



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

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES  
E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

**Campina Grande - PB**

**2019**

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES  
E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

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

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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.

S586r Silva, Berenice Lira da.  
A Rede de atenção à saúde mental: [manuscrito] : Um estudo acerca dos limites e possibilidades no município de Campina Grande - Paraíba / Berenice Lira da Silva. - 2019.  
176 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. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Campina Grande-PB. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Saúde mental. I. Título  
21. ed. CDD 362.2

**BERENICE LIRA DA SILVA**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES  
E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

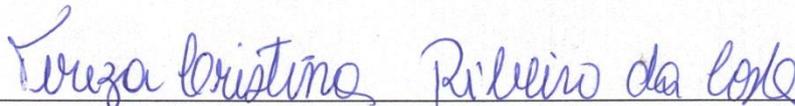
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.  
Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: 30/09/2019.

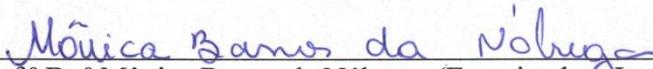
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Ribeiro da Costa (Examinadora Externa)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Barros da Nóbrega (Examinadora Interna)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## AGRADECIMENTOS

Esse é o momento de ser grata a todas as pessoas e as circunstâncias que me ajudaram a chegar até aqui, foram dias árduos e cansativos, mas com a colaboração de muitos foi possível superá-los, seja com uma palavra, um gesto, um “puxão de orelha” quando eu me sentia incapaz de continuar, ou até mesmo um silêncio para que eu tentasse me concentrar seja nas leituras ou nas escritas, a quem permaneceu do meu lado quieto, esperando um minuto de folga, principalmente nesses últimos dias. Deste modo, tentarei expressar, em poucas e sinceras palavras, meus sentimentos de carinho e profunda gratidão aos nomes abaixo destacados:

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela saúde e força pra conseguir trilhar até aqui, aquele que conhece meus pensamentos e meus anseios sem que eu precise falar.

Aos meus pais (Severino Antônio & Maria José), especialmente, a minha amada mãe a quem devo tudo que sou, pelo empenho e investimento na minha formação pessoal e acadêmica. Por todo o amor incondicional, cuidado, paciência, proteção e orações diárias. Sei que apesar do momento adverso que estamos vivendo, dada a sua atual condição de saúde fragilizada, não podendo muitas vezes participar tão ativamente de alguns momentos, sei que no seu íntimo sempre esteve torcendo por mim, eu nunca tive dúvidas disso. E hoje, mais do que nunca, essa conquista é nossa.

A minha irmã (Dannielle Lira), minha melhor amiga e braço direito em tudo, pelo cuidado e apoio a mim depositado todos os dias de nossas vidas, pela força que tens que mesmo sem você saber, me inspirou e me inspira. Pela compreensão quando eu não tinha possibilidades de compartilhar algumas de nossas responsabilidades diárias no decorrer dessa trajetória, por sempre me encorajar a continuar e jamais desistir. De coração, obrigada, por isso e por tanto. Aos meus demais familiares e amigos próximos, que mesmo, às vezes, não muitos satisfeitos entenderam que eu precisava me ausentar e abrir mão de momentos com eles em função deste trabalho, e pelas palavras de carinho e entusiasmo constantes.

Ao meu amigo, companheiro e noivo (Kerllan Arruda) por acreditar em mim quando muitas vezes nem eu acreditava, pela paciência e compreensão demonstradas sempre de forma tão amorosa e sincera. Além, claro, do suporte em computação e informática. Por conseguir abrir meu sorriso, sempre, em qualquer circunstância, ao longo de nossos 07 (sete) anos juntos. Seu apoio foi e tem sido essencial durante essa caminhada e na vida.

Aos mestres do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB, os quais tive a oportunidade de apreender ricos e preciosos conhecimentos que levarei para minha vida profissional e pessoal, em especial a minha professora e orientadora (Alessandra Ximenes) pela contribuição direta e indireta para com esse trabalho e pelo conhecimento compartilhado durante nossa convivência acadêmica, além das palavras de apoio e incentivo, principalmente nos momentos mais árduos do processo investigativo.

A minha querida (ex) professora Sandra Amélia, que me conduziu na área da saúde mental desde o período de graduação, me proporcionando bases sólidas de conhecimento para que eu também pudesse chegar à conclusão de mais uma etapa de minha carreira acadêmica. Pela generosidade sempre a mim demonstrada, mesmo quando a convivência já não era constante.

A minha amiga Rosiane Oliveira, um dos presentes que a graduação me proporcionou, uma das principais incentivadoras para que eu pudesse trilhar essa trajetória no mestrado em serviço social. Obrigada amiga, pela “insistência”, por acreditar em mim, pelo seu apoio constante e amizade de sempre.

A turma de mestrado 2017 e particularmente a Edna, Liliane e Joselí, as quais nutri um sentimento sincero de amizade e admiração que levarei pra vida. Obrigada meninas pelas risadas (inúmeras), trocas, pela vibração a cada etapa conquistada e pelas palavras de ânimo nos momentos de angústia, por sempre se fazerem presentes de alguma forma e fazerem dessa caminhada mais leve.

E por fim, e não menos importante quero agradecer a todos os profissionais do CAPS III – Reviver que se dispuseram a participar e colaborar com o presente trabalho. Grata pela acolhida e respeito a mim dedicado.

A todos vocês o meu muito obrigado por tudo, meu coração verdadeiramente  
transborda gratidão!

## RESUMO

Historicamente, uma série de mudanças têm ocorrido nos padrões de atenção à saúde mental no Brasil, por meio da Reforma Psiquiátrica enquanto desdobramento da Reforma Sanitária Brasileira, reformas que se constituíram como grande marco na construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental, representando significativas conquistas para a sociedade civil. Dentre elas está a Lei federal 10.216/01, a qual incorporou as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a partir dessa também temos a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088/11, que prevê a ampliação e articulação de serviços e ações de atenção psicossocial no país para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais. No entanto, apesar dos avanços reais, a mercantilização das políticas sociais, dentre elas a de saúde mental, tem prevalecido em nossa conjuntura, dada a ofensiva neoliberal que nos acompanha desde a década de 1990. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo geral analisar os limites e possibilidades encontrados para a concretização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campina Grande – PB no contexto atual. Para tanto foi necessário: apreender a relação entre o que prevê as legislações específicas de proteção e assistência de pessoas portadoras de transtornos mentais, e o que tem sido efetivado; identificar a configuração organizacional da rede compartilhada em saúde mental; e explicitar os limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O método de análise da realidade que nos pareceu pertinente foi o crítico-dialético. Desse modo, foi realizada revisão bibliográfica das principais categorias do estudo (Contrarreforma e Reforma Psiquiátrica), pesquisa documental das principais legislações da Política de Saúde Mental e realização de entrevistas, com abordagem qualitativa, a fim de desvelar: como se tem conformado a RAPS na particularidade do município de Campina Grande-PB? Quais os limites e possibilidades para a sua construção? Nosso processo investigativo ocorreu entre os meses de abril e maio de 2019, junto ao Centro de Atenção Psicossocial III – REVIVER, no município de Campina Grande – PB, por se tratar de uma modalidade de serviço importante na organização de uma rede substitutiva efetiva ao hospital Psiquiátrico e no avanço do Processo de Reforma Psiquiátrica, ao prestar atendimento clínico 24 horas/dia. Contamos com a participação de 07 (sete) profissionais da referida instituição, cujas áreas de atuação foram: serviço social, educação física, psicologia, enfermagem/coordenação e do setor administrativo. Os principais resultados alcançados no que diz respeito aos limites da RAPS local foram: vínculos assistenciais que parecem estar fragilizados, evidenciando um processo de desarticulação entre os diferentes dispositivos/profissionais que compõem essa rede comprometendo o processo de intersetorialidade, estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde; a precarização do processo de trabalho dos profissionais, somada a uma estrutura física inadequada, impossibilitando a promoção de ações territoriais e integrais de cuidado, etc, reflexo de uma nítida desresponsabilização do poder público, em relação a uma gestão da atenção psicossocial de qualidade. Com relação às possibilidades, o principal ponto destacado foi o comprometimento dos profissionais, em específico os do CAPSIII-Reviver, que tem lutado cotidianamente para resistir e superar as limitações desse processo de fortalecimento da rede e assim contribuir para a reestruturação subjetiva do usuário e o respeito da sua singularidade. Portanto, apesar dos avanços advindos do processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB, que possibilitou a construção de uma rede de atenção psicossocial considerada uma das mais bem equipadas do país, consideramos que na atualidade a RAPS do município encontra-se fragilizada/desarticulada em diversos aspectos.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

