaque: cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como abertura do capital da Infraero, privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (MENEZES, 2015). Portanto:

> Todas estas medidas demonstram que o governo Dilma não enfatizaria mais o social do que o governo anterior, e, sim do contrário, assumiria uma posição ainda privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico (MENEZES, 2015, p. 13).

Um dos maiores desafios no tocante a manutenção do SUS público e estatal é vivenciado no governo de Dilma, através da expansão em larga escala de modelos privatizantes de gestão, que tiveram continuidade e inovações no governo Lula, tais como as OSs, OSCIPSs e as FEDPs. Do mesmo modo, o governo de Dilma Rousseff dar continuidade aos modelos privatizantes na saúde, sendo aprovando o projeto de Lei Nº 1.749/2011, hoje Lei Nº 12.550, que cria a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH)[23] e tem por finalidade reestruturar os Hospitais Universitários Federais (HUS) em articulação com o Ministério da Educação.

[23] A primeira tentativa de aprovação da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) se deu no final do segundo mandado do governo Lula, através da Medida Provisória N º 520, em 31/12//2010. A EBSERH "autoriza o poder executivo a criar a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos". A empresa visa gerir as 45 (quarenta e cinco) unidades hospitalares vinculadas as Instituições Federais de Ensino no Brasil, o que vem a desvincular os HUS das universidades, afronta a autonomia universitária e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão e compromete a formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços à população.

Ademais, a EBSERH traz inúmeras implicações para a política de saúde brasileira, uma vez que, a) possui autonomia gerencial e financeira sobre os bens públicos; b) simboliza um ataque à autonomia universitária quando desvincula os HUs das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), que deixa de ser um espaço de ensino e pesquisa; c) a contratação dos servidores ocorre por meio do regime CLT, cujos contratos são temporários com o prazo de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade; d) terão recursos advindos do fundo público estatal e não contribuirão com o mesmo, usufruindo ainda de imunidade tributária; e) os servidores passam a ter uma carga horária, processos de trabalho e de gerência determinados e controlados pela empresa, que também passar a estabelecer metas de produtividade (CORREIA, 2011).

No tocante ao controle social, o estatuto da EBSERH explicita restrições na participação dos segmentos dos trabalhadores e usuários do SUS. A empresa propõe um Conselho de Administração, com representação de apenas um trabalhador, o qual não poderá participar das reuniões onde forem tratados assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim (BRASIL, 2011).

Essas formas de gestão privatizantes estão consoantes às orientações neoliberais e integram o processo de Contrarreforma do Estado, representando perdas para a classe trabalhadora e favorecimento do setor privado, que vem se apropriando cada vez mais do fundo público. Ao Estado cabe o papel de financiador e regulador das políticas sociais.

Os modelos privatizantes de gestão supõem o repasse da gestão e gerência dos serviços, pessoal, equipamentos e patrimônio público para o setor privado, mediante "Contratos de Gestão" e transferência de recursos públicos. A isto se denomina de privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado (denominado "não estatal") do que é público trazendo implicações aos direitos sociais e trabalhistas já conquistados (CORREIA, 2007).

Assim, evidenciamos o descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público, e que a participação privada deverá acontecer em caráter complementar De acordo com Santos (2015, p. 107) " o papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é, portanto, acessório, de modo que, toda e qualquer tentativa de investir em colocar a iniciativa privada, na condição de protagonista passa pelo confronto com o texto constitucional e com as Leis Orgânicas da Saúde"

Dessa forma, intensifica os interesses do capital hegemônico com vistas na relação entre política e economia. Para Correia (2015, p. 67), "as raízes da privatização e

mercantilização da saúde estão determinadas pelos interesses do capital em usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro". A este respeito destacamos a Medida Provisória (MP) 656/14 que permite a entrada do capital estrangeiro para financiar a saúde e, por conseguinte a aprovação da Lei N º 13.097, o qual alterou o artigo 23 da Lei Nº 8080/1990 ao autorizar a abertura ao capital estrangeiro na saúde, no que diz respeito à abrangência, a oferta, gestão e promoção dos serviços assistenciais.

Contudo, cabe destacar algumas ações para a área da saúde que toma uma dimensão de relevância nesse contexto, dentre elas, implementação efetiva do Cartão SUS; da Rede Cegonha; programa voltado para o acompanhamento das mulheres e crianças; criação da Lei Nº 12.732/2012 que delimita o prazo de até 60 dias para o início do tratamento dos usuários acometidos de câncer, criação do Programa Aqui tem Farmácia popular; continuidade e implementação das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAS); criação do Programa S.O.S Emergências, implementação do Melhor em Casa; criação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama; e a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde (SILVA, 2013)

Contudo, no percurso do segundo mandato de Dilma (2015-2016) o país passa por mais um momento importante na cena política. Em um contexto de manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas, que culminaram com o afastamento de Dilma da presidência da República, demonstrando a fragilidade da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade na tentativa de superação da crise do capital. Com isso seu vice, Michel Temer(PMDB), assume de maneira "ilegítima", representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Apresentando como documentos bases de seu governo "Uma Ponte para o Futuro" e "Travessia Social", os citados documentos sinalizam nitidamente para uma nova fase muito mais intensa de contrarreforma estrutural, configurando o desmonte do Estado Brasileiro (FNCPS, 2016).

Na área da saúde a nomeação do deputado federal Ricardo Barros para Ministro da Saúde, configurou uma nítida e clara ofensiva a política pública de saúde, tendo em vista que o então deputado não apresenta nenhuma relação com a RSB e, por conseguinte, com a constituição de um Sistema Público de Saúde. Em consequência sua relação está imbricada com o setor privado, tendo fortes relações com o presidente do Grupo Aliança, empresa que comercializa planos de assistência médico hospitalar, um dos maiores doadores de sua campanha eleitoral do então deputado Ricardo Barros (FNCPS, 2016).

As mudanças na legislação vigente no tocante a política de saúde, sejam elas apresentadas pelo poder Executivo ou pelo poder Legislativo, intensificam a destruição do

Sistema de Saúde Brasileiro. A título de exemplificação de tal processo podemos destacar, no governo de Michel Temer a:

- Lei Nº 13 303/ 2016, que dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais, entre elas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);
- Lei Complementar Nº 257/2016, que trata do "equilíbrio fiscal" de estados e municípios, com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público e do impedimento de abertura de novos concursos, até a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal e da política de reajuste do salário mínimo;
- Emenda à Constituição Nº 95/2016, que institui o Novo Regime Fiscal, objetivando o congelamento dos gastos sociais por até 20 anos, promovendo alterações dos critérios constitucionais de cálculo das despesas mínimas com Educação, Saúde e Assistência. Atualmente vinculadas às receitas, passando a ser corrigidas tão somente pela variação da inflação do ano anterior, sem aumento real, mesmo que haja crescimento econômico, aumento de população ou mudança no quadro sanitário;
- Portaria Nº 1.482/2016, que cria um Grupo de Trabalho (GT) para discutir a implementação do "Plano Popular de Saúde" ou "Plano Acessível". O projeto propõe a criação de planos mais baratos e com menos serviços do que os previstos pela ANS, que inclui tratamentos, exames e cirurgias considerados como o mínimo para atender às necessidades dos pacientes dos planos de saúde, a proposta está para ser aprovada pelo Congresso Nacional. Dessa forma, os planos atenderiam apenas consultas ambulatoriais e algumas internações, ou seja, serviços de menor complexidade, deixando a margem grupos como idosos e doentes crônicos. Vale enfatizar que a formação desse GT conta apenas com indicações do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG). Todavia, essa iniciativa por parte do Ministro Ricardo Barros seria para "desafogar o SUS", mas é notório que essa manobra reforça os benefícios dos empresários dos planos de saúde particular, fortalecendo assim, a lógica da mercantilização da saúde.

Ressaltamos, ainda, os documentos: Agenda Brasil; Uma ponte para o futuro e Travessia Social, que apontam em uma nítida perspectiva de aceleração e intensificação da medidas que contribuem com o desmonte do Estado Brasileiro, assumindo, dessa forma, uma nova fase de contrarreformas estruturais.

No documento a Agenda Brasil, com relação a saúde, destacamos as seguintes orientações: impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais; maior desvinculação de Receitas da União; introdução de pagamento no SUS.

No documento Uma ponte para o futuro, ressaltamos a questão de maior necessidade de ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico, acabar com as vinculações constitucionais, aqui compreendida a saúde.

No documento Travessia Social, com relação a saúde e ao SUS, coloca como questões importantes a ênfase no gerencialismo, considerando como problema dos SUS a má gestão e a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estimulo ao aumento de cobertura dos planos privados.

Os autores Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apresentam uma fecunda análise sobre o processo de contrarreforma na política de saúde no governo de Temer, afirmando que vislumbramos uma fase de aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais. Vejamos:

> O atual governo dá continuidade ao discurso de seus antecessores, mas com maior intensidade. Desse modo, tem –se propagado um discurso sobre a crise na saúde e na sociedade em geral, consistindo em um discurso ideológico, algo que podemos chamar de uma [...]cultura política da crise forjada desde os anos 1990, que tenta fazer com que acreditemos que as propostas de ajuste e de retiradas de direitos são inevitáveis nesse contexto e que as perdas serão compartilhadas por todos. Na realidade, contudo, não é isso que ocorre, pois é a classe trabalhadora que está pagando o preço desta crise (BRAVO; PELAEZ;PINHEIRO, 2018, p.14).

Em consonância, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em suas colocações afirma que o país não dispõe de condições de assegurar os direitos da C.F de 1988, como o acesso universal a saúde, e nesse caso é urgente a necessidade de repensar o SUS, de promover mudanças substanciais.

No tocante ao financiamento, uma medida truculenta do governo de Temer foi o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016, no que concerne a saúde, os impactos serão drásticos, o que revela a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos.

Identificamos, ainda nesse processo de contrarreforma no governo Temer, as mudanças na política Nacional de Atenção Básica; articulação nítida com o setor privado, através da Coalização Saúde e mudanças substancias na Política de Saúde Mental.

Nesta perspectiva o processo de contrarreforma no âmbito da saúde é um processo regressivo que, por sua vez, promove o desmonte da RSB e consequentemente do SUS, a agenda para a política de saúde é preocupante. A política pública de Saúde como direito universal e dever do Estado não encontram acolhida no Poder Executivo e no Poder Legislativo Federal. Pelo contrário verifica-se o avanço de decisões políticas que comprometem o arcabouço jurídico do SUS, demonstrando sua fragilidade perante o capital e o Congresso. Para essa arena de disputas, Cislaghi (2015, p. 22) assevera que "o Congresso Nacional aparece como um dos protagonistas da supressão de direitos históricos conquistados pela classe trabalhadora brasileira nas últimas décadas (talvez no último século) ".

Desse modo o processo de contrarreforma no âmbito da saúde é um processo regressivo que, por sua vez promove o desmonte da RSB e consequentemente do SUS, e foram intensificados no mandato do governo Temer.

Quanto a isso, merece atenção os retrocessos no âmbito da saúde mental, tendo em vista as alterações que põe em xeque as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira. A portaria nº 3588/2017, aprovada sem discussão, impõe sérios retrocessos no tratamento de pacientes com transtornos mentais e a usuários de álcool e drogas, dentre as várias alterações destacamos o retorno da internação de pessoas com transtornos em hospitais psiquiátricos.

Desse modo, na atual conjuntura, é importante refletir sobre a política de saúde mental no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro. Entendemos que a referida política é fruto de uma significativa luta antimanicomial iniciada com os movimentos reformistas, e no Brasil, em especial, o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Desse modo daremos ênfase a essa discussão nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 3 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

O presente objeto de estudo, cujas reflexões teóricas abrangentes exige uma aproximação com o movimento histórico da totalidade social, desencadeia a necessidade de resgatar e compreender os principais aspectos relacionados a política de saúde mental, destacando contradições e conquistas.

A política de Saúde Mental Brasileira busca consolidar um modelo assistencial aberto e de base comunitária inspirada em experiências internacionais de superação do modelo hospitalar asilar. Essas experiências ocorreram no continente europeu e nos Estados Unidos no pós-segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2007; CARSOSO, et al., 2014).

Desse modo, faz-se necessário apresentar a trajetória do cuidado e da visão que se tinha de loucura na sociedade, destacando as transformações significativas no âmbito dos conceitos e do entendimento de saúde mental. Assim, faz-se necessário resgatar o surgimento das primeiras ações públicas de saúde mental no contexto brasileiro, e consequente avanços no tratamento dos doentes, apresentando a trajetória da Reforma psiquiátrica no país.

Para tanto, tomamos como referência os principais aspectos da reforma psiquiátrica em âmbito mundial, abordando, sobretudo, os que envolvem a particularidade brasileira, buscando destacar as novas formas de tratamento, enquanto avanços significativos, que continuam em construção, e portanto são passiveis de modificações, inclusive as regressivas. Nesse sentido, as informações sobre a política de saúde mental tomam uma dimensão de relevância ao presente estudo, uma vez que, fornecem elementos significativos ao objeto de estudo.

3.1 Reforma Psiquiátrica: a trajetória dos principais movimentos a nível mundial

Com intuitivo de avançar na discussão da reforma psiquiatra a nível mundial faz-se necessário destacar que foi no Pós Segunda Guerra, enquanto um período de reconstrução política, econômica e social, que as condições históricas são construídas para a emergência dos processos de reforma psiquiátrica em âmbito mundial, e, por conseguinte, no Brasil (COSTA, 2016).

Isso posto, já que "[...] somente no século XX, no período pós- Segunda guerra, é que as críticas diante das denuncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios vão crescer e

impor [...] “reformas no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico (HEIDRICH, 2007, p. 36). Assim,

> É nesse contexto que–se observa a ampliação das discussões internacionais sobre direitos humanos, potencializadas no pós-guerra, trazendo fortemente a questão da reabilitação para o cenário político e econômico. O fim dos conflitos, em especial da segunda guerra, coloca o desafio de reabilitar os que sobrevivem à guerra, num panorama bastante complexo, em que o Estado procura recuperar sua legitimidade. Ao mesmo tempo em que se amplia o “mercado” da reabilitação, os hospitais psiquiátricos passam a ser questionados em sua função, seja porque não conseguem se modernizar dentro da nova fase capitalista, seja porque, com o fim das guerras, amplia-se as discussões sobre direitos humanos, de modo que a sociedade mundial se depara com as denúncias do cotidiano dos hospitais (COSTA, 2016, p.71).