Historically, a serie of changes have occurred in mental health care standards in Brazil, through the Psychiatric Reform as a development of the Brazilian Health Reform, reforms that have been a major milestone in the construction of public health and mental health politics, representing significant achievements for civil society. Among them is the Federal Law 10.216 / 01, which incorporated the guidelines of the Psychiatric Reform, from this we also have the institution of the Psychosocial Care Network (RAPS) through Ordinance No. 3.088 / 11, which provides for the expansion and articulation of psychosocial care services and actions in the country for people with suffering or mental disorders. However, despite the real advances, the commodification of social politics, including mental health, has prevailed in our context, given the neoliberal offensive that has been with us since the 1990s. In this sense, the present study had as its general objective to analyze the limits and possibilities found for the implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in the city of Campina Grande - PB in the current context. Therefore, it was necessary to: understand the relationship between what is foreseen by the specific laws of protection and assistance of people with mental disorders, and what has been implemented; identify the organizational configuration of the shared mental health network; and to clarify the limits and possibilities for the development of the mental health care model based on the Psychosocial Care Network (RAPS). The method of reality analysis that seemed pertinent to us was the dialectical critic. Thus, a literature review of the main study categories (Counter-Reform and Psychiatric Reform), documentary research of the main legislations of the Mental Health Policy, and interviews with a qualitative approach were conducted in order to unveil: how has RAPS been conformed in particularity of the municipality of Campina Grande-PB? What are the limits and possibilities for its construction? Our investigative process took place between April and May 2019, at the Psychosocial Care Center III - REVIVER, in the city of Campina Grande - PB, because it is an important service modality in the organization of an effective substitute network for the hospital. Psychiatric and the advance of the Psychiatric Reform Process, by providing clinical care 24 hours / day. We counted on the participation of 07 (seven) professionals of the referred institution, whose areas of expertise were: social work, physical education, psychology, nursing / coordination and the administrative sector. The main results achieved with regard to the limits of local RAPS were: assistance links that seem to be weakened, showing a disarticulation process between the different devices / professionals that make up this network compromising the process of intersectoriality, a fundamental strategy in the construction of health projects. health, solidarity and social participation, making subjects active in health production; the precariousness of the work process of professionals, added to an inadequate physical structure, making it impossible to promote territorial and integral care actions, etc., reflecting a clear lack of responsibility of the public power, in relation to the management of quality psychosocial care. Regarding the possibilities, the main point highlighted was the commitment of professionals, specifically CAPSIII-Reviver, who has been struggling daily to resist and overcome the limitations of this process of strengthening the network and thus contributing to the subjective restructuring of the user and the respect for its uniqueness. Therefore, despite the advances that come from the Psychiatric Reform process in Campina Grande-PB, which enabled the construction of a psychosocial care network considered one of the best equipped in the country, we consider that currently the municipality's RAPS is weakened / disjointed in many ways.

**Keywords:** Mental health, Psychiatric Reform; Psychosocial Care Network.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ABRASME** - Associação Brasileira de Saúde Mental
- AMENT** - Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
- ANFIP** - Associação Nacional dos Auditores fiscais da Receita Federal do Brasil
- AGEVISA** - Agência Estadual de Vigilância Sanitária
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- BM** - Banco Mundial
- BIRD** - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- CEBs** - Comunidades Eclesiais de Base
- CEME** - Central de Medicamentos
- CF** - Constituição Federal
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CFP** - Conselho Federal de Psicologia
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CNE** - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil
- CNRS** - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- CNSM** - Conferência Nacional de Saúde Mental
- CONAD** - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- CRAS** - Centros de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centros de Referência Especializado de Assistência Social
- CRESS/RN** - Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Norte
- CRP/SC** - CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SANTA CATARINA
- CUT** - Central Única dos Trabalhadores
- DATAPREV** - Empresa de Processamento de dados da Previdência Social
- DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental
- DRU** - Desvinculação de Recursos da União

**EBSERH** - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**FEDP** - Fundações Estatais de Direito Privado

**FMI** - Fundo Monetário Internacional

**FUNABEM** - Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor

**GATT** - Acordo Geral de Tarifas e Comércio

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICANERF** - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

**IFES** - Instituições Federais de Ensino Superior

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**LBA** - Legião Brasileira de Assistência

**MARE** - Ministro da Administração e Reforma do Estado

**MNLA** - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

**MNPCT** - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

**MPC** - Modo de Produção Capitalista

**MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NAP** - Núcleo de Assistência Psiquiátrica

**NATO/OTAN** - Organização do Tratado do Atlântico Norte

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OMC** - Organização Mundial do Comércio

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**OPEP** - Organização dos Países Exportadores de Petróleo

**OSCIP** - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**OSs** - Organizações Sociais

**PAC** - Programa de Aceleração do Crescimento

**PBF** - Programa Bolsa Família

**PDRE** - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

**PFDC/MPF** - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

**PIB** - Produto Interno Bruto

**PL** - Projeto de Lei

**PMDB** - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

**PNASH/Psiquiatria** - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

**PNSM** - Política Nacional de Saúde Mental

**PT**- Partido dos Trabalhadores

**SAMU** - Serviço de Atenção Móvel às Urgências

**SINPAS** - Sistema Nacional de Assistência Social

**SNDM** - Serviço Nacional de Doenças Mentais

**SRTs** - Serviços Residenciais Terapêuticos

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**RD** - Redução de Danos

**REME** - Movimento de Renovação Médica

**RENILA** - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

**RJU** - Regime Jurídico Único

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**URSM** - Unidade de Referência em Saúde Mental

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 2 – CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E O RECEITUÁRIO NEOLIBERAL: A CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS E AS IMPLICAÇÕES PARTICULARES PARA O CAMPO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA</b> .....	22
2.1 Crise do capitalismo contemporâneo e suas estratégias de enfrentamento .....	22
2.2 A Contrarreforma do Estado brasileiro e sua expressão nas políticas sociais.....	43
2.2.1 A Política de Saúde brasileira e os rebatimentos no contexto de contrarreforma do Estado neoliberal .....	56
<b>CAPÍTULO 3 - AS MUDANÇAS NOS PARADIGMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA</b> .....	68
3.1 Uma abordagem sócio-histórica dos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	68
3.2 A institucionalização da saúde mental no contexto brasileiro.....	76
3.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira: retomando o debate.....	85
3.3.1 A regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.....	89
3.4 Tendências atuais da Política de Saúde Mental: um recorte dos frequentes riscos de retrocesso empreendidos pelos governos Temer e Bolsonaro.....	98
<b>CAPÍTULO 4 - UMA REFLEXÃO ACERCA DOS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL PAUTADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA</b> .....	108
4.1 A Reforma Psiquiátrica em Campina Grande - PB .....	108
4.1.1 A atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campina Grande – PB .....	117
4.2 CAPS III – REVIVER: situando e refletindo sobre o lócus de nosso processo investigativo	119
4.3 Limites da Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande - PB .....	124
4.3.1 Rede de atenção desarticulada e/ou pouco articulada: o desafio da intersetorialidade	125

4.3.2 A contraditória função do hospital psiquiátrico e das comunidades terapêuticas na RAPS: A (re)produção dos modelos asilar e psiquiátrico clássico .....	132
4.3.3 Quantidade/qualidade dos serviços existentes na RAPS hoje e a demanda posta pela realidade local.....	135
4.3.4 Condições precárias de trabalho da equipe do CAPSIII- Reviver.....	137
4.4 O matriciamento, o comprometimento da equipe profissional, o processo de desinstitucionalização por meio das Residências Terapêuticas e o processo de Reforma Psiquiátrica enquanto “possibilidades” .....	141
4.5 O desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental: entre limites e possibilidades.	143
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado trata dos limites e possibilidades encontrados para a concretização e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de Campina Grande – PB.

A escolha do objeto da pesquisa aqui proposto, ocorre a partir da aproximação com a temática, no campo de estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) no município de Campina Grande – Paraíba, aproximação, na qual, possibilitou a produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de bacharel em Serviço Social no ano de 2015, que teve como título “A política de Redução de Danos: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPSad no município de Campina Grande – PB”.

Dentre os resultados obtidos no processo de investigação do referido estudo, foi possível observar que a formação do trabalho em Rede caminha com grande dificuldade de efetivação na instituição em questão, ao passo que acaba indo de encontro aos novos direcionamentos dados a assistência às pessoas com transtornos mentais, os quais não se resumem a extinção de manicômios, mas deve basear-se essencialmente na desconstrução e construção de novos conhecimentos e práticas no âmbito da saúde mental e de uma rede de atenção especializada e ampla.

Nos últimos 30 anos o Brasil tem vivenciado profundas mudanças no que diz respeito à construção de políticas públicas de saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira - RSB que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e conseqüentemente de Políticas de Saúde Mental, por meio da Reforma Psiquiátrica (RP).

A RP brasileira apresenta, dentre outras questões, novos direcionamentos aos padrões de atenção às pessoas com transtornos mentais, assim como as que sofrem por transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, por meio, por exemplo, da aprovação de normatizações que estabeleçam a substituição gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Dentre elas podemos destacar a aprovação da Lei de nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, e a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que instituí a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto principal estratégia dentro da Política de Saúde Mental.

É importante ressaltar, que a política de saúde e de saúde mental foram formuladas durante o processo de redemocratização. No entanto, o momento de regulamentação e implementação, ocorrem num contexto de debate sobre a necessidade da reforma do Estado brasileiro, na década de 1990. Em resposta à crise mundial, há o avanço do neoliberalismo e as políticas sociais tendem a privatização, seletividade, focalização e descentralização.

Desde então, na Política de Saúde Mental “legislações e adoção de novas modalidades de atenção aos portadores de transtorno mental vêm sendo implantadas, tanto pela ação de agentes sociais como pelo Estado” (DIAS, 2007, p. 19), em um processo de construção permanente.

A RAPS por sua vez foi “construída a fim de substituir a cultura manicomial, oferecendo tratamento e construindo a reinserção social do sujeito, onde o cuidado é oferecido no espaço da cidade” (ALMEIDA, 2017, p. 310). Como parte da Política Nacional de Saúde Mental, a mesma visa, no âmbito do SUS, consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, por meio da ampliação e articulação de serviços em diferentes pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento psíquico. Sobre esse modo de atenção psicossocial territorial, constituído e implementado no contexto da Reforma Psiquiátrica, os autores Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), assinalam que o mesmo

caracteriza-se pela ampliação do conceito de saúde, considerando as concepções da produção histórica do papel de doente e do cuidado integral e humanizado, superando a visão nosológica e individualizada, que condiciona o seu significado à ausência de doença ou à utopia de completo bem-estar biopsicossocial. Nesse modelo, o objeto de intervenção se desloca da doença para o sujeito em sofrimento psíquico, considerando sua constituição política, histórica e sociocultural, reconhecendo a complexidade do processo saúde doença e elegendo o território como espaço de produção do cuidado, o que requer articulação intersetorial (NUNES, GUIMARÃES, SAMPAIO, p. 1215, p. 2016).

Apesar dos avanços, sabemos que o processo de implementação desse modelo de atenção, da política de saúde mental, bem como do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira em si, tem se configurado em um movimento político-social historicamente marcado por desafios e contradições a serem superados, sobretudo na atualidade em que a tensão entre a sobrevivência do modelo psiquiátrico clássico e a proposta do modelo de atenção psicossocial territorial tem se mostrado cada vez mais presente, parte de uma conjuntura em que a população brasileira, principalmente a classe trabalhadora, tem enfrentado “a maior ofensiva da história deste país contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado” (SOARES, 2018, p. 24).

A política de saúde, no contexto de crise estrutural do capital, tem sido alvo de grande interesse por parte de grupos econômicos em sua constante busca por lucros e em seu movimento para estabelecer a lógica privada nos espaços públicos. Deste modo, portanto, “o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde” (SOARES, 2018, p. 11) tem estado cada vez ameaçado, evidenciando um real processo de contrarreforma dessa política, nela inclusa a política de saúde mental.

No que diz respeito à Política Nacional de Saúde Mental - PNSM e a Política de álcool e outras Drogas vivenciamos uma invasão de propostas conservadoras e que colocam em risco os direitos até aqui conquistados, sobretudo a partir dos governos Temer e Bolsonaro sob a ordem de um neoliberalismo ortodoxo.

Dentre os ataques, podemos destacar a aprovação da Resolução nº 32 em 14 de dezembro de 2017, que prevê uma “revisão” da PNSM e da Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017; tem-se também a aprovação da Resolução nº 01 de 09 de março de 2018, que, embora não tenha força de Lei, traz mudanças práticas na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), todas aprovadas ainda no governo Temer e que em suma visam investir novamente em manicômios, desinvestir nos CAPS e repassar recursos públicos para as comunidades terapêuticas privadas, o que pode acarretar um verdadeiro desmonte da RAPS, já fragilizada.

O governo Bolsonaro sob a atual gestão de seu projeto político ultraconservador tem dado continuidade ao desmonte imposto à política de saúde mental, por meio, por exemplo, da divulgação em fevereiro de uma Nota Técnica nº 11/2019 que visa dá esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, mas que na verdade é composta por uma série de inconsistências históricas, legais, éticas, normativas e técnicas acerca do campo da saúde mental; dentre outras medidas que destacaremos ao longo de nosso estudo.

Neste sentido, entendemos que esse conjunto de medidas propostas, empreendidas por conservadores e detentores do capital, compromete a efetividade de uma política em processo de construção. A partir da longa tradição das classes dominantes em privatizar a coisa pública, há um processo de reativação do modelo manicomial em detrimento do fortalecimento da RAPS de qualidade que priorize o usuário de saúde mental como portador de direitos sociais, expressando as disputas de projetos existentes na política de saúde mental em nosso país. Segundo Soares (2018), na contemporaneidade, os interesses do grande capital no Brasil careciam mesmo de governos genuinamente burgueses, capazes de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram.

Diante disso, vários limites se colocam para a efetivação da RAPS em nosso país, dentre eles: o resgate de elementos do modelo manicomial; o incentivo para ampliação da presença do setor privado e conservador na área, ao fortalecer, a atuação das comunidades terapêuticas; corte de verbas e/ou secundarização de investimentos em serviços de base territorial e comunitária; o sucateamento dos CAPS, que tem sofrido com a ausência e/ou alta rotatividade de profissionais e precárias condições de trabalho; o aprofundamento das contrarreformas e o aceleração do desmonte das políticas públicas e universais, dentre elas a de saúde mental; entre outros limites (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018; ESQUERDA DIÁRIO, 2018).

Desse modo, fomos motivadas a investigar como essa problemática tem se dado na particularidade do município de Campina Grande, e quais limites e possibilidades da RAPS no atual contexto, a partir do Centro de Atenção Psicossocial III - REVIVER, diante do seu lugar de destaque dentre os serviços substitutivos ao modelo manicomial e conseqüentemente no avanço da Reforma Psiquiátrica.

Partindo dessas indagações, delimitou-se como objetivo geral do nosso estudo, analisar os limites e possibilidades encontrados para a concretização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campina Grande – PB no atual contexto. E como objetivos específicos: apreender a relação entre o que prevê as legislações específicas de proteção e assistência de pessoas portadoras de transtornos mentais, e o que tem sido efetivado; identificar a configuração organizacional da rede compartilhada em saúde mental; e explicitar os limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Para tanto, o método de análise da realidade que nos pareceu pertinente diante dos objetivos propostos foi o **crítico-dialético**, este enquanto método que possibilita realizar uma análise ampla da realidade social na qual a problemática em questão está inserida em suas múltiplas determinações, tendo em vista que esta realidade social é resultado integral da interatividade humana ao longo do processo sócio-histórico e não de forças naturais ou sobrenaturais, o que implica a demonstração do caráter de totalidade do ser social em constante movimento (TONET, 2013).

Neste sentido, por entendermos que o processo do conhecimento dissolve o dado imediato e implica na saturação máxima de determinações concretas do objeto investigado, o método de Marx se fez aqui extremamente necessário, na medida em que toma a aparência do real como ponto de partida, mas não se esgota nela, mas busca superá-la e até mesmo negá-la

para que se possa apreender a essência do objeto, em outras palavras ele recusa o empirismo, mas não despreza, em absoluto, a expressão empírica do real, também necessária para se alcançar a essência deste, reproduzida, agora, no plano do pensamento, ou seja, no plano ideal do pesquisador (KOSIK, 1976; NETTO, 2011).

São três as categorias teórico-metodológicas nucleares do método crítico-dialético de Marx: a **TOTALIDADE**, no sentido de ser composta por um conjunto de partes essencialmente articuladas entre si. Para Marx, a sociedade burguesa, objeto teórico único o qual se dedicou, é “uma totalidade concreta [...] inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, construída por totalidades de menor complexidade” (NETTO, 2011, p. 56); a segunda categoria que está intrinsecamente articulada à primeira é a **CONTRADIÇÃO**, visto que a totalidade dessa ordem burguesa é dinâmica, cujo movimento é resultado justamente do caráter contraditório de todas as totalidades que estão em constante transformação; e a terceira categoria igualmente articulada a primeira e a segunda é **MEDIAÇÃO**, que indica que as relações estabelecidas entre estas totalidades não ocorrem de forma direta, mas são mediadas pela estrutura característica de cada uma delas (NETTO, 2011).

Deste modo, a escolha deste método não é porque ele nos propõe um conjunto de regras a serem aplicadas, como bem nos aponta Netto (2011, p. 53), porque ele não propõe, mas porque ele implica, segundo o próprio Marx, “uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações”.

No que se refere aos procedimentos utilizados em nossa pesquisa, para que pudéssemos nos aproximar e entender que a realidade a ser investigada é parte de um processo permanente e inacabado como bem aponta Silveira e Córdova (2009), nos dispomos a fazer uma **revisão bibliográfica das principais categorias do estudo** (Contrarreforma e Reforma Psiquiátrica), pesquisa **documental das principais legislações da Política de Saúde Mental e realização de entrevistas, com abordagem qualitativa**.

A pesquisa foi realizada na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, dado seu lugar de destaque no cenário nacional no que tange a reestruturação da assistência psiquiátrica, a partir da ampliação de ações e novos serviços substitutivos não só no âmbito local, mas que se estenderam aos municípios da macro-região, em um curto espaço de tempo, segundo o Ministério da Saúde. O estudo foi realizado no **Centro de Atenção Psicossocial III – REVIVER** do município (localizado na Rua Paulo Afonso, 188 no bairro do

Centenário, cujo CEP corresponde a: 58428-138)<sup>1</sup>, por se tratar de uma modalidade de serviço importante na organização de uma rede substitutiva efetiva ao hospital Psiquiátrico e no avanço do Processo de Reforma Psiquiátrica, ao prestar atendimento clínico 24 horas/dia, essencial para o acompanhamento de casos de maior complexidade e atenção à crise em sua área territorial, sendo, portanto, considerados os únicos que possuem o potencial substitutivo em sua essência, se comparado aos demais serviços do gênero.

A investigação ocorreu entre os meses de abril e maio de 2019. Atualmente, O CAPSIII - REVIVER conta com uma equipe profissional interdisciplinar, composta por: 03 (três) Assistentes Sociais, 06 (seis) Enfermeiros (as) (sendo 02 (duas) coordenadoras), 07 (sete) Técnicos (as) de Enfermagem, 02 (duas) Auxiliares de Enfermagem, 02 (dois) Médicos Psiquiatras, 01 (um) Educador Social, 01 (uma) Pedagoga, 02 (duas) Psicólogas, 03 (três) Cuidadores (as), 02 (duas) Auxiliares de Serviços Gerais, e 01 (um) técnico administrativo, somando um total de 30 (trinta) profissionais. Deste universo de profissionais foi retirada uma amostra intencional que corresponde aqueles que possuíam **nível superior acadêmico** e que tinham um **período mínimo de atuação de 06 (seis) meses** na referida instituição, assim nossa pesquisa contou com a participação de 07 (sete) desses profissionais, cujas áreas de atuação foram: serviço social, educação física, psicologia, enfermagem/coordenação e do setor administrativo.