Nesse sentido, surgem vários questionamentos sobre as práticas psiquiátricas adotadas no mundo. As críticas estavam direcionadas, sobretudo para as práticas dos hospitais psiquiátricos existentes, que muito se assemelhavam aos campos de concentração da segunda Guerra Mundial, tais instituições eram consideradas, verdadeiros “depósitos humanos”.

> [...] a Segunda Guerra Mundial, evidencia-se um conjunto de produções diretamente relacionadas às experiências que passaram fazer crítica à estrutura asilar, contudo, em uma grande parte dessas produções buscava modernizar, modificar ou reformar os hospitais psiquiátricos, sendo assim, não rompiam com o modelo hospitalocêntrico (COSTA, 2016, p.72).

Amarante (2007) divide os movimentos reformistas em três grandes grupos. O primeiro tinha como objetivo promover mudanças na estrutura do próprio modelo do hospital psiquiátrico, inserindo aqui a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. O segundo grupo considerava que a comunidade como ponto central para a eficácia do tratamento era composto pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva. E um terceiro grupo que dirigia os questionamentos à própria psiquiatria, as práticas e o saber, trata-se da Antipsiquiatria e na Psiquiatria Democrática Italiana.

Segundo Desviat (1999), apesar das diferenciações existentes entre os movimentos reformista, oriundos pós segunda Guerra Mundial, as condições norteadoras e essenciais para sua efetivação foram as mesmas, destacando-se o clima social favorável ao questionamento do modelo manicomial, respaldado em um consenso técnico, político e social, que permitiu a elaboração de objetivos alternativos ao hospital psiquiátrico.

Contudo, apesar dos três grupos possuírem em comum o fato de questionarem o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico partindo do pressuposto que o hospital nem auxilia, tampouco recupera, com exceção da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana, as reformas ficaram limitadas ao hospital psiquiátrico, ou seja, ao lugar de tratamento, sem avançar na crítica da concepção de doença mental (AMARANTE, 2007).

Assim, em relação ao movimento das Comunidades Terapêuticas, apresentou como principal autor e operador Maxwell Jones em meados dos anos de 1950 e 1960, teve início na Inglaterra e nos Estado Unidos, e propunha mudanças na estrutura do hospital psiquiátrico. As mudanças deveriam ser estruturadas no âmbito administrativo e técnico, valorizando aspectos democráticos, participativos e coletivos, ocasionando, dessa forma, uma transformação do hospício (CIRILO, 2006). Para Amarante (2007, p. 43),

> Por Comunidade Terapêutica passou–se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesma uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou enfim, um processo de horizontalidade e "democratização" que imprimia em todos os atores sociais, uma verse terapêutico.

O movimento de Comunidade Terapêutica forneceu subsídios para a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, mas esbarrou em alguns limites, tais como, o lugar onde eram desenvolvidas as práticas da psiquiatria, o conceito de doença mental e a relação entre doença mental e sociedade (HEIDRICH, 2007).

Por conseguinte, a Psicoterapia Institucional ocorreu na França, também nos anos de 1950 e apresentou como principal articulador Franços Tosqueles, o movimento surge a partir de várias denúncias sobre situações degradantes dos internos dentro dos hospitais franceses. Apresentava como objetivo principal o resgate do trabalho terapêutico e segundo 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).

Franços Tosqueles entendia que a situação social e econômica precária vivida pela França em decorrência da II Guerra Mundial, havia danificado todo o país e essa situação era ainda mais alarmante nos hospitais psiquiátricos. Acreditava que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica. Uma de suas inovações foi à criação do Clube Terapêutico, uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promoviam encontros, festas, passeios, visando uma reorganização interna da dinâmica psíquica.

Para Tosqueles todos no hospital teriam uma função terapêutica, e deveriam fazer parte de uma comunidade, questionar e lutar contra a família institucional e a verticalidade nas relações intra institucionais (AMARANTE, 2007).

Outro movimento de grande repercussão foi o de Psiquiatria de Setor, iniciado também na França em meados dos anos de 1945, "[...] inspirou-se nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas que reivindicava transformações no manicômio"

(HEIDRICH, 2007, p. 40) e defendia que a passagem pelo hospital seria transitória no tratamento. Nessa perspectiva, o hospital era dividido em setores, como uma região da comunidade, buscando manter os hábitos e costumes regionais na população interna, e propunha ainda a adoção de medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação, e a internação de novos casos.

Nesse sentindo, institui-se o princípio de esquadrinhamento do hospital psiquiátrico nas várias áreas da comunidade de tal forma que cada "divisão hospitalar" correspondesse a uma área geográfica e social. Também foram criados Centros de Saúde Mental (CSM) distribuídos por vários setores da região francesa. Esses tinham a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

É preciso registrar que a abordagem da Psiquiatria de Setor não alcançou os resultados esperados, devido alguns fatores, dentre eles, resistências conservadoras em receber os pacientes nas ruas, comumente denominados de "loucos", e resistência para a implantação dos Centros de Saúde Mental devido ao custo financeiro ao Estado. Conforme destaca Heidrich (2007) uma questão importante a ser destacada é que a Psiquiatria de Setor não extinguia os hospitais psiquiátricos, a internação constituía uma das fases do tratamento.

Já a chamada Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, desenvolvida nos Estados Unidos e cujo principal representante foi Gerald Caplan[24], defendia a possibilidade de intervenção sobre as causas e evolução das doenças mentais e acreditava na possibilidade de não somente tratar os distúrbios mentais. O movimento afirmava que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, se detectadas precocemente, dessa forma instaura-se nos Estados Unidos (EUA), uma verdadeira "busca de suspeitos" de doentes mentais, feita através de questionários distribuídos a população, cujo resultado indicaria possíveis "candidatos" ao tratamento (AMARANTE, 1995).

Dessa forma o movimento objetivava a prevenção e promoção da saúde mental passando a criar novas estratégias de intervenções, na perspectiva de diminuição de gastos por parte do Estado. Para tanto, a Psiquiatria Preventiva propunha, dentre outras medidas, um nítido e claro questionamento ao saber da psiquiatria por outras áreas do conhecimento, a

[24] Autor do livro Princípios da Psiquiatria Preventiva, publicado pela primeira vez em, 1964. O autor defendia a necessidade da existência do aparato hospitalar, propondo três níveis de prevenção: primário – em que aponta as condições individuais na formação da doença; secundário – o diagnóstico e o terciário relacionado à readaptação à vida (COSTA, 2016).

redução do tempo de internação e a introdução de serviços alternativos alinhados a desinstitucionalização[25].

Para Heidrich (2007, p. 43), "o preventismo serviu de inspiração para várias experiências de desinstitucionalização, tornando-se a diretriz da maioria das iniciativas oficiais que serviram de modelo para diversos países, inclusive, o Brasil".

De acordo com Amarante (2007), o movimento da Psiquiatria Preventiva desencadeou um aumento expressivo da população atendida em serviços não hospitalares, entretanto não minimizou o número de internações psiquiátricas. Dessa forma, inúmeras críticas foram feitas a esse modelo, por deixar intacta a lógica institucional e centralizar o processo de produção de saúde no individuo.

Em contraparida, a Antipsiquiatria, que teve início na Inglaterra nos anos de 1960, representa a primeira crítica mais radical ao saber médico psiquiátrico (AMARANTE, 1995). Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam, mas notaram que tais experiências eram insuficientes, necessitando modificar as relações do dito louco e a sociedade. Amarante (2007, p. 52) apresenta um conceito para a Antipsiquiatria:

> [...] o termo eleito procurava apontar para a ideia de uma antítese a teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não só no individuo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade.

Assim, a Antipsiquiatria teve um impacto significativo no mundo inteiro, ressaltando que a proposta teve a ideia de questionar fortemente a internação, uma vez que não cumpria seus objetivos iniciais de tratamento e recuperação. Uma das contribuições de maior repercussão vem da chamada Escola Francesa Revolucionária, composta pelos Escritos de Michel Foucault e Robert Castel, na segunda metade do século XX, e se caracterizam pela desmistificação da institucionalização e crítica ao saber psiquiátrico.

Dessas contribuições, destacamos "História da loucura na Idade Clássica" de 1964 escrita pelo pensador francês Michel Foucault, e cuja análise, a partir de um recorte temporal, aborda o momento histórico da institucionalização da loucura. A obra tem uma vasta contribuição e influência nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica na Europa e América Latina, sendo denominado um marco revolucionário na compreensão das relações entre razão

[25] A expressão desinstitucionalização surge nos EUA, durante o contexto de projeto preventista 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 sócio históricas, políticas e culturais (AMARANTE, 1995).

e loucura, na constituição da subjetividade ocidental. Se tornou, assim, o baluarte da Reforma Psiquiátrica em vários países, inclusive o Brasil, em que o manicômio era visto como o lugar dos loucos nessa sociedade (COSTA, 2016).

Por conseguinte, uma das discussões mais significativas vem da Psiquiatria Democrática Italiana, datada do início dos anos de 1960, em Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália e teve como principal protagonista Franco Basaglia. Constitui-se na maior ruptura epistemológica e metodológica no atendimento as demandas na área de saúde mental, ao instituir uma crítica radical a instituição psiquiátrica.

Basaglia inicialmente aplicou no hospital de Gorizia os princípios da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, mas com o passar do tempo evidenciou-se que as medidas administrativas e de humanização não dariam resolutividade a problemática da assistência psiquiátrica. Após várias reflexões críticas percebeu que apenas medidas dentro do hospital psiquiátrico eram insuficientes. Para tanto, formulou um pensamento e uma prática institucional absolutamente original, voltado para a ideia de superação do aparato manicomial, entendida não apenas como estrutura física do hospício, mas como um conjunto de saberes e práticas científicas sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana[26] (AMARANTE, 2007).

É no início dos anos de 1970, que Basaglia e a sua equipe iniciam um trabalho em Trieste, cidade de médio porte da Itália, no hospital de Saint Giovanni. É em Trieste que ocorre a mais rica e original experiência de transformação da psiquiatria contemporânea, experiência esta que vai inspirar muitos países, inclusive, o Brasil.

> Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentindo de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem paralelas, simultâneas ou alternativas as mesmas (AMARANTE, 2007, p 56).

Os Centros de Saúde Mental, modalidade de serviço substitutivo ao hospital foram disseminados em várias regiões da cidade. Os centros triestianos não funcionavam como uma complementação do hospital psiquiátrico, como acontecia na Psicoterapia de Setor, eram mais do que centros regionalizados, se configuravam como centros de base territorial, atuando no território, na reconstrução da forma de lidar com as pessoas e com o sofrimento mental, construindo, dessa forma ,um novo lugar social da loucura (AMARANTE, 2007).

[26] A experiência de Gorizia deu origem ao livro A Instituição Negada, que contém o debate, os princípios e as estratégias de um movimento que prevê a eliminação do manicômio.

A experiência de Trieste vem superar os modelos anteriores de reformas e abre espaço para operacionalização e implementação de uma rede de serviços extra- hospitalares aberta, composta, por centros de saúde mental, e por grupos apartamento (moradia de usuários para permanecerem sozinhos ou acompanhados por técnicos prestadores de cuidado), cooperativas de trabalho "postos de trabalho para os usuários, que apontam terem recebido o estatuto legal foram redefinidas como empresas sociais, serviço de diagnose e cura ou serviço de emergência psiquiátrica" (AMARANTE, 1995, p. 95).

De acordo com Cirilo (2006), outro ponto de fundamental importância na Reforma Psiquiatra Italiana, concerne à aprovação da Lei n º 180, de 1978, popularmente conhecida como Lei Basagliana, que dispõe sobre as condições efetivas de extinção do modelo manicomial e a criação de serviços alternativos na comunidade. A experiência de Gorizia e de Trieste alcançou plenitude mundial, evidenciando a possibilidade de tratamento fora do manicômio.

No Brasil, a experiência italiana passa a ser conhecida, sobretudo a partir da vinda de suas lideranças, inclusive do próprio Basaglia, para divulgar os trabalhos de desinstitucionalização. Dessa forma foi crucial a interlocução com essa experiência para repensar as novas práticas para o atendimento psiquiátrico brasileiro, que até então era referenciada pelo modelo manicomial.

Dessa forma, antes de avançarmos na discussão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é importante remetermos as particularidades e aos determinantes da política de saúde mental no Brasil, destacando como o manicômio se consolida no país.

3.2 A trajetória da política de saúde mental no Brasil : a consolidação do manicômio

Ao discutir a dinâmica da trajetória da política de saúde mental no Brasil faz-se necessário a compreensão histórica da montagem do modelo manicomial no país, e a sua contraditória junção entre a modernidade e o conservadorismo, elementos esses ainda presentes na contemporaneidade.

O processo de institucionalização psiquiátrica no Brasil é simultâneo a chegada da família real e consequente urbanização do país. A discussão em torno dos ditos "alienados" torna-se central na sociedade, visto que, a presença deles perambulando pelas ruas das

cidades, ou internados indevidamente nas Santas Casas[27] promoveu fortes incômodos nos setores dominantes da sociedade (AMARANTE, 2007).

Para Heidrich (2007) a "grande internação brasileira" só tem inicio três séculos após o da Europa, contudo com o mesmo objetivo, o de remover da sociedade todos que eram considerados perturbadores da ordem social. Assim,

> No que tange à questão da loucura o grande marco da vinda da corte para o Brasil foi a criação do Primeiro Hospital Psiquiátrico brasileiro. Diante da necessidade de recolher os loucos e sanear as cidades, surgiu uma exigência para que se criasse um lugar específico para internar os loucos. Através do Decreto 82, de 18 de julho de 1841, D. Pedro cria o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, o que viria a ser inaugurado somente em 1852 (HEIDRICH, 2007, p. 74).

O Hospício de Pedro II foi inspirado no modelo de tratamento asilar do médico francês Phillipe Pinel. O modelo de tratamento proposto é divisor de águas, ao romper com as práticas da época, propondo um tratamento moral e educativo, pois acreditava que os "loucos[28]" precisavam de um tratamento mais humano. Atualmente ele é considerado o pai da Psiquiatria por ter sido responsável pela organização do primeiro Hospital Psiquiátrico, bem como o primeiro a escrever um livro de psiquiatria, onde se encontrava as explicações primárias das doenças mentais e da psiquiatria como uma especialidade médica (AMARANTE, 2007).