Inicialmente pretendíamos compor uma amostra de 11 (onze) entrevistados, sendo: 03 da área de serviço social, 01 (um) de educação física, 02 (dois) de psicologia, 01 (um) de pedagogia, 02 (dois) de enfermagem e 02 (dois) da área médica. No entanto, devido à falta de disponibilidade e/ou recusa de alguns profissionais em participar da pesquisa após várias tentativas de contato, em alguns casos específicos, tivemos que mudar um de nossos critérios de composição da amostra, passando a contar com a contribuição daqueles que se dispuseram a responder nossos questionamentos, dentre os quais foram 06 (seis) profissionais das áreas já previstas (serviço social, educação física, psicologia, enfermagem/coordenação) e 01 (um) profissional de uma área até então não prevista (setor administrativo).

Para a coleta de dados, utilizamos como instrumentos: entrevistas semi-estruturadas com base em um roteiro direcionado aos profissionais que trabalham no CAPS III - REVIVER (APÊNDICE A), os quais compuseram o universo amostral estabelecido. O Apêndice A, por sua vez, foi dividido em duas partes, a primeira contendo dados acerca do

---

<sup>1</sup>Em 22 de julho de 2019, o CAPSIII-Reviver passou a funcionar em novo endereço, na Rua Cónego Pequeno, 257 – Bela Vista, mudança que só ocorreu após a realização desse nosso processo investigativo, deste modo nos manteremos sinalizando a localização anterior.

perfil profissional dos entrevistados, e a segunda com questões referentes ao objeto a ser investigado, em que foi necessária a utilização de gravador (quando permitida pelo entrevistado). Tendo em vista assegurar o sigilo dos depoimentos e manter o anonimato destes indivíduos, os mesmos foram identificados por numerações (Profissional 1, Profissional 2 e assim sucessivamente), que obedeceram a ordem da realização das entrevistas.

Faz-se necessário ressaltar que a nossa proposta de pesquisa foi previamente analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (cujo parecer substanciado encontra-se apresentado no ANEXO C), primando pelo respeito aos princípios éticos da pesquisa nos quais seres humanos estejam envolvidos, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Deste modo, foi realizado um prévio esclarecimento aos sujeitos participantes da amostra acerca das finalidades da pesquisa, expressando autorização destes para o desenvolvimento da coleta e análise das informações fornecidas por eles, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), além da assinatura do Termo de Autorização de Gravação Voz (ANEXO B).

Utilizamos ainda a revisão bibliográfica, na qual nos detemos a diferentes tipos de fontes que versam sobre o nosso tema, tais como livros completos e/ou capítulos específicos, revistas científicas, teses, dissertações, além de produções de artigos e matérias publicados em jornais, entre outros; e a pesquisa documental que se deu a partir da análise dos principais documentos que tratam da Saúde Mental no Brasil, como legislações específicas nacionais e locais, as quais podemos destacar: a **Lei nº 10.216/01** que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a **Portaria/GM nº 336/02**. Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações; a **Lei nº 4.068/02** que fixa diretrizes para a saúde mental no município de Campina Grande; dispõe sobre a promoção de saúde e dá reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental, substitutivos aos hospitais psiquiátricos e dá outras providências; a **Portaria nº 3.088/11** que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, entre outras. Também foi priorizada a análise de relatórios, reportagens de jornal etc.

O processamento de análise dos dados colhidos se deu por meio do processo de categorização, isto é, procuramos estabelecer e aprofundar as principais categorias que

constituíram o nosso estudo, identificando o que é consoante e o que é contraditório, buscando, portanto, desvelar: Como se tem conformado a RAPS na particularidade do município de Campina Grande-PB? Quais os limites e possibilidades para a sua construção?

Assim sendo, o trabalho em tela encontra-se com a sua exposição dividida em 04 (quatro) capítulos e considerações finais. O **Capítulo 1** aborda a Introdução; o **Capítulo 2** apresenta uma discussão acerca da crise do capitalismo contemporâneo e suas estratégias de enfrentamento, abrangendo o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e sua expressão nas políticas sociais, com destaque para Política de Saúde brasileira. O **Capítulo 3** traz uma abordagem sócio-histórica dos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil, destacando como se deu o processo de institucionalização da saúde mental no contexto brasileiro, discorrendo ainda acerca da regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e por fim, discutimos acerca das tendências atuais da Política de Saúde Mental, fazendo um recorte dos frequentes riscos de retrocessos empreendidos pelos governos Temer e Bolsonaro.

O **Capítulo 4** traz a nossa aproximação ao nosso objeto de estudo ao abordar os resultados e análises dos dados coletados. Inicialmente fizemos uma discussão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB, em seguida, aborda - se a atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS local, destacando o CAPS III – REVIVER, com o objetivo de situarmos e refletirmos sobre o lócus de nosso processo investigativo. E por fim, procuramos apresentar uma reflexão acerca dos limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campina Grande – PB.

Portanto, por compreendermos, que precisamos resistir às investidas do capital e (re)começar a luta por uma sociedade sem manicômios em suas variadas formas, acreditamos que o estudo ora apresentado justifica-se na medida em que poderá contribuir para esse processo complexo de resistência, além de trazer novos elementos que irão somar-se aos estudos já existentes a respeito de tal temática.

## **CAPÍTULO 2 - CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E O RECEITUÁRIO NEOLIBERAL: A CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS SOCIAIS E AS IMPLICAÇÕES PARTICULARES PARA O CAMPO DA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA**

Para contextualizar o nosso objeto de estudo, nos dispomos a iniciar nossa discussão apresentando as configurações fundamentais da crise estrutural do capitalismo contemporâneo a partir da década de 1970, e suas estratégias de enfretamento, baseadas no tripé reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal, parte de um processo de restauração do capital que acarreta uma série de transformações de cunho macrossocietário no mundo contemporâneo cujas sequelas podem ser sentidas até os dias atuais.

Como parte desse contexto, destacamos o processo de contrarreforma do Estado na particularidade brasileira e as implicações do mesmo para conjunto das políticas sociais, diante dos ajustes neoliberais, mediante a proposta de redução do papel do Estado na área social. E por fim, assinalamos como tais implicações têm recaído sobre a Política de Saúde brasileira, dado o ambiente antagônico que tem se constituído para efetivação do SUS enquanto sistema de caráter universal e de natureza pública.

### **2.1 Crise do capitalismo contemporâneo e suas estratégias de enfretamento**

Ao longo da história do sistema capitalista, a dinâmica do capital vivencia sucessivos momentos de crises, estas que são próprias do caráter contraditório deste sistema, que por sua vez não existe sem crise.

Segundo Netto (2012), desde a segunda década do século XIX, o Modo de Produção Capitalista - MPC vem, regularmente, sendo acompanhado por vários períodos de crises cíclicas, no entanto, até os dias atuais, o mesmo experimentou, de forma integral, um determinado tipo de crise apenas duas vezes, a chamada crise sistêmica, que diferente das outras, envolve toda a estrutura da ordem do capital, são elas: a primeira que emergiu no ano de 1873, cujo cenário principal foi a Europa e se estendeu cerca de 23 anos, e a segunda crise é a de 1929, com implicações desastrosas que abrangeu todo o globo e durou cerca de 16 anos e só foi ultrapassada pós-segunda guerra mundial.

Logo, na contemporaneidade, uma crise de natureza também sistêmica e estrutural, tem sido experimentada por nós, mas apresenta particularidades no que tange às duas

anteriores, com transformações de cunho macrossocietário, sofridas pelo capitalismo desde a década de 1970 que redesenharam o perfil do capitalismo contemporâneo, com efeitos que se estendem até os dias atuais (NETTO, 2012).

Para Meszáros (2011), uma crise estrutural habita dentro e provém das três dimensões fundamentais do capital, que são: produção, consumo e circulação/distribuição/realização, juntas elas se fortalecem e se ampliam, fazendo com que a reprodução do capital alcance patamares cada vez mais altos, desse modo

são superadas com sucesso as limitações *imediatas* de cada uma, graças à interação entre elas. (Por exemplo, a barreira imediata para a produção é positivamente superada pela expansão do consumo e vice-versa.) Assim, os limites parecem verdadeiramente ser meras barreiras a serem transcendidas, e as contradições imediatas não são apenas deslocadas, mas diretamente utilizadas como alavancas para o aumento exponencial no poder aparentemente ilimitado de autopropulsão do capital (MESZÁROS, 2011, p. 798).

Quando uma dessas três dimensões é atingida por crises de duração, frequência e severidades variadas pode sim, indiretamente, afetar o sistema como um todo, no entanto, sem necessariamente colocar em questão os “limites últimos da estrutura global” (Meszáros, 2011, p. 798), diferente do que ocorreu com a crise estrutural que se inicia nos anos 70, uma vez que essa tripla dimensão interna da autoexpansão do capital apresenta perturbações cada vez maiores, com tendências que conduzem não só ao rompimento do processo normal de crescimento, mas também prevê uma falha na função vital desta de deslocar as contradições acumuladas do sistema (MESZÁROS, 2011).

Ainda de acordo com Meszáros, essa novidade histórica da crise, essencialmente estrutural, que estamos enfrentando no cenário contemporâneo, é expressa em quatro principais aspectos:

(1) seu *caráter* é *universal*, em lugar de restrito a uma esfera particular (por exemplo, financeira ou comercial, ou afetando este ou aquele ramo particular de produção, aplicando-se a este e não àquele tipo de trabalho, com sua gama específica de habilidades e graus de produtividade etc.); (2) 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 principais crises no passado); (3) sua *escala de tempo* é extensa, contínua, se preferir, *permanente*, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital; (4) em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu *modo* de se desdobrar poderia ser chamado de *rastejante*, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou 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 perder sua energia (MÉSZAROS, 2011, p. 795-796).