Importa destacar que o hospício Pedro II nasce vinculado as Santas Casas de Misericórdia e sobre a tutela do Imperador, apresentando um caráter filantrópico em detrimento do médico. Isso provocou uma série de criticas, sobretudo pelos médicos que defendiam a hegemonia da categoria na administração (HEIDRICH, 2007). O mesmo tornou-se conhecido como "palácios dos loucos", afastado do centro urbano em uma estrutura de um casarão de estrutura esplêndida. Esse afastamento torna-se uma característica marcante nas demais estruturas asilares no Brasil.

> Desde o princípio, observa-se, no modelo brasileiro, a combinação do conservador com o moderno. Mesmo apresentando-se como baliza de modernidade e da ciência, visto que sua implantação está alicerçada no discurso da modernidade, no Brasil, desde o começo, agrega as práticas mais arcaicas de cuidado. Poucos anos após sua

[27] No tocante as internações indevidas, destacamos que o Estado passou a tomar medidas para reprimir a mendicância, e dentre os mendicantes estavam os "loucos" que, se apresentassem comportamento agressivo ou fossem pobres, eram enviados para as Santas Casas de Misericórdia, onde ficavam encarcerados em cubículos estreitos, em condições insalubres, sob a vigilância de carcereiros, e sem nenhuma assistência médica. Caso pertencessem a famílias abastadas, ficavam sob os cuidados destas (AMARANTE, 2007).

[28] É de fundamental importância esclarecer que a abordagem da "loucura" na história da humanidade apresentam viés diferenciados de acordo com as especificidades econômicas, sociais, culturais e religiosas de cada sociedade em períodos determinados, e foi somente no final do século XV, com o princípio do fim do campesinato e do trabalho artesanal e o crescente desenvolvimento da manufatura e de uma nascente sociedade burguesa, que a "loucura" passou a ser considerada problema social (FOUCAULT, 1978).

> criação, já apresentava superlotação e as funções asilares superavam em muito, as questões de saúde (COSTA, 2016, p. 77).

O primeiro passo para o tratamento no Hospital Psiquiátrico seria o isolamento do mundo exterior, de modo que isolar seria um pressuposto fundamental do tratamento. Os Hospitais Psiquiátricos se constituíam como uma espécie de laboratório ou espaço de exame para o estudo das alienações mentais e ou como instituições disciplinadoras, que assegurasse a ordem, impondo regras e estabelecendo regimentos. A organização asilar apresentava uma lógica própria de funcionamento, baseada principalmente em princípios de vigilância e punição (AMARANTE, 2007).

Resende (2003) aponta algumas considerações sobre o hospício brasileiro[29], segundo ele era evidente a sua função segregadora que aparecia na prática sem qualquer disfarce, isso era nítido na constituição dos internos. Além disso, haviam denúncias de imundice, superlotação, baixa qualidade de atendimento e falta de assistência médica. O número de médicos era muito pequeno e eles não tinham quase nenhuma influência na seleção dos pacientes dos hospícios, pois, na grande maioria deles, a seleção era feita pelos provedores.

Seguidamente, no século XX, evidenciamos a constituição da Liga Brasileira de Higiene Mental, apresentando uma proposta reformista, comprometida com o modelo de desenvolvimento adotado, em um contexto em que as medidas higienistas ganham espaço. Conforme destaca Costa (2016), há um engajamento da Saúde Pública e da Psiquiatria na tarefa de "limpar" as cidades e remover os sujeitos indesejados.

É necessário pontuar que a política higienista objetivava responder as exigências das relações de produção, baseado no primado do trabalho, em um processo de urbanização das cidades e industrialização nascente. Nesse contexto os médicos brasileiros alienistas, como Waldemar de Almeida e Juliano Moreira, eram defensores das colônias agrícolas, espaço de "tratamento" complementares aos Hospitais Psiquiátricos.

As colônias agrícolas objetivavam oferecer trabalho como meio terapêutico para motivar o "bom funcionamento cerebral", baseada também em tratamentos morais, que submetiam as pessoas com transtorno mental ao trabalho, principalmente na lavoura (AMARANTE, 2007). A adesão à política de construção das colônias agrícolas não se deu apenas pela ineficácia das outras estratégias de tratamento terapêutico, ela se constituiu das necessidades do capitalismo brasileiro (RESENDE, 2003). Dessa forma:

[29] Para exemplificar essa realidade, evidenciamos o conto denominado o Alienista (1882), do escritor brasileiro, Machado de Assis. Nessa obra o escritor nos convida a refletir sobre o processo de institucionalização da loucura no Brasil, chamando atenção para a internação com principal recurso do modelo de cuidado para as pessoas em sofrimento mental.

> [..] as colônias agrícolas foram implantadas de forma a complementar os hospícios urbanos. De acordo com o discurso oficial, procurava-se recriar o ambiente rural pré-capitalista, procurando estimular os pacientes a cuidarem da terra, em propriedades adquiridas distantes dos perímetros urbanos, contraditoriamente, num país que se urbanizava a cada dia. Na realidade as colônias representaram a expansão das estratégias de acumulação capitalista na saúde mental, tendo por base a cultura política brasileira, em que os processos de transformação se dão pelo alto. As colônias se caracterizam como espaços de medicalização que seguiam a risca a orientação higienista de limpar a cidade, num momento em que a questão social era tratada como caso de polícia e o Estado procurava punir rigorosamente qualquer manifestação contra a ordem estabelecida (COSTA, 2016, p. 78).

Para Amarante (2007), entre 1930 e 1950, houve uma proliferação expressiva das colônias agrícolas, tanto no lapso temporal da gestão da Assistência Médico Legal de Alienados[30] do psiquiatra Juliano Moreira, como de seu sucessor Adauto Botelho. Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance, a colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos.

No município de Barbacena, em Minas Gerais, o hospital colônia mais importante do Estado, construído em 1903, em uma fazenda, os internos eram considerados marginalizados, que incomodavam o convívio em sociedade, e, dessa forma, eram aprisionados na colônia, mesmo sem estarem em sofrimento mental. Conforme Toledo (2008, p. 17) "Pacientes de toda a parte chegavam e eram abandonados em Barbacena, trazidos por suas famílias ou nos vagões ferroviários, também chamados de trens de doidos".

Rosa (2011) apresenta uma fecunda análise sobre as colônias agrícolas, apresentando que as mesmas são consideradas experiências anacrônicas em relação a sociedade em processo crescente de urbanização e industrialização. As instituições asilares como o Hospital Psiquiátrico e as colônias agrícolas são os protagonistas, até a metade do século XX, no tocante a política de saúde mental, as mesmas até então aconteciam em serviços públicos.

Seguidamente, em 1960, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), as internações psiquiátricas passaram a compor o rol de serviços oferecidos pela rede de saúde privada. Nesse momento o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos que foi se expandindo rapidamente para atender à crescente demanda. Nesse cenário, as clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtiveram lucro por meio da "psiquiatrização" dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se a chamada "indústria da loucura", com aumento considerável do número de internações na rede particular, que aumentou de 35 mil para 90 mil no período de um (01) ano. A loucura

[30] Primeira Instituição Pública em Saúde Mental no Brasil.

tornou-se uma grande fonte de lucro para os donos dos hospitais conveniados (AMARANTE, 2007).

> A doença mental tornou-se, nesse momento, um objeto de lucro, uma mercadoria; a situação dos hospitais privados e da assistência aos doentes mentais era a mesma das unidades públicas. Somando-se, ainda, um agravamento no que diz respeito à falta de liberdade e direitos; os tempos de internação eram frouxos e as visitas proibidas. A Previdência Social chegou a destinar, no período, 97% de todos os recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar e os restantes a rede extra hospitalar, composta exclusivamente por ambulatórios (AMARANTE, 2007, p. 33).

No período que corresponde a ditadura militar (1964/1984), o Estado busca induzir, estimular e propiciar as condições necessárias ao desenvolvimento industrial através do controle social da classe trabalhadora, diante da luta de classe. Nesse contexto, o Hospital Psiquiátrico acata a demanda por saúde da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que atende diretamente aos interesses da industrialização. Podemos destacar que o aumento significativo do número de Hospitais Psiquiátricos de natureza privada com fins lucrativos marca o período de ditadura militar. Para Costa (2016, 80)

> A marca contraditória que acompanha o padrão hospitalocêntrico no Brasil: ao passo que emergem técnicas e medicações mais modernas e a psiquiatria nacional legitima-se, aumenta o número de hospitais psiquiátricos. É importante refletir essa questão, visto que, naquele momento, alguns países no mundo iniciam uma problematização do tratamento psiquiátrico, enquanto, no Brasil, acontece ainda uma ampliação temerária do hospital psiquiátrico, como uma aliança com as forças mais conservadoras da sociedade.

A institucionalização da "loucura" através dos Hospitais Psiquiátricos passa a ser a consolidação da política de saúde mental no Brasil. Os Hospitais Psiquiátricos tornam-se grandes depósitos de gente e servem em última instancia a legitimidade do regime autocrático burguês, inseridos em uma proposta de ordem. Os manicômios assumem uma dupla função: contribuem para o processo de legitimidade do sistema, através do controle, e funcionam como mecanismo de acumulação do capital. Arbex (2013) enfatiza que os pacientes psiquiátricos[31] tornam-se moeda de troca por parte do Estado, quando internados, mediante o pagamento pela Previdência Social, por cada usuário interno, que contribuía para o incentivo do aumento das internações, e quando falecidos pelo tráfico de corpos ransformados em indigentes e vendidos para as universidades brasileiras.

[31] Para exemplificar tal afirmação, destacamos o filme Bicho de Sete Cabeças (2000), baseado no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, Canto dos Malditos. O filme apresenta um retrato assustador do sistema manicomial brasileiro. Conta a história de Neto, um adolescente perfeitamente sadio que é internado em um manicômio por seu pai, que espera, com isso, afastar o filho das drogas. Por mais emporada que esta atitude possa parecer, a verdade é que internações injustificadas como esta são, infelizmente, mais comuns do que se imagina: há relatos até mesmo de mulheres internadas por seus maridos, acusadas de adultério, e de alcoólatras que são entregues à "terapia" de eletrochoque como forma de se livrarem do vício (a bem da verdade, este tipo de absurdo também ocorre em outros países – vide *Garota, Interrompida* -, mas, aqui, o agravante reside no abandono e na pobreza dos manicômios, bem diferentes das clínicas do Primeiro Mundo).

São com esses contornos que a política de saúde mental se consolida no solo brasileiro. Diretamente vinculada aos interesses do capital, materializada sob as práticas mais conservadoras e degradadas de restrição de direitos operacionalizadas no manicômio. Dessa forma o mix da contraditória aliança entre modernidade e conservadorismo é apresentado e institucionalizado através da indústria da loucura.

Assim, é a partir das denuncias contra as más condições de trabalho e estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos que emerge o debate sobre a reforma Psiquiátrica brasileira, que se caracteriza como um processo em construção desde a década 1970, ponto a ser discutido no item que segue.

3.3 A Reforma Psiquiatra no solo brasileiro

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem uma história própria, com suas especificidades e características, inscrita em um contexto internacional marcado pela busca da superação do modelo hospitalocêntrico, e por outro lado pela emergência de movimentos sociais que lutavam por um novo modelo de assistência aos pacientes psiquiátricos.

De acordo com Amarante (2007), o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como estopim a histórica crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. As denúncias foram realizadas por médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (unidade ligada a DINSAM), que registraram no livro de ocorrência as inúmeras irregularidades da unidade hospitalar. Dentre as denúncias estavam as precárias condições e vínculo de trabalho, e as inúmeras situações de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas dos pacientes.

Paralelamente, profissionais de quatro unidades da DINSAM (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) deflagraram uma greve em abril de 1978. O estopim da greve foram as denúncias realizadas por profissionais da área da saúde mental, que trouxe a público a trágica situação dos hospitais psiquiátricos do país. A deflagração da greve apresentou a base para o surgimento de um movimento bem maior e amplo e recebeu o somatório das forças de outras instituições, tais como, do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME), o que culminou com a instituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro.

O MTSM denunciava à falta de recursos nas unidades e a precariedade das condições de trabalho refletida na assistência prestada a população. Dentre os vários questionamentos do MTSM podemos elencar as denuncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, a denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS, e a busca por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2002).

Assim, o Movimento apresentava como objetivo central:

> Constituir-se um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2007, p. 52).

Nesse contexto de luta pela reformulação da política de saúde mental no cenário brasileiro, o MTSM é considerado o principal sujeito político no projeto de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTES, 2007). Caracterizando-se como,

> [...] o primeiro movimento na área da saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde. O mesmo ganhou destaque em função da luta popular que desencadeou no campo da saúde mental. Outra expressão do MTSM é a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial [...] uma organização civil da área de saúde e direitos humanos, que estava na luta pela reorientação e a redefinição do modelo psiquiátrico no Brasil (AMARANTE,1995, apud PEREIRA;SILVA;LIMA;PEREIRA, 2006, p. 03).

A partir dos desdobramentos da instituição do MTSM, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira começa a ganhar visibilidade no país. Em 1978 e 1979, respectivamente, Basaglia visitou o hospital de Barbacena e ficou impressionado com a situação vivenciada pelos pacientes da instituição hospitalar, realizou uma nítida e perplexa comparação entre o Hospital de Barbacena e um campo de concentração da Segunda Guerra Mundial. Para tanto, recorremos a Arbex (2013) que narra o quotidiano dos pacientes internos na colônia, na obra Holocausto Brasileiro. Para ele:

> 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 a 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, não paginado).

A partir de então, na década de 1980, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha visibilidade política e social, destacando-se a transformação do MTSM em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com críticas ainda mais acentuadas aos hospitais.

A isso, destacamos que além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar segregador, a década de 1980 assistiu a outros processos igualmente importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma (CARDOSO, et, al, 2014), dos quais podemos elencar, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a I Conferência de Saúde Mental, em 1987, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo no ano de 1987, criação do primeiro núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, em 1987 e da Associação Loucos Pela Vida, em 1987 (AMARANTE, 1995). Dialeticamente a esse processo de movimento de mudança dos padrões de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, evidenciamos o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, por conseguinte a concretização e constituição do SUS.

Conforme já mencionado a Reforma Psiquiátrica Brasileira, trás as particularidades do cenário brasileiro, em um momento de crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e de eclosão de movimentos sociais em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos. É considerado um processo "maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde" (DELGADO et al., 2007, p. 39).

O Ministério da Saúde define a Reforma Psiquiátrica como um processo:

> [...] político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (DELGADO et al., 2007, p. 39).