Os traços considerados inéditos da crise que se inicia nos anos 1970 se dão justamente pelo fato da mesma se tratar de uma

crise social do conjunto da sociedade burguesa, uma crise das relações de produção capitalistas e de todas as relações sociais burguesas, que se imbrica com a diminuição durável do crescimento econômico capitalista, acentua e agrava os efeitos das flutuações conjunturais da economia, e recebe por sua vez novos estímulos dessas flutuações (MANDEL, 1990, p. 13).

A crise estrutural do capital que se instaura a partir dessa crise é marcada pelo início do declínio dos chamados “trinta anos gloriosos” parte de uma conjuntura em que se vivenciava o pleno emprego keynesiano-fordista em combinação com o Estado de Bem-Estar Social no trato das políticas sociais, anos de uma onda longa de crescimento e prosperidade capitalista nos países centrais “à custa do imperialismo imposto aos países periféricos” (GUERRA, 2013 apud JUVENTINO, 2016, p. 22), deste modo a crise dos anos 70 é a crise desse modo de regulação entre capital e trabalho, com a mediação do Estado (BOCCHI, 2000; GASPAR, 2015).

No contexto pós-crise 1929-1933 e pós Segunda Guerra, os trinta anos gloriosos ou de ouro vão marcar a história do capitalismo, período em que o mesmo adentra em sua fase madura ou fase monopolista, e, portanto imperialista, com resultados econômicos jamais vistos, com ampliação das taxas de lucros e ganhos de produtividade para as empresas, e políticas sociais para a classe trabalhadora.

É importante ressaltarmos, que nesse estágio superior do modo de produção capitalista, podem ser distinguidas em pelo menos três fases: “a fase clássica, que segundo Mandel, vai de 1890 a 1840, os anos dourados, do fim da Segunda Guerra Mundial até a entrada dos anos setenta, e o capitalismo contemporâneo, de meados dos anos setenta aos dias atuais” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 192). O autor Lenin, em uma interpretação clássica acerca do imperialismo, assinala que este pode ser definido a partir de cinco características fundamentais:

1) a concentração da produção e do capital alcançou um grau tão elevado de desenvolvimento que criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, baseada nesse “capital financeiro” da oligarquia financeira; 3) a exportação de capitais, diferentemente da exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o mundo entre si, e 5) conclusão da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes (LENIN, 2012, p. 124).

O imperialismo é, portanto o capitalismo na fase de desenvolvimento em que ganhou corpo a dominação dos monopólios e do capital financeiro, adquirindo marcada importância a exportação de capitais, e em que teve início a partilha do mundo pelos trustes internacionais e

terminou a partilha de toda a terra entre os países capitalistas mais importantes (LENIN, 2012).

É nesse momento que se consolida o modo de produção keynesiano-fordista como proposta de estratégia para saída da crise de 29 (A grande Depressão) o que demandará do Estado uma maior intervenção na economia, para que se possa garantir a reativação da produção, um Estado produtor e regulador. (NETTO, BRAZ, 2006; BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

John Maynard Keynes (1883-1946), um economista inglês, ao procurar compreender essa crise e encontrar saídas democráticas para ela, propunha a “mudança da relação do Estado com o sistema produtivo e rompia parcialmente com os princípios do liberalismo” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 83-84). Para Keynes, é papel do Estado, o reestabelecimento do equilíbrio econômico, através de uma

política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia [...] Tal intervenção estatal para fugir da armadilha recessiva provocada pelas decisões dos agentes econômicos individuais [...], tinha um programa fundado em dois pilares: pleno emprego e maior igualdade social, o que poderia ser alcançado por duas vias a partir da ação estatal: 1. Gerar emprego dos fatores de produção via produção de serviços públicos, além da produção privada; 2. Aumentar a renda e promover maior igualdade, por meio da instituição de serviços públicos, dentre eles as políticas sociais (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 85 - 86).

As premissas Keynesianas defendiam, portanto, a garantia da prosperidade das economias de mercado, com pleno emprego dos recursos produtivos e sob regulação, nas quais o fundo público possui um papel ativo e essencial. Para isso, no processo produtivo, o Keynesianismo alia-se aos princípios fordistas de organização do trabalho idealizados em 1913 pelo empresário estadunidense Henry Ford, que tem como base a produção em massa para o consumo em massa, que dada a sua alta capacidade de geração de emprego e uso intenso de energia, encontra, no contexto do segundo pós-guerra, condições favoráveis para então se generalizar e consolidar-se (GASPAR, 2015).

Deste modo, ao se associarem, o keynesianismo e o fordismo constituíram os pilares do processo de acumulação ampliada do capital no pós-45, com uma forte ampliação da demanda efetiva, altas taxas de lucros, elevação do padrão de vida das massas nos países de capitalismo central, e “um alto grau de internacionalização do capital, sob o comando da economia norte-americana, que sai da guerra sem grandes perdas físicas e com imensa capacidade de investimento e compra de matérias-primas, bem como de dominação militar” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 88).

Foi um período assinalado pela expansão imperialista dos EUA aos países europeus e, posteriormente, aos países de Terceiro Mundo, “em busca de consolidar a sua hegemonia capitalista, articulando a internacionalização da economia no contexto histórico de Guerra Fria” (HOBSBAWN, 1995 apud JUVENTINO, 2016, p. 25), com o objetivo de promover uma reforma do sistema.

Segundo Netto e Braz (2006, p. 202), essa “junção” procurava expressar uma possível consolidação do dito “capitalismo democrático”, em que “a produção em larga escala encontraria um mercado em expansão infinita e a intervenção reguladora do Estado haveria de controlar as crises”. Nessa conjuntura de onda longa expansiva, os períodos cíclicos de prosperidade são mais longos e intensos, ao passo que as crises cíclicas tornam-se mais curtas e superficiais, em que os impactos das mesmas são reduzidos, isto é, em vez de depressões, recessões, e as retomadas mais rápidas e intensas. As crises, portanto, “constituíram uma série de pequenos episódios num arco em que o crescimento econômico mostrou-se dominante” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 213).

Para além das condições favoráveis para o desenvolvimento econômico, melhores condições políticas, sociais e culturais também se fizeram necessárias para sustentar a onda longa expansiva durante os anos “dourados” do capitalismo maduro, pois, para a burguesia a manutenção das taxas de lucros à custa da superexploração da classe trabalhadora, implica em acordos e concessões, diante disso o movimento operário acaba por abrir mão de “um projeto mais radical, em prol de conquistas e reformas imediatas, incluindo-se aí os direitos sociais, viabilizados pelas políticas sociais” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 88), o Estado, portanto, assume compromisso com mecanismos de coesão social, e não só coerção, o que atribui ao mesmo um elevado nível de legitimidade, anunciava-se, assim, um capitalismo sem contradições.

Apesar desse caráter de concessão que institui os direitos sociais nesse período enquanto reposta a crise de 29, é importante frisar, que estes também foram frutos da organização, pressão e lutas da classe trabalhadora, ainda que estes, posteriormente tenham aberto mão de reivindicações mais radicais como mencionamos acima, foram essas lutas que impulsionaram, após a década de 1940, a expansão de um padrão universal de políticas sociais nos países centrais (BOSCHETTI, 2010).

O desenvolvimento e a expansão da política social nesse período pós-guerra fazem parte da experiência do chamado Welfare State ou Estado de Bem Estar Social vivenciado pelos países capitalistas centrais, que por um lado acarretou melhorias significativas nos

padrões de vida dos trabalhadores para além da fábrica e por outro assegurou por um dado momento o desenvolvimento e continuidade do sistema capitalista, por meio de “acordo de classes” conduzido por grandes partidos social-democratas, diante da ameaça comunista<sup>2</sup> (BEHRING, BOSCHETTI, 2008; COSTA, 2016) e da pressão dos trabalhadores. De acordo com Gaspar

Constituiu-se, assim, um poderoso círculo virtuoso em que cada elemento potencializa e é alimentado pelos demais. Crescimento econômico, elevação da produtividade, investimento estatal, incorporação dos trabalhadores aos frutos do progresso, são todos fatores que o Estado do Bem Estar Social veio consolidar politicamente. Para os assalariados, a redistribuição de renda traduziu-se em garantias trabalhistas, previdência e assistência social, educação e saúde subsidiadas, habitação popular, mobilidade e acessibilidade urbanas, equipamentos públicos de lazer (GASPAR, 2015, p. 270).

No que diz respeito às origens e o desenvolvimento do Welfare State, Behring e Boschetti (2008) assinalam três fatores que marcam a “idade de ouro” das políticas sociais: o crescimento do orçamento social nos países da Europa que faziam parte da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE; o crescimento incremental de mudança demográfica; e o crescimento sequencial de programas sociais.

Portanto, é no limite entre a conquista de direitos e a (re)estruturação do capital que os direitos sociais foram legalmente reconhecidos e as políticas sociais se ampliaram, evidenciando que nesse modo de sociabilidade do capital “os direitos sociais são capitalistas e sua ampliação não assegura a emancipação humana, mas podem contribuir para criar condições materiais para melhoria das condições de vida” (BOSCHETTI, 2010, p. 68).

É válido ressaltar, que essa lógica de ação estatal pode ser verificada em alguns países periféricos selecionados, como, por exemplo, os da América Latina, entre eles Brasil, Argentina e México, porém, de forma muito mais restrita em comparação aos países capitalistas industrializados, “seja pela dimensão limitada de seu mercado formal de trabalho, seja pelo fato de sua taxa de exploração da mão de obra ser mais elevada, tendo em vista sua origem colonial” (GASPAR, 2015, p. 270).