Na mesma perspectiva de entendimento Amarante (2007) define a Reforma Psiquiátrica a partir da compreensão de um processo complexo que ocorre em quatro diferentes dimensões. A primeira refere-se, ao âmbito teórico-conceitual ou epistemológico e engloba as questões referentes à produção e construção do conhecimento, incluindo desde os conceitos mais simples até os produzidos pela psiquiatria clássica (isolamento terapêutico, tratamento moral) que subsidiam e regularizam o saber/ fazer médico/ psiquiátrico.

No âmbito da segunda dimensão temos o modelo técnico-assistencial que engloba os mecanismos utilizados na prática cotidiana, e a forma de lidar com a loucura. O modelo assistencial historicamente calcado na tutela, na custódia e no isolamento, que torna o louco incapaz de ser sujeito de sua própria vida, deve ser modificada para uma perspectiva que considere o portador de transtorno mental sujeito de direitos.

A terceira dimensão refere-se ao campo jurídico-político e envolve a discussão dos direitos humanos. Trata-se da luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental.

A quarta dimensão abrange a área sociocultural e é considerada estratégica para a Reforma Psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social e refletir sobre o tema da loucura, estabelecendo assim uma nova relação entre sociedade e loucura.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica compreende um processo social bastante complexo que envolve vários fatores, marcados por conflitos e desafios. É notório que ao longo dos anos a política de saúde mental ganhou novos contornos, o que tem contribuído para significativos avanços no campo da saúde pública, dentre vários aspectos, os direitos para os portadores de transtorno psíquico, superação da violência asilar e o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, além da constituição de uma rede de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que implementa novas formas de tratamento através da construção de uma rede de atendimentos as pessoas em sofrimento mental, conforme veremos a seguir.

3.4 A construção da Rede de Saúde Mental e as novas formas de tratamento: um processo em permanente construção

É a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica que as mudanças do modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde mental são propostas, na busca constante de um atendimento digno paras as pessoas em sofrimento mental. Conforme expomos anteriormente a Reforma Psiquiátrica apresenta como principal bandeira o resgate da cidadania do dito "louco" e a reconstrução de novos paradigmas teórico-práticos. Ela tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas profissionais, valores sociais e culturais.

No que concerne à reorientação do modelo de assistência na política de saúde mental, faz-se necessário destacar a importância da Conferência de Caracas, realizada em 1990, e que discutiu num contexto amplo as políticas de saúde mental e a reorientação do modelo de atenção nos países da América Latina e Caribe, sendo o Brasil signatário. Essa conferência culminou na elaboração da "Declaração de Caracas", que traz como princípio a promoção de modelos alternativos, centrado da comunidade e dentro de suas redes sociais, o respeito pelo direito das pessoas com doenças mentais, através da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental (CIRILO, 2006).

Nesse processo de discussões oriunda da Reforma Psiquiátrico, o Movimento de Luta Antimanicomial constrói junto com o Deputado Paulo Delgado (PT- MG), uma proposta de modificação da legislação. É elaborado o Projeto de Lei nº 3.657/1989, que dispõem sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, marcando o início da reforma no campo da legislação jurídica (CIRILO, 2006).

O projeto de Lei nº 3.657/1989 apresenta objetivos bem claros, a saber: proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico; necessidade da construção de planejamento de implantação da rede substitutiva nos estados e municípios, exaltando o fim das unidades manicomiais; apontava prazos para o processo de substituição de leitos em manicômios por leitos em serviços substitutivos; definições sobre o prazo para comunicação a autoridade judiciária em 24 hs, pelo médico assistente, no caso de internação compulsória.

No tocante a sua tramitação, Costa (2016) ressalta que:

> [...] os primeiros debates foram favoráveis, até o PTB trazer a Federação dos Hospitais Psiquiátricos para o debate. O jogo de interesses, negociações, e a tentativa constante de manutenção do espaço do hospital psiquiátrico foram marcas de um fecundo e tenso debate que foi estabelecido na Câmara dos Deputados até o projeto de Lei ser aprovado, em dezembro de 1990 e entrar no Senado (COSTA, 2016, p.102).

O referido projeto de lei só veio a ser transformado em Lei Ordinária em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Regulamentado como Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, normatizando as internações psiquiátricas classificadas como voluntária, involuntárias e compulsórias (BRASIL, 2001).

> A aprovação da lei no congresso e sua sanção pelo presidente da República foi o desdobramento de uma tensão entre as diferentes forças sociais implicadas no processo: o movimento da luta antimanicomial e demais forças sociais que defendem o mesmo projeto, os proprietários dos hospitais psiquiátricos e os segmentos que lutam pela manutenção da ordem estabelecida de que lugar de louco é no hospício. O governo que, ao longo de várias gestões, adotou um conjunto de medidas na direção da reforma psiquiátrica, resistia em assumir esta posição frente à sociedade (DIAS, 2007, p. 122).

É importante destacar que, enquanto o projeto de Lei 3.657/1989 tratava do fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, a Lei 10.216/2001 para ser aprovada, passou por um ciclo de negociações que resultou na supressão e revisão de seus artigos e princípios, prevalecendo o texto que possibilita a existência dos hospitais psiquiátricos.

Todavia, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento sem serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção de manicômios. Ainda assim, a promulgação da citada lei impõe um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É nesse contexto que a política de saúde mental do governo federal, alinhada as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Avançando na direção de mecanismos alternativos e humanizados no processo de tratamento, a desinstitucionalização de pessoas com longos períodos internados é impulsionado com a criação do Programa "De Volta para Casa" e dos Serviços de Residências Terapêuticas, além de uma política específica para a questão do álcool e outras drogas.

O Programa "De Volta para Casa", regulamentado pela Lei n° 10.708, de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais,

egressos de internações, tem por objetivo a reinserção social das pessoas com o longo histórico de internação. Destina ainda, o pagamento mensal no valor de R$ 240,00, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade. Devem receber esse auxílio, as pessoas com histórico de internação em hospitais psiquiátricos por um período ininterrupto igual ou superior a 02 anos, e pessoas inseridas nos Serviços Residenciais Terapêuticas (BRASIL, 2005).

Os Serviços de Residências Terapêuticas surgem como importante estratégia para superação do modelo hospitalocêntrico, regulamentado pela portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, constitui-se como serviço substitutivo a internação psiquiátrica prolongada, evitando assim uma grave dependência institucional. Apresenta como objetivo garantir o direito a moradia e a reintegração social e comunitária de doentes que não possuem suporte social e laços familiares que viabilizem sua reinserção social.

Seguidamente, o Ministério da Saúde, instituiu, em 2002, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/PSIQUIATRIA), um instrumento de gestão e avaliação. O PNASH/PSIQUIATRIA permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existente na rede de saúde, ao tempo que apresenta critérios para uma assistência compatível com as normas do SUS, e descredencia hospitais sem estrutura e qualidade adequadas para a assistência prestada. A avaliação dos hospitais psiquiátricos passa a ser sistemática e anual, realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo (BRASIL, 2005).

O PNASH/PSIQUIATRIA nas últimas décadas em seu processo de vistoria vem conseguindo avaliar um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos. Dessa forma vem sendo também estratégico na redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria.

Outro componente de fundamental importância nesse processo de desinstitucionalização e busca de construção de uma rede de atenção à saúde mental, são as Conferências Nacional de Saúde Mental. Enquanto dispositivo essencial de participação e de controle social, têm-se realizado em momentos importantes da história da política de saúde mental no Brasil e demarcado problemáticas fundamentais para as discussões e construção da reforma psiquiátrica brasileira, assumindo um papel de avaliar e reafirmar as ações na política de saúde mental e, por conseguinte, traçar as diretrizes e princípios a serem seguidas. As Conferências ocupam lugar fundamental no desenho da política de saúde.

Destarte, conforme sinaliza Cardoso (et al., 2014), entre 1990 e inicio dos anos 2000, foram aprovadas em vários estados brasileiros leis que passaram a determinar a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, por outro lado, entraram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a fiscalização dos hospitais psiquiátricos e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e de Hospitais-Dia. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em 2001, conferiu aos CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência no Brasil.

Importa destacar que os CAPS, enquanto dispositivos de atenção a saúde mental, tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Os CAPS são serviços comunitários ambulatoriais que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.

Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe.

A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social. (BRASIL, 2005).

Os CAPS assumem a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, buscando evitar as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica.

Os CAPS, portanto, organizam a rede de atenção as pessoas com transtorno mentais nos municípios. Para tanto, foram pensados e implementados de acordo com algumas singularidade, tais como, o público alvo a ser atendido e a abrangência territorial, atualmente classificam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS AD III.

O CAPS I é responsável por atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias (Portaria 336/2002).

A abrangência territorial compreende municípios ou regiões com população acima de 20.000 habitantes (Portaria 3.088/2011). (BRASIL, 2002; 2011).

O CAPS II é responsável por atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local (Portaria 336/2002). A abrangência territorial são os municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes (Portaria 3.088/2011). (BRASIL, 2002; 2011).

O CAPS III oferta atendimento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. A abrangência territorial compreende os municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Portaria 3.088/2011) (BRASIL, 2011).

O CAPS i Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. A abrangência territorial são os municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Portaria 3088/2011) (BRASIL, 2011).

O CAPS AD tem como público alvo adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A abrangência territorial compreende os Municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes (Portaria 3088/2011) (BRASIL, 2011).

O CAPS AD III, é um Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário que funciona 24 (vinte e quatro) na semana, finais de semana e feriados. É responsável pelo atendimento de adultos, crianças e adolescente com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A abrangência territorial compreende Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Portaria 3088/2011) (BRASIL, 2011).

Dessa forma, os CAPS assumem uma posição estratégica como articulador da rede de atenção de saúde mental, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio sanitária, jurídicas, sociais e entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos necessários para uma sociedade sem manicômios, possibilitando um atendimento mais digno as pessoas com transtorno mental ou em sofrimento mental. Assim,

> Os mais de mil CAPS espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de

> características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização- cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão e loucura (BEZERRA, 2007, p. 243).

Nessa perspectiva, a Portaria 3.088/2011[32] instituída em 2011 visa ampliar a rede de serviços [incluindo os CAPS], constituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito SUS. Dentre as Diretrizes da RAPS, destacamos a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Desse modo, a RAPS foi instituída objetivando, dentre outras medidas, ampliar e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias à atenção psicossocial; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

Ademais, a RAPS é constituída por alguns componentes, que compreendem um conjunto de ações e serviços cuja finalidade é atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares. Dos componentes destacamos; I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada/estratégica; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V- atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização, e VII - reabilitação psicossocial. Chamados de pontos de atenção, esses componentes buscam ofertar ações básica, de média e alta complexidade em saúde mental no âmbito do SUS. Assim,

[32] A portaria assume um papel de grande relevância no tocante a marco da estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, na medida, que evidencia uma gama de serviços extra hospitalares, é uma tentativa real por parte do Ministério da Saúde, mesmo que com nuances de conservadorismo, de implementar uma sociedade sem manicômios.

> Constituída por dispositivos assistenciais diversos que devem funcionar de forma articulada - Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), leitos e enfermarias em hospitais gerais, Serviços Hospitalares de Referência, ambulatórios, Unidades de Atenção em Regime Residencial, Centros de Convivência e o Programa de Volta para Casa -, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde à solução organizativa proposta para a implementação desse modelo assistencial em saúde mental no SUS (CARSOSO, tt al., 2014, p. 61).

De acordo com o Ministério da Saúde a construção de uma rede é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.

Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas a outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamental para a sua construção a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. Desse modo, a rede de atenção à saúde mental passa por um processo de expansão, alcançando regiões com forte presença de hospitais psiquiátricos.

Dessa forma a ideia proposta pelo Ministério da Saúde com a organização em rede, é capaz de atender a complexidade das demandas das pessoas em sofrimento mental. Apenas com a articulação de diversos serviços, se pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, que foram secularmente estigmatizadas. Assim, é notório que

> Entre 2002 e 2012, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política do Estado brasileiro e o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), pela expansão de serviços substitutivos (CAPS e as Residências Terapêuticas) e pela criação do Programa De Volta para Casa. Mas os desafios continuam! (CARSOSO, tt al., 2014, p. 60-61).

Já que a formalização dos direitos e serviços no plano legal não significa a sua garantia e a sua efetivação na prática, principalmente quando consideramos o processo de Reforma do Estado Brasileiro, e por conseguinte, de contrarreforma vivenciado pelas políticas sociais, nelas inclusa a política de saúde mental.

Conforme demonstrado na presente exposição, a política de Saúde Mental em solo brasileiro sofre nuances, e, portanto, os caminhos de avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica são ameaçados constantemente pela alteração no papel do Estado, processo esse

que se intensificaram nos últimos anos. Assim, a política nacional de saúde mental no país assume novas tendências na contemporaneidade, com particularidades regressivas, sobretudo as que marcaram as inciativas no dois anos do governo de Michel Temer, enfoque a ser dado no próximo e último capítulo dessa dissertação.

CAPÍTULO 4 - AS TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO GOVERNO DE MICHEL TEMER

A síntese analítica do presente capítulo resultam dos dados coletados através de fontes bibliográficas e documentais (Resolução nº 32/2017 e Portaria 3.588/2017) e objetiva apresentar a Política de Saúde Mental no Governo de Michel Temer, identificando as principais tendências implementadas nos dois anos de governo.

Para tanto, as sucessivas reflexões resgatam elementos sinalizados nos capítulos anteriores de forma a reforçar o contexto contraditório e regressivo de precarização das políticas sociais e como eles caracterizam as tendências identificadas na política de saúde mental no governo Michel Temer.

Dessa forma, sinalizamos como principais tendências que compõe a síntese de nossas análises, a) a criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental: um *mix* de passado e presente); b) o "ressurgimento" do Hospital Psiquiátrico: revisitando um passado recente); e c) as Comunidades Terapêuticas: inclusão como serviço de saúde.

4.1 A Política Nacional de Saúde Mental no governo de Michel Temer

Conforme abordado anteriormente, o processo de contrarreforma na política de saúde vem se delineando desde os anos de 1990, a partir do governo de FHC, passando pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT) até o presente lapso temporal. Entendemos que mesmo sendo um processo, e que alguns momentos sejam de continuidade, evidenciamos que cada governo apresenta suas singularidades. Explicitando tais particularidades, Soares (2018, p. 25) sinaliza que,

> [...] até o governo Dilma Rousseff, uma estratégia comum a todos eles era a não explicitação da contrarreforma na saúde, apresentando- se nos governos FHC como necessidade de aperfeiçoamento da gestão, mas não se posicionando abertamente contra os princípios do Sistema Único de Saúde; seja nos governos do Partido dos Trabalhadores, como uma modernização da reforma sanitária, com a necessidade de introdução de novas formas de gestão, abrindo ainda mais espaço para o capital da saúde dentro e fora do SUS.

Dessa forma, o processo de contrarreforma na política de saúde, nela inclusa a política de saúde mental, apresenta traços de continuidades, rupturas e retorno, em um *mix* de passado e presente, com as especificidades de cada governo.

Em especifico, o Governo ilegítimo de Michel Temer, apresenta desde o início uma flagrante aceleração e intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurado uma nova e acentuada fase no processo de contrarreforma que atinge diretamente a totalidade das políticas sociais.

> O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (TEIXEIRA, 2018, p. 12).

Concordamos com Teixeira (2018) quando afirma que no governo Temer, embora com algumas nuances diferenciadas, devido as condições sócios históricas, as ações no âmbito do Estado mantêm a lógica do PDRE/MARE, utilizando-se inclusive de algumas legislações do mesmo período de FHC, sendo que as sugestões e ações do governo Temer assume as características mais regressivas, uma vez que aprofunda a ideia de inviabilidade do SUS e o desmonte da Política de Saúde Mental.

No decurso do governo Temer, a contrarreforma do Estado Brasileiro e precisamente na política de saúde mental entra em uma nova fase de explicitação, apresentando um conjunto de proposições e alterações que configuram a maior e mais grave ofensiva sofrida desde o movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. É importante reforçar que:

> A Reforma Psiquiátrica tem sido a diretriz da política adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo negociada entre as forças políticas. Contudo, a adoção da Reforma Psiquiátrica acontece em um momento histórico e contraditório em que o Brasil começa a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais, a retração do Estado e a cessão de espaços ao capital privado [...] (DIAS, 2007, p .134).

Esse contexto exposto por Dias (2007) é propicio a transformação da atenção em saúde mental, como justificadora de redução e precarização da oferta de serviços que ganham força no Governo de Temer.

Desse modo, a agenda de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental no Governo Temer está estruturada em dois acontecimentos:

- No dia 14 de dezembro de 2017, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi aprovada a desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, colocando novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas;
- No dia 22 de dezembro de 2017, no meio do recesso legislativo e do judiciário, o Ministério da Saúde publicou a Resolução n. 32 e a Portaria n. 3588 que oficializa

> as medidas que desconfiguram a RAPS e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial n. 2, que inicia um redesenho nas políticas de drogas, baseada no financiamento e na ampliação das comunidades terapêuticas.

-

Conforme ressalta Soares (2018) as alterações na política de Saúde Mental, são tidas como ameaças as conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Através da Portaria nº. 3.588/2017, oriunda do Ministério da Saúde, o atual governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial, que direcionam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais.

Registra-se, ainda, a postura antidemocrática ao não inserir o Conselho Nacional de Saúde nos espaços de decisão, demonstrando que reconhecer tal instância como espaço de decisão, e como uma ferramenta que compõem uma das diretrizes do SUS. Além disso, evidenciamos também um descrédito ao Movimento Nacional de Luta Manicomial, cuja posição é explicitamente contrária às alterações impostas pelo governo.

É necessário enfatizar que apesar do contexto adverso, a política de saúde mental vinha em um processo gradativo de avanços e conquistas. Dentre os avanços, como já mencionados, a adoção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, especificamente no caso brasileiro, foi sem dúvida um passo importante para a introdução dos direitos dos portadores de transtorno mental. Entretanto, as mudanças aprovadas impõem sérios retrocessos no tratamento de pacientes com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, mais que isso, se caracterizam como uma afronta aos direitos humanos e a Reforma Psiquiátrica adotada em solo brasileiro.

Muitas das mudanças estabelecidas neste recente reordenamento na política de saúde mental, remete e reforça a posturas antidemocrática adotadas pelo governo, cujas decisões se dão sem diálogo com a sociedade civil, próprio do que se denomina como ideologia ultraneolibreal.

Para exemplificação da conduta antidemocrática adota pelo governo em pauta, evidenciamos a fala do presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, o militante Paulo Amarante, ao destacar que a portaria foi aprovada a “toque de caixa”, não foi aberta a palavra, não foi dado o espaço para o diálogo dos militantes da Reforma Psiquiátrica.

No processo de formulação, os usuários e suas entidades representativas não dispuseram de espaço nas discussões e decisões. A origem das decisões referentes à política

de saúde mental imposta pelo governo rompe com um dos traços constitutivos da Reforma Psiquiátrica, que é o necessário diálogo com a sociedade.

Desse modo, a "nova política" sistematizada e apresentada pela portaria n. 3588 foi construída exclusivamente por apenas uma categoria profissional, no caso, a corporação médica, desconsiderando a importância e o saber das demais categorias que trabalham e somam conhecimento na área.

No rol de mudanças aprovadas em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite[33] (CIT) do SUS, em 21 de dezembro de 2017, sem nenhum tipo de discussão, podemos identificar nitidamente alguns pontos dos quais cabe destacar:

- Incentivo ao fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais;
- Risco de desfinanciamento de serviços substitutivos, e consequentemente o retorno a valorização da internação psiquiátrica;
- Retorno dos ambulatórios de Saúde;
- Inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde.

Em linhas gerais, essas mudanças que são propostas pela Portaria nº 3.588/2017, estão amparadas em manobras truculentas e processadas de maneira espúria. Dessa forma destacamos uma troca de políticas baseadas em evidências científicas e apoiadas por ampla participação social por atos sem sustentação técnica, sem respaldo da sociedade e sem consulta aos diversos atores envolvidos. A mudança da política nacional de saúde mental foi praticamente clandestina, através de manobras muito parecidas às usadas para a compra de votos no Congresso, o que chamou atenção das pessoas e entidades da área de saúde e da Procuradoria (LEMES, 2018). Em conformidade evidenciamos:

> Tal política é alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por esta na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desistitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001. O movimento de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representam retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social (SOARES, 2018, p.16).

[33] A Comissão Intergestores Tripartite conta com representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (Conasems).

Na perspectiva de resistência a esse processo destacamos várias entidades com idoneidade moral preservada e reconhecimento nacional que se manifestam contra as mudanças propostas pela Portaria n. 3.588/2017, dentre essas entidades, destacamos a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), que se posicionou afirmando que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária (LEMES, 2018).

Na mesma perspectiva de construção de proposta de resistência, destacamos o protagonismo da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde[34], reconhecida como sujeito político, que busca articular a luta por saúde[35] e a construção de um novo projeto societário. No âmbito da política de saúde mental, vem buscando fortalecer a defesa dos elementos que compõem a reforma Psiquiátrica, e se posiciona contra as Comunidades Terapêuticas.
Soma-se ainda as essas entidades, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), e o Conselho Federal de Serviço Social. (CFESS).

A construção de resistência a esse processo torna-se de fundamental importância, na perspectiva de somar forças a um contexto de nítidos ataques à política de saúde mental, em que a gravidade dos retrocessos nas mudanças anunciadas soma-se a tramitação destas medidas em regime de urgência.

Seguindo o caminho de retrocessos em que perpassa a política de saúde no governo Michel Temer, destacamos a nomeação do médico psiquiatra, Quirino Cordeiro, para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Em suas declarações iniciais, Cordeiro, afirma abertamente a imprensa que existem inúmeros problemas, dos quais destaca a falta de controle sobre os atendimentos que são oferecidos aos

[34] A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010, integrando diversas organizações, movimentos sociais e militantes da área da saúde. É uma frente de esquerda, suprapartidária e anticapitalista. Desde sua criação vem se empenhando em um esforço coletivo para articular as diversas lutas em defesa do SUS de caráter público, 100% estatal e de qualidade; contra os processos de privatização com o que o sistema de saúde brasileiro vem passando; e a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalho em que se encontram os diversos profissionais de saúde (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018).

[35] Destacamos ainda como defesa da Frente Nacional contra a Privatização: um Sistema de Saúde Público, 100% estatal, universal e de qualidade, sob a administração direta do Estado e contra toda forma de privatização da saúde; Revogação das Leis que criam as Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direto Privado, EBSERH e Parcerias Público – Privadas e retomada de gestão pública estatal; Pela eliminação dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à limitação de gastos com pessoal na área de saúde que podem prejudicar a execução da prestação de serviços a população; Reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor público, isonomia salarial, estabilidade no trabalho e Plano de Cargos, Carreiras e Salários bem como melhoria das condições de trabalho e contra todas as formas de precarização do trabalho; Defesa da utilização de, no mínimo, 10% do Produto Interno Bruto para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços; Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pela revogação do Artigo n º 142 da Lei nº13 097/2015;

pacientes; a ausência de prestação de contas; recursos não aplicados a construção de centro de ambulatórios, má gestão dos centros de atendimentos em suas diversas especificidades.

Ademais, dentre todas as falhas apontadas por ele, evidencia com ênfase a baixa ocupação de leitos em psiquiatria em hospitais gerais. Dessa forma a volta das vagas em hospitais psiquiátricos torna-se um dos temas centrais a ser problematizado em sua gestão. Especialistas na área de Saúde Mental, a exemplo de Roberto Tikanory[36] e Pedro Henrique Marinho[37], ex- Coordenadores de Saúde Mental, concordam que as mudanças são um retrocesso. Afirmam que a valorização de vagas em hospitais psiquiátricos é um enorme prejuízo ao que foi construído coletivamente pela Luta Antimanicomial no Brasil. Acrescentam, ainda, que a redução do uso de leitos em hospitais psiquiátricos não ocorreu a "toa'. Há um acúmulo de relatos de histórias de violação de direitos humanos nessas instituições. Isso trouxe para o Brasil até mesmo condenação em instâncias internacionais.

É nesse momento peculiar que avançamos no interesse em identificar e discutir as tendências contemporâneas da política de saúde mental, relacionando com o contexto de consolidação. Dessa forma sistematizaremos, a seguir, as principais tendências da política de saúde mental no governo Temer, tomando como base a Portaria 3.588/2017 e a Resolução nº 32/2017.

4.2 A Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental: um *mix* de passado e presente

Conforme sinalizado, na contemporaneidade, sobretudo a partir dos dois anos de governo Temer, a política nacional de saúde mental sofre graves ataques retrocedendo o que historicamente foi conquistado. Os trinta anos de construção estão sobre forte ameaça, a indústria de leitos baseada na mercantilização do sofrimento, voltam à cena central no país.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como marco fundamental da política de assistência a saúde mental. A partir da mesma o cenário psiquiátrico brasileiro mudou

[36] Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001). Atualmente é médico da Prefeitura Municipal de Santos e professor adjunto da Universidade Federal de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica, assistência psiquiátrica, saúde mental, cidadania e políticas de saúde mental. Nos últimos 05 anos coordenou a política de saúde mental e de álcool e drogas do Ministério da Saúde. Participou da delegação brasileira nas Comision of Narcotics and Drugs CND em Viena em 2011, 2012, 2013 e 2015. Representou o Ministério da Saúde em reuniões na WHO, PAHO, UNODC, e NIMH /US.

[37] Doutorando do Programa de Pós Graduação em Serviço Social - PUC SP (2016). Pesquisador do Núcleo de Ética e Direitos Humanos da PUC SP - NEPEDH. Mestrado em Serviço Social (PUC SP 2010). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2005). Tem experiência na área de saúde coletiva com ênfase em serviços de base territorial/comunitária, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, infância e juventude, psicologia social, reforma psiquiátrica, política social e Direitos Humanos.

consideravelmente. A rede substitutiva busca progressivamente substituir o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construída e consolidada um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais dos SUS (universalidade, equidade e integralidade), somado da proposta de desisntitucionalização, cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e chega até o imaginário social e as formas de conceber e compreender a loucura nos marcos dessa sociedade (BEZERRA, 2007).

Seguidamente a esse processo, evidenciamos a promulgação da Lei 10.216/2001 e por conseguinte, a publicações da Portaria nº 336/2002, que determina o CAPS como diretriz do novo modelo assistencial e, em seguida, a Portaria nº 130/2012, que determina a criação do CAPS AD III, conforme detalhamos no capítulo anterior.

Em 2011, temos a institucionalização da RAPS, por meio da Portaria nº 3088/2011, que apresenta o rol de serviços substitutivos que devem compor a RAPS, não enquadrando entre eles a instituição do Hospital Psiquiátrico. Contudo, é de fundamental importância esclarecer que a referida Portaria abre espaço para a participação do setor privado, principalmente quando qualifica as Comunidades Terapêuticas como integrantes da RAPS.

> Percebe-se que a portaria que institui a RAPS expressa em suas diretrizes os princípios que foram conquistados no processo de Reforma Psiquiátrica, uma vez que reitera a assistência em dispositivos que não privem a liberdade das pessoas com transtorno mental e /ou com problemas decorrentes do uso de drogas, mas que prevê um atendimento por meio dos serviços abertos de atenção psicossocial. Contudo, contraditoriamente, encontramos lacunas dentro da própria portaria quando esta prevê a participação do setor privado e filantrópico por meio das Comunidades Terapêuticas (PREDES, 2017, p.79).

Dessa forma a ação em Saúde Mental tem sido operacionalizada em uma perspectiva de rede, partindo do entendimento que os sujeitos devem ser atendidos de uma maneira singular e respeitando seus direitos enquanto sujeitos de “novos” direitos, sua liberdade e seu convívio no meio familiar e social É nessa perspectiva que os serviços substitutivos devem ser estruturados e compor a RAPS.

Dentre os dispositivos da política, que constam na RAPS, os CAPS são dispositivos estratégicos da política nacional de Saúde Mental, tomados como o principal instrumento de implementação da política no contexto da RAPS. É de fundamental importância mencionar que os CAPS fazem parte de um intenso movimento social, que busca a melhoria da assistência aos doentes de transtornos mentais no Brasil.

Os CAPS são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiando-os em

suas iniciativas na busca da autonomia. Esses serviços vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, tornando-se um lugar de referência. A forma de assistência prestada neste serviço é totalmente diferenciada da assistência em hospital psiquiátrico, principalmente pelo acesso local e interdisciplinar, promovendo a integração de sistemas primários e secundários, com prática multiprofissional e interdisciplinar (SAMPAIO; SANTOS, 2001).