Entretanto, no final dos anos 1960 a era de intenso crescimento econômico promovido pela regulação estatal em “combinação” com o reconhecimento dos direitos sociais começou a dar sinais de exaustão e as tensões tomaram a cena, acerca disso, Gaspar (2015, p. 275)

---

<sup>2</sup> “Uma vez que, em paralelo, a União da República Socialista Soviética (URSS), formada a partir da revolução russa em 1917, desenvolveu uma economia socialista planificada, com centralização do poder estatal, participação da população nas decisões, produção de usufruto coletivo ao invés do individual, comércio exterior, abolição da propriedade privada, entre outras medidas de socialização da produção e consumo que provocaram temor às economias dos países capitalistas, especialmente aos EUA” (GUERRA, 2013; SOUZA, 1995 apud JUVENTINO, 2016, p. 23).

aponta que “os mercados davam sinais de saturação, a que se seguiam pressões de preços e de custos, num cenário de intensa competição”.

No que se refere ao descontentamento trabalhista, uma vez que nem todos foram alcançados pelas benfeitorias do fordismo e que as desigualdades entre os setores já se faziam presentes, como contradições intrínsecas ao sistema “[...] o crescimento do desemprego e os baixos salários passaram a ganhar mais espaço e aumentou o número de trabalhadores em todos os países que, sem emprego, não conseguiam acessar a produção em massa, aumentando as insatisfações” (COSTA, 2016, p. 49). Logo, o capitalismo dito “democrático” entra em uma crise de teor estrutural, que configurará grandes mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais, momento em que, segundo Netto e Braz (2006), é instituída a terceira fase do estágio imperialista, o capitalismo contemporâneo, cujo centro de sua dinâmica continua a ser o protagonismo dos monopólios.

As transformações trazidas por essa crise estrutural envolvem a totalidade social, indo além dos circuitos produtivos, demandando uma reorganização sociopolítica e ideopolítica das estratégias da dominação imperialista do capitalismo, isto é, ainda que a crise comumente origine-se na esfera econômica, ela rapidamente se move para o ambiente político (COSTA, 2016). Castelo (2013) considera que é exatamente no plano político que germinou a crise orgânica do bloco histórico fordista-keynesiano e não na economia, com o movimento que ficou conhecido como Maio de 68, no qual inúmeros setores das classes subalternas contestaram e desafiaram a supremacia burguesa, apontando para uma crise de hegemonia do modo de produção capitalista.

Os movimentos do Maio de 68, em suma, se expressaram por meio de sucessivas greves, protestos, barricadas e rebeliões sob a liderança de diferentes grupos subalternos nos quatro cantos do planeta, dentre os exemplos claros de uma das “maiores ações contestatórias à ordem estabelecida na segunda metade do século XX” (CASTELO, 2013, p. 152), temos a Primavera de Praga, os protestos estudantis na Cidade do México e as barricadas do Quartier Latin. Com uma pluralidade de reivindicações, o programa de transformação social desses movimentos era

composto de itens de todo espectro político-cultural: o fim da alienação no trabalho e na vida cotidiana, da opressão de gênero e de raça e da destruição do meio ambiente, a defesa da liberdade de expressão, de pensamento e comportamento, o desarmamento nuclear, a libertação do Terceiro Mundo do jugo colonial e imperialista, os direitos humanos e muitos outros (CASTELO, 2013, p.152-153).

Apesar, da prevalência das bandeiras de lutas desses movimentos serem referentes à liberdade, historicamente pautada no liberalismo, os operários industriais e trabalhadores

urbanos do setor terciário, enquanto sujeitos políticos mais atuantes desse processo, contestaram de forma enfática os métodos e o alcance das lutas dirigidas pela social-democracia, ao mesmo em que questionavam também o aumento da exploração decorrente da introdução de métodos fordistas de produção, não se teve luta somente por aumento de salários, mas também contra a alienação e a subsunção real (CASTELO, 2013).

Para Costa (2016), começa a ficar em evidência que o pacto fordista-keynesiano não estava mais conseguindo manter o grau de acumulação almejado pelo capital, nem conter as contradições intrínsecas ao capitalismo, tanto do ponto de vista econômico, quanto do ponto de vista político e também cultural. O Estado, por sua vez, já não conseguia exercer suas funções mediadoras civilizatórias de forma mais ampla.

A partir desse período, a taxa de lucro passa a cair rapidamente:

entre 1968 e 1973, ela cai, na Alemanha Ocidental, de 16,3 para 14,2%, na Grã-Bretanha, de 11,9 para 11,2%, na Itália, de 14,2 para 12,1%, nos Estados Unidos, de 18,2 para 17,1% e, no Japão, de 26,2 para 20,3%. Também o crescimento econômico se reduziu: nenhum país capitalista central conseguiu manter as taxas do período anterior (NETTO, BRAZ, 2006, p. 213).

Dentre os detonadores que deflagrou a crise a partir dos anos 1970 e anunciou o fim da ilusão do “capitalismo democrático”, dois foram os principais: **o colapso do ordenamento financeiro mundial**, quando os Estados Unidos rompem de forma unilateral com os acordos feitos na Conferência de Bretton Woods, ao desvincular o dólar do ouro; e o **choque do petróleo**, com a elevação dos preços definida pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) (NETTO, BRAZ, 2006).

Diante das implicações da Segunda Guerra Mundial que estava chegando ao fim, delegados de 44 nações se reuniram em uma conferência organizada pelos EUA, na cidade britânica de Bretton Woods em julho de 1944, com o objetivo de discutir os novos rumos da economia mundial e promover uma reforma do sistema internacional monetário e financeiro que se encontrava em um crônico quadro de instabilidade. Resultou-se desse encontro: o padrão ouro-dólar, “com a moeda estadunidense capitaneando o novo bloco histórico capitalista: o fordista-keynesiano” (CASTELO, 2013, p. 161), com forte resistência, vale salientar, do Bloco Comunista. Neste momento, portanto, foram determinadas

as bases de gerenciamento econômico internacional do pós-guerra e fixadas as regras para as relações comerciais e financeiras entre os países mais industrializados do mundo. Ficou estabelecida a indexação da taxa de câmbio das principais moedas em relação ao dólar e uma paridade fixa desse em relação ao ouro (GASPAR, 2015, p. 267).

A partir do acordo monetário de Bretton Woods, se desdobrou também o Plano Marshall, em 1947, o Programa de Recuperação Européia, considerado a principal iniciativa

dos EUA para reconstrução dos países aliados da Europa no pós-guerra, e o plano Dodge para recuperação do Japão. Novas instituições, controladas pela burguesia, também foram criadas, como o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, que dá origem ao atual Banco Mundial, e o Fundo Monetário Internacional - FMI (IAMAMOTO, 2015).

A ameaça comunista, de acordo com Gaspar (2015), nesse contexto de reconstrução econômica, teve uma importante influência, visto que ao sair da guerra com considerável prestígio, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, apesar das significativas perdas, passou por um processo de expansão do seu poderio político, dada a incorporação de países da Europa oriental ao bloco socialista e a vitória da revolução comunista na China em 1949, logo, essa nova conjuntura

aliada ao confronto militar que irrompeu na Coreia no início da década de 1950, forneceu o pretexto para maciças injeções de recursos norte-americanos para o fortalecimento de sua capacidade bélica, o que envolvia gigantescas transferências ao exterior com fins bélicos. Era a guerra fria, que marcou a política e a economia globais na segunda metade do século XX (GASPAR, 2015, p. 268).

Na tentativa de “promover a cooperação internacional sobre uma base consensual e estável, deve ser citada, também, a criação, em 1945, da Organização das Nações Unidas – ONU” (GASPAR, 2015, p. 268), dentre outras organizações como a Organização do Tratado do Atlântico Norte - NATO/OTAN, o Acordo Geral de Tarifas e Comércio - GATT, que resultou na criação da Organização da Comunidade Econômica Européia.

Com o fim da Segunda Guerra, a supremacia estadunidense nas sociedades ocidentais era bastante clara nos planos da produção, da moeda, das armas e da ideologia. Apesar das resistências anticapitalistas que se espalharam por diversas localidades, os EUA tornaram-se, “[...] a potência principal do sistema capitalista. Líder militar, industrial, tecnológico-científico, financeiro e ideológico, eles moldaram o sistema institucional e econômico para atender às necessidades da acumulação capitalista baseada no dólar e no americanismo-fordismo” (CASTELO, 2013, p. 162).

Mas, a partir da década de 1960 esse quadro começou a mudar e a supremacia dos EUA começou a passar por abalos, dentre eles: o alto déficit do saldo corrente da balança de pagamentos dos EUA, gerado pela longa Guerra do Vietnã; a desconfiança dos agentes econômicos na capacidade do governo estadunidense manter a paridade do dólar frente ao ouro (US\$ 35 = 1 onça de ouro); e a então desvalorização do dólar nos mercados não oficiais “chegando à cotação de US\$ 135 para uma onça de ouro nos mercados paralelos” (CASTELO, 2013, p. 163).

Diante disso, segundo o supracitado autor, a corrida especulativa contra o dólar foi só uma questão de tempo, fazendo com que o presidente Richard Nixon (1913-1994) rompesse unilateralmente com o regime monetário de Bretton Woods em agosto de 1971, isto é o acordo de conversibilidade do dólar em ouro. Esses e outros fatores de ordem também política e militar enfraqueceu a posição da superpotência norte-americana no cenário internacional, a conduzindo à decadência.