Dessa forma os CAPS surgem para possibilitar uma nova prática de cuidado aos portadores de transtorno mental, caracterizam-se por ocorrer em ambientes aberto, acolhedor, harmonioso e que respeita os direitos de cidadania de seus usuários. Ultrapassam os limites da estrutura física, estendendo- se ao território de convívio familiar e social do usuário. É dessa forma que o sujeito é visto em sua singularidade, em sua história e em sua cultura, pertencente a vida em sociedade. É nessa perspectiva que concordamos que o CAPS assume papel de dispositivo estratégico na RAPS, sendo o regulador dessa rede.

Não dispomos de uma visão romântica que o processo de Reforma Psiquiatria está conclusa e sem dificuldades de operacionalização, os desafios que se apresentam na realidade devem ser discutidos e oferecidos possibilidades de resolutividade. Ou seja,

> Não há precedentes de implantação de uma reforma deste tipo num país com as características geográficas, políticas e sociais do Brasil. A construção de um sistema assistencial, um imaginário cultural e uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da Reforma exige que a imaginação, a criatividade e a reflexão crítica encontrem uma maneira de delinear com clareza quais são os desafios específicos que este horizonte de transformação enfrenta nas condições de nosso país (BEZERRA, 2007. p. 243).

Assim, a Reforma Psiquiátrica não se limita apenas a uma proposta de mudança ao modelo assistencial, se desdobra em vários planos, situados em diversos campos e por esse motivo apresentam desafios e dificuldades adversas, que necessitam ser apontadas Quanto a essas dificuldades, Bezerra (2007), destaca:

- No plano assistencial, uma difícil dificuldade de construir um modelo assistencial que sirva igualmente para todos os municípios do Brasil;
- Dificuldade na elaboração de dispositivos teóricos que contemple a discussão da clínica ampliada;
- Dificuldade de “quebrar a barreira” da hegemonia dos médicos no campo da atenção a saúde mental;
- Dificuldade de estabelecer e defender mecanismos e critérios de financiamento que reforcem as propostas da Reforma Psiquiátrica;

- Dificuldade de estabelecer critérios de avaliação para a política de saúde mental. Na atenção ao sofrimento psíquico é preciso encontrar formas de estimular subjetivamente e não apenas objetivamente, os resultados das ações;
- Dificuldade de realizar as mediações necessárias no tocante à temática dos direitos humanos e da defesa da dignidade da pessoa humana;
- Desafio de fazer a loucura e o sofrimento psíquico ser concebido e tratado de forma diferenciada na sociedade;
- E, por fim, e não menos importante a formação de recursos humanos.

Neste sentindo, reafirmamos que a política de saúde mental é perpassada e vivencia em seu real as dificuldades e desafios de sua operacionalização. Somado a um contexto de predomínio do neoliberalismo mais ortodoxo do governo Temer, as fragilidades são tomadas como uma nítida e clara estratégia de necessidade urgente de mudanças, apresentando-se a sociedade através de uma ideologia que prega mudanças regressivas como a única alternativa possível.

Cabe ressaltar que os motivos pelos quais se ensejam as alterações na política de saúde mental, faz parte das estratégias de "[...] instrumentalização contumaz do Estado pelos interesses do capital na área da saúde (SOARES, 2018, p. 30), promovendo mudanças substancias na perspectiva de redução de direitos da classe trabalhadora.

A "nova" Política Nacional de Saúde Mental lançada através da Portaria 3.588/2017 já se encontra em vigor, estabelecendo várias mudanças e alterações. Destacamos como uma das tendência atuais a Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental, chamado de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental, que se caracteriza como um serviço intermediário entre CAPS e atenção básica. Nesse sentido, a resolução nº 32/2017, explicita:

> Art. 6º - Aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2017b, não paginada).

A criação da rede de ambulatórios especializados em saúde mental apresenta-se como o retorno a um passado, tendo em vista que os ambulatórios existiam antes do processo de Reforma Psiquiátrica, e os mesmos foram sistematicamente desmontados pela falta de resolutividade em seu funcionamento, e com sérios efeitos de iatrogenia, por apresentarem:

- Formatação equivocada no modo de marcação de consultas, pelo critério único de ordem de chegada, desconsiderando a singularidade de cada sujeito e caso clínico;
- Existência de filas de esperas enormes em tais serviços como também a existência de uma lista de espera para marcação de consultas;
- Inexistência de qualquer trabalho em equipe;
- Total despreocupação com o estabelecimento de vínculos entre o usuário e o profissional;
- Prevalência única do saber médico no atendimento ofertado ao usuário;
- Consultas padronizadas para todos os usuários, de poucos minutos, com retorno em um longo espaço temporal, além da padronização da medicação proposta em massa;
- Inexistência do acompanhamento familiar do usuário atendido; e
- Dificuldades de admissão de novos casos pelos profissionais dos ambulatórios.

Portanto a proposta do governo Temer para a criação desse serviço intermediário entre o CAPS e a atenção básica, representa o ressurgimento de um modelo ineficaz, arcaico, antigo, ultrapassado e que não apresenta resolutividade as demandas dos usuários atendidos, indo na contramão dos aspectos conquistados com a reforma psiquiátrica.

Dessa forma, a perspectiva de quebrar a lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental, demonstra a intenção do governo de retornar a um modelo assistencial, que proporciona a segregação e a desassistência de usuários. Exprime ainda a nítida intenção de desvalorizar e desmerecer o papel estratégico do CAPS na rede substitutiva, conforme discutimos anteriormente. A criação desses ambulatórios não significa apenas a mudança de protagonismos de um serviço na rede, está para além dessa seara de discussão, significa a total desconstrução de valores, princípios que rodeiam a história da construção do serviço CAPS em um contexto de luta social da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, em nota, a ABRASCO (2017, p. 01) indica:

> O que está principalmente em questão é o retorno da ênfase dada às modalidades assistenciais conhecidas pela sua ineficácia nos processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomização de pessoas acometidas de transtornos mentais e de usuários de álcool e outras drogas, portanto modalidades manicomializadoras.

A criação desses Ambulatórios e, por conseguinte, das equipes multiprofissionais de atenção especializada, que deverão desenvolver suas atividades relacionadas a eles é um nítido e transparente incentivo a inversão do modelo de serviço proposto pela RAPS. A nível

de exemplificação o custeio de uma equipe tipo III, é bastante próximo ao valor de um custeio de um CAPS I. A justificativa do governo é que a criação desses serviços é bem mais simples e objetivo de gerenciar do que um CAPS, e que o mesmo deverá ofertar um atendimento que inexiste na rede, fato esse que não é verídico, pois o atendimento em saúde mental acontece na atenção básica e nos CAPS. Estamos diante de uma ruptura do trabalho em rede, do cuidado integral em saúde, do matricialmente e da construção de casos em equipe, em especial com o Saúde da Família, em detrimento da complexidade e robustez do trabalho realizados nos CAPS.

As mudanças são apoiadas por entidades tais como, a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina, que no decorrer da história da política de saúde mental fizeram das instituições manicomiais verdadeiros campos de concentração, através da prática de experimentos sádicos, a exemplo do eletrochoque e lobotomia, cuja ineficácia no tratamento já foi comprovada. As entidades que apoiam e defendem as referidas mudanças não estão preocupadas com a saúde e o cuidado dos usuários, contudo, tal apoio se sustenta em interesses próprios visando obter vantagens a partir de uma política higienista, racista, medicalizante, manicomial.

No que concerne a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, a Portaria 3.588/2017 é bastante objetiva e sintética ao apresentar sua instituição no âmbito dos SUS; evidenciamos que as mesmas deverão estar vinculadas a unidades ambulatórias especializadas, (BRASIL, 2017a), como demonstra o quadro a seguir:

Quadro I- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada

Objetivo da Equipe	Compete a Equipe	Tipos de Equipe	Demais informações
As equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001; A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados	Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes; Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica; Constituir preferencialmte referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental; Trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.	Equipe tipo 01: composta por 01 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 01 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 01 (um) assistente social (30 horas semanais); Equipe tipo 02: composta por 01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Equipe tipo 03: composta por 01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais)	A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional. Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde. Consideram-se as seguintes categorias profissionais para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo Sobre o custeio-(orçamento do Ministério da Saúde: Equipe tipo 1: R$ 12.000,00 mensais; Equipe tipo 2: R$ 21.000 mensais; e Equipe tipo 3: R$ 30.000,00 mensais.

Fonte: Portaria 3 588/2017

O quadro I é esclarecedor ao indicar como estratégia do governo Michel Temer tonar esses Ambulatórios de Saúde Mental e as Equipe Multiprofissional de Atenção especializadas uma das molas mestra da "nova" Política de Saúde Mental desvalorizando todo o contexto social dos usuários, ao passo que valoriza exclusivamente a lógica do atendimento médico. A essa lógica a assistência aos usuários passa a ser desenvolvida a partir de um viés patologizante, dando ênfase ao diagnósticos clínicos, e minimizando ou excluindo a complexa

articulação das condições materiais, sociais, culturais, psicológicas e biológicas, que permeiam o contexto de adoecimento e recuperação dos usuários.

É nesta perspectiva que afirmamos que o cenário atual da "nova" Política de Saúde Mental é permeado por um *mix* de passado e presente, nessa tendência exposta, os ambulatórios representam o ressurgimento do passado e as equipes o presente difundido pelo governo ilegítimo de Michel Temer.

4.3 O "ressurgimento" do Hospital Psiquiátrico: revisitando um passado recente

Partimos do pressuposto que todos os retrocessos não podem ser problematizados de forma isolada, pois atingem diretamente a população que é atendida pelos serviços da RAPS. Para tanto, concordamos com Passos (2018) quando destaca ser a partir do avanço das forças conservadoras que assistimos a uma atualização de práticas manicomiais em um contexto de novas facetas estratégicas de violação de direitos, conforme verificados na contemporaneidade.

Assim, a segunda tendência da " nova" política de Saúde Mental vai na contramão da principal bandeira do Movimento de Luta Antimanicomial. Desse modo dentre as várias questões debatidas, essa torna -se a discursão centralizadora da política de saúde mental.

Como já enfatizado, a partir de 1990, a substituição dos Hospitais Psiquiátricos vem acontecendo progressivamente através da construção de uma rede ampla, territorializada, comunitária, diversificada e que oferece condições de atendimento aos seus usuários em diferentes momentos e necessidades. Essa redução de leitos começa a acontecer mesmo antes da aprovação da Lei 10.216\2001, ao passo que a discussão ganha a cena nos debates nacionais e internacionais, devido as denúncias de maus tratos e desassistência existentes em tais espaços.

Para exemplificar esses maus tratos, Costa (2016) destaca que a desassistência estava concretizada numa assistência em que os usuários eram remetidos a mercadorias e assistidos de forma desumanizada. As inúmeras denúncias[38] de maus tratos se dava em todas as regiões do Brasil. Entre 2003 e 2004, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, realizou uma vistoria em 168 hospitais psiquiátricos no país, sendo que os 10 piores

[38] Como instrumento de denúncias e testemunhos da época, destacamos a série de reportagens "nos Porões da Loucura", de Hiran Firmino, o filme de 1979 " Em Nome da Razão", de Helvécio Ratton, o livro do Conselho Federal de Psicologia " a Instituição Sinistra": mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil e mais recentemente, o livro Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex.

foram alvo de um processo de intervenção federal. Entre eles encontrava-se o Instituto Campinense de Neuropsiquiátrica e Reabilitação Funcional (ICANERF[39]), mais conhecido como o Hospital João Ribeiro, em Campina Grande/ PB (CIRILO, 2006), que por dois anos subsequentes, não conseguiu atingir as metas pré - estabelecidas pelo PNASH.

Ainda em relação ao Hospital João Ribeiro, em 2005, por determinação judicial, o Ministério da Saúde e a gestão municipal assumiram a sua administração. A intervenção, dentre outros objetivos mediou à substituição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, fato amplamente divulgado pela imprensa local e nacional[40].

No âmbito das denúncias e maus tratos praticados nas instituições, ganha relevância as Conferências Nacionais de Saúde Mental de 1987, 1992, 2001 e 2010. Em ambas foram denunciadas as instituições manicomiais e reafirmado os ideais preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

É consenso na literatura que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma das mais respeitadas, singulares e ousadas políticas públicas de nosso país. Na medida em que propõe uma ruptura com a instituição secular do manicômio, tida como insubstituível e passa a oferecer um novo lugar para as pessoas em sofrimento psíquico. Com a promulgação da Lei 10.216/2001, a redução de leitos continua a ser bandeira dos movimentos sociais organizados em várias batalhas:

> Uma batalha histórica, visto que desde a década de 1970 os trabalhadores têm denunciado as condições de trabalho e tratamento nos hospitais superlotados, na medida em que o número de hospitais psiquiátricos aumenta extraordinariamente durante o período militar, passando de 135 hospitais psiquiátricos em 1961, para 430 em 1981. Podemos também citar uma batalha política, em que lembramos a luta pela aprovação da Lei 10.216/2001 em que os trabalhadores tiveram de enfrentar o Senado e sua organização em torno da Federação dos Hospitais, e também uma batalha no âmbito ético –político, uma vez que a luta acontece todos os dias no cotidiano dos usuários, trabalhadores e dos serviços que procuram construir uma nova ética, pautada em relações humanas e tendo como meta a emancipação (COSTA, 2016, p. 166).

É neste campo de batalhas que o processo de redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos acontece, evidenciamos que a proposta inicial da Lei 10.2016/2001 falava em

[39] O processo de intervenção no Icanerf ocorreu em novembro de 2004, após a visita de um representante do Ministério da Saúde e uma Comissão de Intervenção que tem por função aprovar e viabilizar tal processo no hospital, bem como possibilitar uma reorientação da assistência em Saúde Mental no município (CIRILO, 2006).

[40] O Jornal Correio da Paraíba, em reportagem publicada em 28 de abril de 2005, traz o seguinte destaque: Doentes Nus e Abandonados levam o Ministério de Saúde a intervir no Hospital Icanerf, onde caracteriza o espaço do hospital, local em que as pessoas tomavam banhos juntas cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aquele de circo. O quadro foi complementado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros. Além de estoque empobrecido de comida, um déficit considerável na farmácia do hospital. O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do Hospital.

extinção dos Hospitais Psiquiátricos, porém para ser aprovada, necessitou dar abertura para requalificação dos hospitais psiquiátricos, enquanto eles existam.

Contudo, mediante o engajamento político dos movimentos sociais em prol da redução dos leitos, o Ministério da Saúde publicou várias portarias, alterando a remuneração das internações, instituição de diretrizes e normas para o funcionamento dos hospitais e para reclassificação dos mesmos, como também congelamento de diárias. Buscava-se com essas portarias acelerar o ritmo do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos.

É de fundamental importância destacar que o Hospital Psiquiátrico não dispõe apenas da função de cuidados em saúde, ou melhor, de não cuidados, conforme a história demonstrou. Basaglia (2005, p. 48) afirma que:

> Historicamente o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando da ausência de terapias impossibilitaram a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função; dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consistiam -lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco .

Na mesma perspectiva Costa (2016) acrescenta:

> O hospital psiquiátrico funciona como uma empresa capitalista, no momento de crise, o proprietário não admite diminuir lucros, repassa o prejuízo para os usuários. O caso do Hospital Alberto Maia, em Pernambuco, é emblemático, pois mostra o quanto pode ser tenso um descredenciamento de um serviço do SUS, em que o Ministério Público interviu tanto para garantir a sobrevivência dos usuários do hospital que aquela altura viviam em condições precárias, sem comida, roupas ou condições de higiene, eles só tinham uma refeição, foi necessário um acordo financeiro (24 milhões) para garantir três refeições. Nesse processo o termo desassistência toma novos significados diante da ofensiva que se torna (COSTA, 2016, p. 169).

Na atualidade, o discurso de desassistência retoma a cena da discursão da Saúde Mental e passa a ser utilizado tanto pelos militantes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, como também, e contraditoriamente, passa a aparecer no discurso dos proprietários de hospitais psiquiátricos, da Federação Brasileira dos Hospitais e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que tem utilizado a expressão para chamar atenção ao risco de desassistência, tendo em vista a redução e o congelamento das diárias repassadas pelo Ministério da Saúde.

Em relação à ênfase hospitalocêntrico, a "nova" Política de Saúde Mental passa a incluir, através da Resolução nº 32/2017, o Hospital Psiquiátrico Especializado como dispositivo\componente da RAPS, rompendo o processo de superação da lógica manicomial que há anos vinha sendo descontruída e substituída por uma rede potente, com capacidade de

garantir cuidado integral e de qualidade, respeitando a cidadania e liberdade (BRASIL, 2017b).

A referida resolução acrescenta ainda mecanismos de valorização desse serviço, na medida em que passa a ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, visando estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo e reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017d).

É nessa perspectiva de valorização nítida ao Hospital Psiquiátrico, que assistimos a um "ressurgimento" desse espaço de cuidado para pessoas com sofrimento psíquico. O governo toma como justificativa oferecer vagas na Rede Hospitalar para minimizar a desassistência que vivencia os usuários da Política, quando tais inciativas são para privilegiar grupos capitalistas que detém poder econômico e político. Aqui revela-se mais uma vez o caráter antidemocrático do capitalismo, na medida em que ações são tomadas desqualificando a vontade dos usuários (RAMOS, 2018).

A assessoria de comunicação do Conselho Regional de Serviço Social /RN (2017) destaca que partir de 2001, quando um leito psiquiátrico era fechado, ou seja, quando um usuário de longa permanência recebia alta do hospital, para morar com sua família ou na residência terapêutica, os recursos gastos com a manutenção daquela vaga passavam diretamente para a rubrica dos serviços substitutivos. Com a "nova" política de saúde mental, o governo pretende novamente investir nos serviços e hospitais psiquiátricos, incentivando a internação de curta duração, bem como a criação de novos serviços psiquiátricos, principalmente em relação a demandas relacionadas com o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

> Embora a proposta contemple a criação de vagas em hospitais gerais, que é uma reinvindicação histórica do movimento da Luta Antimanicomial, nos parece que a real intenção é destinar a responsabilidade de execução aos setores do grande capital por meio da construção de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas. Vale salientar que esta é uma solicitação antiga da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, nos últimos anos, vem sistematicamente questionando a Política Nacional de Saúde Mental (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL /RN, 2017, não paginado).

Dessa forma, o governo Temer estabelece mecanismos que atualizam a presença do manicômio em nossa sociedade, fazendo "ressurgir" a figura do Hospital Psiquiátrico na cena contemporânea. Um ataque de grandes proporções a RAPS.

Ainda nessa linha de discussão o Ministério da Saúde anunciou um aumento considerável no valor de procedimentos realizados pelos Hospitais Psiquiátricos. Acrescenta ainda que o perfil de usuários a ser contemplado com a internação, compreendem pessoas com risco de prejuízo moral ou patrimonial e risco de agressão a ordem pública.

A total desconfiguração da lógica da Reforma Psiquiátrica torna-se ainda mais evidente na edição da Portaria nº 2434 de 15 de Agosto de 2018 que promove um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menores de 30 dias (de R$ 29,50 a R$ 41,20 para R$ 47,00 a R$ 66,00). Uma total valorização das internações psiquiátricas em detrimento dos serviços substitutivos, tal como o CAPS.

Portanto, as mudanças na legislação vigente, implementadas no governo de Michel Temer, vem trazer ao cerne do protagonismo a internação como recurso principal de tratamento, desmontando completamente a ideia de substituição dos manicômios. Propor ampliar os serviços hospitalares psiquiátricos é retornar a um passado sombrio, de desassistência e morte, cujos direitos de cidadania e autonomia dos usuários eram totalmente descartados. Desse modo, como atesta Basaglia (1982, p. 29) "Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não a miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação".

4.4 As Comunidades Terapêuticas: inclusão como serviço de saúde

A terceira tendência da Política de Saúde Mental na Contemporaneidade é a inclusão das Comunidades Terapêuticas no rol de componentes da RAPS, através da sua nítida valorização, conforme estabelecido na Resolução nº 32/2017 em seu Artigo 11º, quando menciona: "Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas" (BRASIL, 2017b, não paginado).

Assistimos na cena contemporânea a inclusão da Comunidade Terapêutica como um serviço de saúde, direcionado a acolhida de usuários de álcool e outras drogas, passando a ser financiada pelo Ministério da Saúde e oficialmente reconhecidas como equipamentos de

saúde. O então Ministério deverá direcionar sete vezes a mais do valor repassado por ano as Comunidades Terapêuticas em detrimento do financiamento de todos os serviços da RAPS.

Dessa forma empreenderá um robusto investimento em instituições baseada no modelo asilar, que direcionam sua perspectiva de trabalho no isolamento de usuários de álcool e drogas, a exemplo do Hospital Psiquiátrico. Podemos inferir que as Comunidades Terapêuticas representam uma versão moderna do manicômio (BRASIL, 2017b).

A experiência das Comunidades Terapêuticas em cenário internacional, conforme mencionado no capítulo anterior, é oriunda da Inglaterra e dos Estados Unidos. No contexto brasileiro as primeiras experiências são de meados de 1978, na cidade de Campinas/ São Paulo, realizada sob coordenação do Pe. Haroldo J. Rahm. Essa mesma experiência impulsionou as demais Comunidades Terapêuticas no restante do país.

Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas passaram a introduzir o modelo psicossocial no quadro de sua equipe de profissionais, e dessa forma o trabalho passou a ser desenvolvido considerando que o indivíduo é um agente ativo na dependência; o contexto social é importante aspecto na definição dessa dependência, e a compreensão da dependência está, portanto, na interação entre a droga, o usuário e o contexto social (FRACASSO, 2014).

Dessa forma, um dos principais instrumentos terapêuticos da Comunidade Terapêutica é a convivência entre os pares, na qual o usuário tem que realizar a mediação entre seu comportamento individual com as exigências da coletividade. Comportamento esse que deve provocar mudança dos sujeitos em situação de dependência de drogas.

Conforme destaca Fracasso (2014) a proliferação das Comunidades Terapêuticas cresceu rapidamente no Brasil, porém com inúmeros equívocos, e a própria nomenclatura "Comunidade Terapêutica" passa a ser utilizada indiscriminadamente, em inúmeras iniciativas, e por muitas vezes de forma inadequada a proposta original. É nesse contexto que evidenciamos a criação em 16 de outubro de 1990, da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)[41], a mesma nasce com o objetivo de padronizar e implementar uma normalização as Comunidades Terapêuticas, estabelecendo respaldo técnico e comportamento ético definido. Dessa forma, a FEBRACT assume um papel de grande relevância na medida em que dissemina seus interesses e busca sua consolidação na sociedade brasileira.

[41] A FEBRACT desenvolve cursos para ministrar conhecimentos básicos aos membros das Comunidades Terapêuticas, realiza orientações desde a elaboração de seus estatutos até a organização interna e o relacionamento com as autoridades e com a comunidade que está inserida, tem promovido seminários e congressos com o objetivo de debater assuntos relacionados com o problema das drogas em quase todas as unidades da Federação Brasileira.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, através da Resolução RDC n. 101/2001[revogada no mesmo ano], e normatizada pela RDC n. 29/2001 que estabelece regulamentação técnica. Dessa forma as Comunidades Terapêuticas deixam de se adequar as normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar.

De acordo com o regulamento, as Comunidades Terapêuticas são serviços, urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos; são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado as necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social (ANVISA, 2001).

Conforme destaca Fracasso (2014), os elementos essências que compõem o tratamento nas Comunidades Terapêuticas são:

- Prática da espiritualidade;
- Internação e permanência voluntárias;
- Ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais;
- Convivência entre os pares;
- Aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica;
- Utilização de trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica.

Cabe destacar que a perspectiva adotada pelas Comunidades Terapêuticas é totalmente diferente da lógica da Atenção Psicossocial da RAPS que estabelece a concepção da integralidade e de outros princípios do SUS, esses não contemplados pelas Comunidades

Terapêuticas (FRACASSO, 2014) que passa a compor o rol de serviços no Governo de Temer. O retorno das comunidades terapêuticas representam um nítido retrocesso, e desqualificação da política de saúde mental, e por conseguinte, uma desconstrução a tudo que foi construído nas últimas décadas pela Luta Antimanicomial.

Desse modo, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou, em 2016, uma nota se posicionando contrária a Regulamentação das Comunidades Terapêuticas. Seu posicionamento contrário se dar, sobretudo por defender que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou dependentes, seja realizado no âmbito do SUS por meio dos CAPS-AD, dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), nos documentos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), e na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) (CFESS, 2016).

Portanto, o local apropriado para atendimento é a rede proposta pelo SUS, em serviços comunitários que oferte atendimento acessível, de modo a evitar que os usuários sejam isolados e segregados do convívio familiar e comunitário.

Portanto, reforçamos que o reconhecimento por parte do Estado das Comunidades Terapêuticas como alternativa ao tratamento, é funcional ao sistema capitalista em face do avanço de sua vertente neoliberal, que no governo Michel Temer toma uma proporção acelerada de efetivação e desmonte das políticas sociais. Nesse contexto, assistimos a operacionalização da diminuição do Estado em suas funções que visam responder as demandas por direitos sociais, por outro lado, expande-se sua ação reguladora das atividades econômicas, impondo uma nítida desresponsabilização do Estado no âmbito social.

Para Lemes (2018) as Comunidades Terapêuticas no governo Michel Temer ganham centralidade juntamente com os Hospitais Psiquiátricos, consolidando dessa forma a agenda de retrocessos em curso. Nesse sentido, reforça:

> A ênfase nas internações retrocede aos típicos loucos de manicômios, ociosos, dopados sob a tutela impediosa de profissionais cuja função é muito mais de carcereiros que de terapeuta. A ênfase nas comunidades terapêuticas traz um aporte de dinheiro para estas instituições, muitas delas tendo sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos pacientes e de encarceramento privado (LEMES, 2018, p. 04).

Enfatiza, ainda, que não se trata apenas de uma negativa ao modelo de tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas, vai além disso, cujas criticas estão relacionadas ao não cumprimento mínimo das diretrizes básicas de atendimento (LEMES, 2018). De acordo com o CFESS (2016, não paginado) "questão bastante relevante é a inclusão da estratégia de

redução de danos, não considerada na proposta das Comunidades Terapêuticas, que se pauta pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas", ponto esse que é totalmente contrário à perspectiva adotada pelo CAPS AD, consubstanciada na RAPS.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou inspeção em 28 (vinte e oito) Comunidades Terapêuticas, na qual foram visitadas instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal). A sistematização dessa fecunda análise é apresentada no intitulado Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, datado de outubro (2017). As informações coletadas expõe situações concretas do cotidiano e práticas das Comunidades Terapêuticas e são sintetizadas a seguir:

- **Existência de muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação**: Grande parte das Comunidades Terapêuticas visitadas apresentam isolamento ou restrição ao convívio social como eixo central do tratamento. Esse modelo viola o amplo conjunto de diretrizes que tratam dos direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo os advindos do uso de álcool e outras drogas. A Lei nº 10.216/2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, é clara ao apontar que o atendimento a essa população deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- **A privação de Liberdade:** É necessário enfatizar que a Lei n. 10.216/2001 institui três modalidades de internação**:** involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico); compulsórias (determinadas pela Justiça), e voluntárias (com o consentimento do usuário). No tocante a internação involuntária é imprescindível que além de laudo médico devem ser informadas ao Ministério Público em até 72 horas. Entretanto, as vistorias demonstraram que uma grande parcela das Comunidades não dispõe de laudo médico para internação, e além dessa ausência, muitas Comunidades utilizam da prática de "resgate" ou "remoção" de internamento forçado;
- **Presença no cotidiano de castigos, punições e até indícios de tortura:** Sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) – todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira. As sanções

mais encontradas durante as vistorias foram aquelas de incremento do trabalho ou de realização de tarefas extras e aviltantes. No primeiro caso, se trata de aumento de tarefas cotidianas ou ligadas à manutenção do espaço físico; no segundo, da obrigação do cumprimento de tarefas repetitivas, em especial a prática de cópia de trechos bíblicos;

- **Violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual:** Foi constatada a existência de uma rígida rotina de orações e de obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas, bem como a punição em casos de negativa. As vistorias também apontaram a designação de uma única religião, essa tornando-se como absoluta entre os sujeitos envolvidos;
- **Utilização da "laborterapia": trabalhos forçados e sem remuneração:** Foi constatado o uso da chamada "laborterapia", na qual o trabalho seria empregado como ferramenta de disciplina, prática essa condenada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica estabelecida no Brasil pela Lei nº 10.216/2001. A mão de obra de internos costuma ser usada para serviços de limpeza, preparação de alimentos, manutenção, vigilância e, em alguns casos, até mesmo no controle e aplicação de medicamentos em outras pessoas internadas;
- **Vulnerabilidade e fragilidade nas equipes de trabalho**: foi detectado inúmeras violações aos direitos trabalhista, através do recrutamento de profissionais sem remuneração, e pela permanência de ex-internos, que assumem tarefas como monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades;
- **Internações de adolescentes**: Constataram-se inúmeros casos de internação de adolescentes sem a presença de acompanhante em ambientes com adultos de ambos os sexos. Iniciativa que é contrária ao dispositivo posto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente;
- **Financiamento Público**: Do total de 28 (vinte e oito) comunidades terapêuticas inspecionadas, 18 (dezoito) informaram receber algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal – denotando a presença desse tipo de estabelecimento no rol de entidades que prestam serviços ao poder público. Os documentos demonstraram que é prioritariamente por meio de recursos destinados às políticas sobre drogas que as comunidades terapêuticas vêm acessando recursos federais.