Essa conjuntura é agravada pelo primeiro **choque do petróleo** em 1973, que rompe o precário equilíbrio que ainda mantinha o ciclo virtuoso do pós-guerra. O petróleo, principal insumo energético do Ocidente, que até então vinha sustentando seus preços “artificialmente baixos, pela manipulação de companhias monopolistas multinacionais de origem norte-americana e europeia, controladoras da produção e distribuição de petróleo e seus derivados” (GASPAR, 2015, p. 279), passa por uma extraordinária elevação de preço determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo - OPEP. Segundo Castelo, esse aumento foi

um dos detonadores da crise e responsável, junto com outros fatores, por uma escala inflacionária sem precedentes, que fez ruir grande parte da crença dos agentes financeiros nas premissas keynesianas e só fez aumentar as expectativas de os EUA perderem seu posto de líder mundial (CASTELO, 2013, p. 163).

Entre 1974-1975, conforme apontam Netto e Braz (2006), a ilusão dos “anos dourados” é enterrada, período em que é inscrita uma recessão generalizada, que abarca, de forma simultânea, todas as grandes potências imperialistas, bem como a recessão de 1980-1982 com o segundo choque do petróleo e a crise bancária sistêmica, em que se registra uma queda ainda maior das taxas de lucro e um recuo do crescimento ainda mais expressivo do que em 1974-1975. Assim, a “onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 214).

Todo esse quadro de estagnação provocou uma enorme onda de desemprego no conjunto de países imperialistas, atingindo principalmente “os jovens, as mulheres e os imigrantes, mas também significou uma expulsão efetiva de homens adultos da parcela empregada da população ativa” (BEHRING, 1998, p. 152).

Ainda que nos primeiros anos da década de 80 tenham anunciado tempos difíceis para as classes dominantes, terminaram com fatos impensáveis ao período, como a queda do socialismo real e o início da retomada da supremacia estadunidense em torno de um sistema de poder internacional unipolar,

com os sistemas monetário e financeiro internacionais funcionando sob o comando do dólar [...], os EUA recobriram o domínio sobre a emissão da moeda internacional para financiar qualquer que fosse o seu déficit no balanço de pagamentos, isto enquanto perdurasse a confiança dos agentes financeiros internacionais em sua moeda. Desobrigado de manter uma paridade do dólar com o ouro ou qualquer outro ativo real ou intangível, eles poderiam financiar déficits no seu balanço de pagamentos sem grandes restrições (CASTELO, 2013, p. 168).

Com vistas a superar a crise dos anos 70, o capital passou a empreender algumas respostas que viesse a contribuir para o seu processo de restauração, tais respostas foram baseadas no tripé: **reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal**, ambas as estratégias de enfretamento burguesas que estão inter-relacionadas e acarretaram profundas transformações tanto no âmbito produtivo quanto no conjunto das relações sociais, apesar da lógica de acumulação capitalista e suas tendências de crise tenha permanecido a mesma (HARVEY, 1992).

No que diz respeito à **reestruturação produtiva**, se prevê mudanças na organização da produção e do mundo do trabalho, por meio da incorporação de tecnologias no setor produtivo, promovendo um significativo desenvolvimento das forças produtivas e conseqüentemente reduzindo a demanda por trabalho vivo. Atrelada a essa via de transformação está a chamada acumulação flexível, que vai substituir a acumulação rígida própria do taylorismo-fordismo, isto é, surge um novo regime de acumulação associado a um sistema de regulamentação política e social bem diferente, em que se destaca o modo de produção toyotista (NETTO, BRAZ, 2006; HARVEY, 1992).

A acumulação flexível, assim denominada por Harvey, se sustenta na

flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracterizando-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1992, p. 140).

O modo de produção toyotista, típico do Japão pós-guerra, nasce em uma conjuntura em que se demandava aumento simultâneo, tanto da produtividade, quanto da capacidade de produzir pequenas quantidades de diferentes modelos de produtos, e no processo de retomada da alta taxa de lucro e de resolução da crise de superprodução instaurada nos anos de 1970, o Toyotismo se universaliza pelas cinco regiões do planeta no pós-crise, articulando novos e velhos processos de trabalho, a fim de promover o controle patronal sobre o trabalho (PINTO, 2010; CASTELO, 2013). As mudanças se deram em volta das

relações sociais de produção no chão da fábrica entre diferentes categorias profissionais, envolvendo operários, supervisores e engenheiros. Montaram-se equipes de trabalhadores polivalentes capazes de desempenhar múltiplas funções ao

mesmo tempo, manipulando diferentes tipos de máquinas-ferramentas (CASTELO, 2013, p. 178).

As novas exigências postas à força de trabalho nesse regime de acumulação flexível acabam por segmentar a classe trabalhadora em dois grupos distintos: de um lado estão os trabalhadores considerados mais qualificados e polivalentes nos setores de produção de ponta, de outro lado, e em maior número, estão os trabalhadores temporários ou subcontratados como terceiros geralmente recrutados para desenvolverem atividades laborativas desqualificadas, fazendo com que essa força de trabalho possa ser substituída a qualquer momento (PINTO, 2010; NETTO, BRAZ, 2006).

Nesse processo de controle da força de trabalho há um significativo empenho do capital em quebrar a consciência de classe dos trabalhadores e enfraquecer a capacidade de resistência dos mesmos, visto que há um apelo à participação e o envolvimento destes no processo produtivo, enaltecendo a valorização da comunicação e da redução das hierarquias por meio do emprego de equipes de trabalho, é nesse quadro, portanto, que o toyotismo ganha ainda mais reconhecimento nas relações de trabalho, com um intenso estímulo ao sindicalismo de empresa, logo o capital se utiliza do discurso de que a empresa é a casa do trabalhador e que o mesmo deve atrelar o seu êxito pessoal ao êxito da empresa, este passa a ser chamado de colaborador, associado etc. ao invés de operário ou empregado (NETTO, BRAZ, 2006).

Neste sentido, o capital promove a desconcentração industrial com a desterritorialização da produção, reintroduzindo formas passadas de exploração do trabalho; como, por exemplo, a “adoção do salário por peça, entre outras modalidades de exploração realizadas dentro, mas também fora das empresas, por meio de processos de externalização e terceirização do trabalho” (TAVARES, SITCOVSKY, 2010, p. 2001), ao passo que expulsou milhares de trabalhadores do processo produtivo ao incorporar cada vez mais dispositivos tecnológicos de acumulação, como a microeletrônica e dos recursos informáticos e robóticos, acarretando índices elevados de desemprego e conseqüentemente um crescente exército industrial de reserva.

Podemos observar que nessa fase contemporânea do estágio imperialista, o capital triunfa (temporariamente) sobre o trabalho, mediante as transformações que lhe foram empreendidas, que resultaram na crise do movimento sindical e na redução do contingente dos operários industriais, diante disso alguns ideólogos defendem “o fim do trabalho, das lutas de classes, das ideologias, do marxismo e da própria história” (CASTELO, 2013, p. 168), colocando como elementos centrais dos novos processos produtivos: a ascensão da

ciência, da comunicação e da informação. No entanto, a tese do fim da centralidade do trabalho não se sustenta e torna-se falsa, visto que

as novas configurações do mundo trabalho continuam reafirmando a supremacia do capital sobre o trabalho, do qual a centralidade da produção não desaparece, e a teoria do valor-trabalho ainda deve ser considerada como um dos instrumentais teóricos mais sólidos para desvelamento das relações sociais de produção fetichizada e alienadas do capitalismo (CASTELO, 2013, p. 173).

Soma-se a esse quadro, de certo conforto para o modo de produção capitalista, o colapso do Partido Comunista, da URSS e do conjunto do bloco socialista a ele associado, que se consumaria até o final da década de 1980, com a queda do Muro de Berlim que ocorreu em 9 de novembro de 1989, expressando, segundo Gaspar (2015), a falência de um modelo de transição pós-capitalista, aliado ainda, ao desmantelamento das economias dos países periféricos, assoladas pela crise da dívida adquirida por meio da tomada de empréstimos externos a juros altíssimos para financiarem seus projetos nacionais de industrialização (GASPAR, 2015; CASTELO, 2013).

A segunda estratégia de enfrentamento a crise de 1970 que compõe o tripé de restauração do capital e que está intimamente ligada à primeira, é o **movimento de financeirização** próprio da chamada mundialização do capital, que transforma todo o cenário da economia mundial. A mundialização da economia, segundo Iamamoto está firmada

nos grupos industriais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em contexto de desregulamentação e liberalização da economia [...]. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão [...]), que passam a comandar o conjunto da acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais (IAMAMOTO, 2015, p. 108).

Por meio do fenômeno da mundialização econômica, vinculada a financeirização do capitalismo e à articulação supranacional das grandes corporações, o grande capital vai impor uma desregulamentação universal, que vai além da desregulamentação das relações de trabalho, visando garantir uma plena liberdade em escala mundial, todavia, na prática, “os países imperialistas dificilmente desregulam os seus mercados internos; a receita que recomendam é para “uso externo”, ou seja, para países dependentes e periféricos” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 229).

Nesse processo de estruturação da economia mundial, o capital financeiro avança sobre o fundo público, “formado por parte dos lucros dos empresários e do trabalho necessário de trabalhadores, que são apropriados pelo Estado sob a forma de impostos e taxas” (IAMAMOTO, 2015, p. 113). Assim, de um lado tem-se o reforço de uma distribuição de rendimentos desigual, que acaba por estimular poupanças de altos rendimentos com altas

taxas de juros, consumindo parcelas significativas da produção de valor, engessando a produção, combinado ao crescimento da dívida pública, novo e importante elemento que alimenta a mundialização do capital (IAMAMOTO, 2015), que ameaça a liquidez e a soberania de cada nação.

De outro lado, objetivando a extração da mais-valia presente e futura dos trabalhadores e conseqüentemente a elevação da lucratividade das empresas, o investimento especulativo no mercado vai dispor de mecanismos de ampliação da taxa de exploração, por meio de “políticas de gestão; enxugamento de mão de obra; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento dos salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo, que dificulta a organização sindical [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 113).