Apesar de todo esse panorama das Comunidades terapêuticas, o governo Federal, aumenta o investimento de recursos financeiros e garante a expansão dessas instituições. Portanto, com a inclusão das Comunidades Terapêuticas no rol de serviços da RAPS, assistimos a reatualização de práticas e estratégias manicomiais. De acordo com Passos (2017, p. 13):

> As comunidades terapêuticas têm sido uma estratégia importante para tratar os considerados desvios sociais tendo como foco grupos minoritários, entre eles: negros e negras, pobres e a população LGBT, através da justificativa de demandas decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas.

Assim a inclusão das Comunidades Terapêuticas como serviço de saúde, incluídas na RAPS se contrapõem aos princípios inscritos na Constituição Federal, como também na legislação que regulamenta o SUS, constitui-se também em uma flagrante violação aos direitos humanos, e total desqualificação das conquistas oriundas do movimento de Reforma Psiquiátrica. As Tendências da política de Saúde Mental apresentadas no Governo de Michel Temer trazem à tona a personificação do manicômio e seu correlatos, como instituições de cuidados, aqui atribuídas como retrocessos.

Portanto, estamos diante de um nítido avanço de violação do conjunto de direitos da pessoa com transtorno mental, incluindo os advindos do uso de álcool e outras drogas, realidade constatada e reforçada pelo presente objeto de estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho que percorremos na presente dissertação para desvelar o nosso objeto de estudo no processo de contrarreforma do Estado brasileiro a política nacional de saúde mental, expressando as tendências que se apresentam na contemporaneidade. Para tanto, foi necessária a discussão da crise estrutural do capital e seu movimento de restauração, o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro, a política de saúde, em especial a de saúde mental no solo brasileiro, possibilitou nos apreender as tendências da política de saúde mental na contemporaneidade. Detivemos na conjuntura do governo de Michel Temer. Esse processo evidenciado no estudo em tela dá continuidade às contrarreformas imprimidas durante o governo de FHC, mas com novas roupagens.

Procuramos apresentar ainda a conjuntura contraditória em que se desenvolve a política de saúde mental no Brasil, enfatizando desde a criação do Hospital Psiquiátrico destacando o movimento de Reforma Psiquiátrica, e a abertura de Serviços Substitutivos, culminando com a criação da Rede de Atenção Psicossocial. É importante ressaltar que esse movimento não acontece de forma linear e harmoniosa, existem momentos de tessitura desse processo, que também se apresentam na contemporaneidade.

Nesse sentindo os caminhos de avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica são ameaçados constantemente pelo contexto do neoliberalismo que tem sucateado os espaços da saúde pública e suprimido os direitos sociais conquistados no decorrer do tempo. O caminho trilhado nos permitiu apontar como a crise estrutural do capitalismo e por conseguinte seu movimento de restauração se tornaram um marco histórico de fundamental importância para se entender as tendências da política de saúde mental na contemporaneidade.

Esse processo foi aprofundado pelo governo de Michel Temer, no qual assistimos ao desmonte das conquistas oriundas da Reforma Sanitária, como também da Reforma Psiquiátrica, na medida em que seu governo defendeu uma nítida e clara reforma no SUS e, por conseguinte na política nacional de saúde mental. Dessa forma, a desconstrução de tudo que foi construído coletivamente avançou nos dois anos de governo, somada a uma cultura de crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais. Mota (2017) é bastante enfática ao dizer que o conjunto dessa ofensiva vem se delineando com uma grande regressão civilizatória no marco da sociedade brasileira.

Desse modo das sucessivas análises da Política de Saúde Mental no Governo de Michel Temer, identificamos como principais tendências:

- A Criação da Rede de Ambulatório de Saúde Mental- a análise dos dados nos mostra que a criação desse serviço entre o CAPS e a Atenção Básica é um retorno ao passado, tendo em vista que esses ambulatórios existiam antes do processo de Reforma Psiquiátrica, e foram sistematicamente desmontados pela falta de resolutividade em seu funcionamento, com sérios efeitos de iatrogenia. Os dados guardam significados para além de uma análise superficial, demonstram a falta de reconhecimento do CAPS como serviço estratégico pertencente a um Rede de cuidados.
- O "ressurgimento" do Hospital Psiquiátrico - amplamente confirmado pelos dados através da inclusão do Hospital Psiquiátrico como dispositivo da RAPS, rompendo o processo de superação da lógica manicomial que há anos vinham sendo descontraídos e substituídos por uma rede potente, com capacidade de garantir cuidado integral e de qualidade, respeitando a cidadania e liberdade.
- As Comunidades Terapêuticas, assumindo o espaço de serviço de saúde – através da acolhida de usuários de álcool e outras drogas, agora a ser financiadas pelo Ministério da Saúde e oficialmente reconhecidas como equipamentos de saúde.

Concluímos, que todas as tendências identificadas estão em consonância a desconstrução de tudo que foi conquistado coletivamente, o processo regressivo está andando a passos largos, somada a uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais. Mota (2017) é bastante enfática ao que o conjunto dessa ofensiva vem se delineando com uma grande regressão civilizatória no marco da sociedade brasileira

Os desafios com os quais a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial se deparam na contemporaneidade, são inúmeros, graves e preocupantes. As tendências aqui sintetizadas carregam marcas específicas da formação sócio-histórica brasileira, no tocante a constituição da política de saúde mental. O que evidenciamos, a partir da análise do real, é que as estratégias do capital em momentos de crise tem levado a reatualização de velhas práticas conservadoras, que na saúde mental se caracterizam pelo retorno de práticas manicomiais, com novas roupagens, em um *mix* de passado e presente.

Conforme destaca Passos (2017), esses elementos não podem ser problematizados de forma isolada, pois eles vão atingir diretamente a população que é atendida nos serviços integrantes da política de saúde mental, e que são os principais interessados em todo esse processo, permeados de ações truculentas e de violação oriunda de um governo

antidemocrático, autoritário e conservador. O avanço das forças conservadoras tem atualizado praticas manicomiais e recriado, sob novas facetas, estratégias de violação de direitos, conforme é vislumbrado na realidade brasileira.

A partir daqui muitas outras indagações e elementos surgiram e podem ser trabalhados posteriormente, a exemplo da centralidade das instituições manicomiais como protagonistas na política de saúde mental. As questões analisadas 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.

Portanto, o processo regressivo em curso, exige a reorganização política dos movimentos sociais, a exemplo do antimanicomiais presentes no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira na luta por uma sociedade sem manicômio, e respeito aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. V.; VELASQUE, M. de A**. Desafios para a efetivação das políticas de saúde e saúde mental no contexto neoliberal.** In: ISIPINF-Seminário Internacional sobre políticas públicas, intersetorialidade e família: Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional. Porto Alegre,2013.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP,1995.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CRESS/RN. **Mudança na Política Nacional de Saúde Mental:** mais uma ameaça do governo ilegítimo, 2017.

ARBEX, D**. Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Plano Diretor de Reforma do aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Brasília, DF, 1995. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf. Acesso em 20 fev. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro se 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso 15 jan. 2017.

_____. **Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

_____. **Lei Federal n°10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 10 fev. 2017.

_____Ministério da Saúde. **Portaria nº 106/2000**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf. Acesso em 29 jan. 2017.

_____Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outra drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde; Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/2002**. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. Diário Oficial de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130/2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras droga 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros) Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 15 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3588/2017**. Altera as Portarias de Consolidação n 3 e n 6, de 28 de setembro de 2017**, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n 32/2017. **Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.** 14 de dezembro de 2017. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 -

Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em 20 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2434/2018**. Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em 20 jan. 2019.

_____. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Dispõe da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm. Acesso em 13 out. 2018.

_____. **Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em 10 out. 2018.

_____. **Lei 13.303/2016, de 30 de julho de 2016**. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13303.htm. Acesso em 10 dez. 2017.

_____. **Portaria GM nº 1.482/2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir Plano de Saúde Acessível. Saúde Acessível. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html. Acesso em: 10 jun. 2017.

BASAGLIA, F.**A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferência no Brasil. São Paulo: Monsanto,1982.

_____.**Um problema institucional**: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In:AMARANTE,P.(Org). Escritos selecionado em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond,2005. p.35-60.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio histórico, 1º ed. São Paulo: Cortez,2013.

_____. Cadernos de Saúde**. A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015.

BRAVO,M,I.;PELAEZ,E.;PINHEIRO,W.**As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentun, Vitória,v.10,n.1, p.9-23,jan/abr/2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Emenda Constitucional- EC nº 95 de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras

providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em 10 jul. 2018.

_____. **Proposta de Emenda a Constituição nº 656/2014 [Transformada na Lei Ordinária 13097/2015].** Dispõe da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=622854. Acesso em 10 fev. 2018.

_____. **Proposta de Emenda a Constituição nº 451/2014 [arquivada].** Dispõe sobre o plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. Proposta de Emenda a Constituição nº 241 de 2016 [Transformada na Emenda Constitucional 95/2016]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351. Acesso em 10 jul. 2017.

BEZERRA. J. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**.In. Physis, Revista Saúde Coletiva 17, V2,2007.

CARDOSO, Antonio José Costa et al. **Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental**. In: Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, mar, 2014. Disponível em: http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453/1308. Acesso em 10 fev. 2019.

CASTELO, R. **O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 112, out/ dez. 2012.

CIRILO, L.S. **Novos Tempos:** saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva), Universidade Estadual da Paraíba,2006).

CISLAGHI, J.F. Retrocessos no Legislativo e Impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M.I.(org**). Cadernos de Saúde**. A mercantilização da Saúde em debate; as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius,2015.

CORREIA, M. V. C. A **Saúde no contexto da crise contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política da saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social:** Impasses e Desafios Temporalis, Ano VII, n. 13, ABEPSS, São Luiz, 2007.

COSTA, T.C. **A Política de Saúde Mental na Contemporaneidade**: entre a inovação e o conservadorismo. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2016.

_____. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. dos. (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8ª**. Relatório Final. Brasília, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas,**2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL**. Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil**, Brasília,2018.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIAS, M. T. G. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental:** uma analise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social, PUCRS,2007.

FRACASSO, L.**Comunidades Terapêuticas:** Histórico e Regulamentações. São Paulo,2014.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro, 2016.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva,1978.

GOMES, G. F. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. In: MENEZES, J. S.; BRAVO, M.I.S. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius,2015.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1992.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese [doutorado] – PPGSS/PUC, Porto Alegre- RS, 2007. Disponível em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf. Acesso em 27 fev. 2019.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces na contrarreforma de estado na saúde. In: **Temporalis**, São Luiz, Ano, v. VII, n. 13, p. 67-90, jan/jun.20.

LEMES, C. W. O. **Sobre a "nova "política de saúde mental**: houve manobras parecidas as usadas para comprar votos no Congresso. Viomundo, São Paulo,2018.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **A Crise do Capital**. São Paulo: Editora Ensaio, 1990.

MENEZES, J. S. B. Os governos do PT e as políticas sociais "nada de novo no front". In: BRAVO, M.I.S. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius,2015.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. In**: Argumentum**,Vitória,v 9,n.3, p.30-36,set/dez.2017.

NETO, C. de A. D. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento "20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil". In: CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. dos. (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

NETTO, J. Cinco Notas a propósito da questão social. In: **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** – ABEPSS, 3, Rio de Janeiro: Ed Grafline, jan- jun de 2001.

_____. **Introdução ao método da teoria social**. In: **Serviço Social**: Direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS,2009.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social** & Sociedade. Nº 50. Ano XVII. abril 1996.

_____; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 1).

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. **Uma ponte para o futuro**. Fundação Ulysses Guimarães. Brasília, 2015.

_____. **A travessia social**: uma ponte para o futuro. Fundação Ulysses Guimarães. Brasília, 2015.

PASSOS, R. Holocausto ou Navio Negreiro? : inquietação para a Reforma Psiquiátrica brasileira. In: **Argumentun,** Vitória, v.10,n.1, p.10-22. jan/abr/2018.

PREDES, R. L. As relações entre público e privado na política de saúde mental e na política sobre drogas no Brasil e a particularidade em Alagoas. In PREDES,R.L. **Saúde Mental e Sociedade**: reflexões a partir do Serviço Social.Maceio: EDUFAL,2017.

RAMOS, K. L. A institucionalização da Saúde Mental no modo de produção capitalista: Bases históricas e teóricas. In: PREDES, R. L. **Saúde Mental e Sociedade**: reflexões a partir do Serviço Social.Maceio: EDUFAL,2017.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In: COSTA, N. do R.; TUNDIS, S. (Orgs.). **Cidadania e Loucuras-** origem das políticas de saúde mental no Brasil.7. ed., Petrópolis: ABRASCO; Vozes, 2003.

ROSA, L. C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALVADOR. E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. A Experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, (org**). A. Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec,2001, p.127-134.

SANTOS, V. M. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. (Orgs). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos**: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010

_____. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. In: **Argumentun**, Vitória, v.10, n.1, p.24-32, jan/abr/2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade Nº 1923.** Disponível em: http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678 Acesso em: 06 de setembro de 2017.

TEIXEIRA, M. J. O. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde mental no governo Temer. In: **Argumentun,** Vitória, v.10,n.1, p.33-48,jan/abr/2018.

TOLEDO, J. F. (Org.). **(Colônia)**: uma tragédia silenciosa. Fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.