O capital financeiro, enquanto principal favorecido por esse conjunto de medidas de abertura, individualismo, desregulamentação e privatização que compuseram o arcabouço programático das políticas de austeridade monetária e arrocho fiscal (GASPAR, 2015), atrelado aos avanços tecnológicos que avançaram nesse período e ao “virtual desaparecimento das restrições ao seu livre movimento, estabeleceu as bases de uma globalização<sup>3</sup> caracterizada precisamente por seu protagonismo” (GASPAR, 2015, p. 284).

Nesse contexto, a mundialização, demagogicamente defendida como progresso<sup>4</sup> vai, na verdade, destruir as condições que poderiam tornar possível o regime democrático, “tendo em vista que este processo conferiu ampla liberdade para o capital em escala planetária, mas restringiu a liberdade do trabalho e submeteu os trabalhadores a uma larga desproteção social, impondo, em especial aos países periféricos, a retração de direitos sociais e trabalhistas” (MARTINS, 1997 apud SILVA, 2011a, p. 23).

Portanto, o capital financeiro une, na expansão monopolista, processos econômicos, políticos e ideológicos que vão alimentar o crescente movimento de valorização do capital, concretizando a subsunção real da sociedade ao capital (IAMAMOTO, 2015). Assim, em escala mundial, a estratégia do grande capital tem como objetivo romper também com todas

---

<sup>3</sup> “Frequentemente, esse “mundo globalizado” é caracterizado com apelos ideológicos, supostamente positivos, que o reificam como um processo de: - crescente e positiva presença de empresas transnacionais que contribuiriam para os países em desenvolvimento; - incrível mobilidade de grandes massas de capitais que favoreciam o aumento de investimentos; - vigência de um projeto global, que seria válido igualmente para todos os países em termos de acesso a trabalho, direitos e democracia; - convicção na competitividade como elemento central para aumento da produtividade e redução dos custos laborais; crença em processos “naturais” de integração cultural, supondo a ruptura com as particularidades nacionais e regionais, o que promoveria uma suposta cultura global” (BOSCHETTI, 2010, p. 71).

<sup>4</sup> “[...] como um período de expansão das forças produtivas com aumento de sua capacidade de geração de riquezas, de integração dos mercados financeiros mundiais e de crescimento singular do comércio internacional, com ampliação do acesso ao consumo” (BOSCHETTI, 2010, p. 70-71).

as barreiras sociopolíticas, e não só com aquelas que se referem às suas relações com o mundo do trabalho, isto é ele visa “destruir qualquer trava extra-econômica aos seus movimentos” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 226). Logo, o neoliberalismo vai se constituir, justamente, como instrumento de legitimação dessa mesma estratégia.

A terceira estratégia de contenção a crise de 1970, o **neoliberalismo**, nasce no pós Segunda Guerra Mundial na região da Europa e da América do Norte onde predominava o capitalismo, enquanto uma forte reação teórica e política, ligada a classe dominante, contra o Estado de bem-estar social e intervencionista. Suas ideias de origem são defendidas, na verdade, desde os anos 40 pelo economista austríaco Friedrich Hayek (1899-1992) em seu texto denominado “O caminho da Servidão” inscrito em 1944, com a disseminação de teses conservadoras que alegavam que qualquer limitação do mercado por parte do Estado era uma ameaça fatal à liberdade econômica e também política (ANDERSON, 1995; NETTO, BRAZ, 2006).

Nessa obra, Hayek assegura que estaria em andamento um lento processo de instauração de um consenso socialista, entendido como “uma ideologia totalitária que patrocinaria a intervenção do governo na economia e na vida pessoal dos indivíduos por meio do arbítrio e da coerção. Fascismo, nazismo e comunismo seriam exemplos deste totalitarismo que ameaçaria as sociedades livres” (CASTELO, 2013, p. 217).

Em 1947, Hayek convoca aqueles que comungavam dos seus ideais para uma reunião na pequena Estação de Mont Pélerin, na Suíça, fundando a então Sociedade de Mont Pélerin, “uma espécie de franco-maçonaria neoliberal, altamente dedicada e organizada, com reuniões internacionais a cada dois anos” (ANDERSON, 1995, p. 10). No entanto, dada a conjuntura de crescimento e de regulação social em que o capitalismo avançado se encontrava, os perigos anunciados pelos neoliberais pareciam não ter muito sentido.

Mas com a deflagração da crise de 1973, os ideais neoliberais passaram a ganhar espaço. Deste modo, Hayek e seus adeptos logo trataram de propagar que as raízes da crise estariam

localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira geral mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases da acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, 1995, p. 10).

Para Castelo (2013), essa explicação neoliberal para a crise está firmada nas próprias contradições do modo de produção capitalista, colocando a organização da classe trabalhadora como responsável pela criação dos distúrbios nos mecanismos de ajustes naturais do mercado,

que “apresenta falha justamente por conta da indevida intervenção dos trabalhadores e do Estado de bem-estar social, sendo este último considerado expressão direta dos interesses operários” (CASTELO, 2013, p. 184), deixando de lado as causas centrais das problemáticas sociais que surgem a partir da transição entre o bloco fordista-keynesiano e o neoliberal.

O remédio da crise, para os ideólogos neoliberais, seria então: “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 1995, p. 11).

Partindo disso, os autores Netto e Braz pontuam que a ideologia neoliberal

compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado) (NETTO, BRAZ, 2006, p. 226).

Esse valor positivo dado à desigualdade econômica por parte dos pensadores neoliberais significa que esta teria duas importantes funções nas sociedades livres:

Em primeiro lugar, estimularia a produtividade do trabalho e a geração de riquezas, tendo em vista a competição entre as massas e elites – os de baixo querendo subir, os de cima querendo continuar onde estão [...]. Em segundo lugar, o consumo de bens de luxo é defendido como algo produtivo para todas as camadas sociais [...] na lógica neoliberal, a concentração de renda nas mãos de um pequeno grupo de milionários ociosos permitiria a criação de uma indústria de bens de luxo de alta inovação tecnológica, impulsionando o progresso técnico (CASTELO, 2013, p. 221).

A hegemonia deste programa, até meados de 1970, ainda não tinha força substantiva, uma vez que ainda não tinha “se materializado em mandatos políticos ou sido incorporado como teoria das massas via um projeto hegemônico das classes dominantes” (CASTELO, 2013, p. 224). Mas, ao final da década, 1979, isso foi se modificando, quando o neoliberalismo deixou de fazer parte apenas do círculo de um grupo limitado de intelectuais e ganhou espaço na base material de políticas de governos de diversos países do mundo ocidental e em outras partes do globo (CASTELO, 2013).

O continente latino americano foi testemunha da primeira experiência neoliberal sistemática do mundo com a Ditadura de Pinochet no Chile que começou a implementar seus programas de forma dura, por meio de: desregulações, desemprego massivo, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos, e privatização de bens públicos. Partindo disso, o neoliberalismo chileno “pressupunha a abolição da democracia e instalação de uma das mais cruéis ditaduras militares do pós-guerra” (ANDERSON, 1995, p. 19), considerado uma experiência-piloto para o neoliberalismo dos países avançados do Ocidente.

Na Inglaterra, por exemplo, foi eleito o governo conservador de Margareth Thatcher (Dama de Ferro), que derrotou o Partido Trabalhista, após anos de hegemonia. Foi o “primeiro regime de um país de capitalismo avançado publicamente empenhado em pôr em prática o programa neoliberal” (ANDERSON, 1995, p. 11). Dentre as medidas a serem tomadas, estavam “o enfretamento ao poder dos sindicatos, o equilíbrio fiscal, o aumento das taxas de juros, a liberdade aos fluxos e aplicações financeiras, o corte de gastos sociais e um vasto programa de privatizações” (CASTELO, 2013, p. 227).

Nos Estados Unidos, chega à presidência, em 1980, Ronald Reagan, candidato da ala também conservadora do partido. Na Alemanha, Kohl derrota o regime social liberal de Helmut Schimidt em 1982. Governo de clara coalização de direita de Schluter é eleito na Dinamarca, em 1983, derrubando um Estado de modelo do bem-estar escandinavo. Posteriormente, viraram à direta quase todos os países do norte da Europa ocidental, com exceção da Suécia e da Áustria (ANDERSON, 1995). Castelo (2013, p. 227) vai dizer que todas essas experiências, portanto, assinalaram a “materialização da doutrina neoliberal, pacientemente cultivada pelos pensadores liberais desde a fundação da Sociedade de Mont Pèlerin”.

Essa materialização não se dá de forma linear e harmônica, sofrendo resistências por parte dos trabalhadores de vários outros países como Inglaterra, Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Suécia, Holanda. Mas, diante dos protestos, “os capitalistas e representantes políticos passaram a apoiar uma reação conservadora de ditaduras militares, influenciadas pelo governo norte-americano, inclusive em países da América Latina como Brasil, Paraguai, Argentina, Bolívia” (JUVENTINO, 2016, p. 33), de tal modo que o neoliberalismo foi sendo desigualmente concretizado em todas as regiões do planeta, “configurando-se em uma autêntica estratégia político-cultural mundial da burguesia, respeitando-se [...] as particularidades nacionais e as tensões entre a ideologia e sua materialização como projeto político das classes dominantes” (CASTELO, 2013, p. 229).

No Brasil, a crise chega tardiamente, no início da década de 1990, justamente quando o país vivia um processo de redemocratização com a ampliação dos direitos na Constituição Federal de 1988, após um amplo período de regime militar, que “implementou políticas sociais com características tecnocráticas, centralizadoras e autoritárias” (BOSCHETTI, 2010, p. 69-70), a partir disso o país passa a viver um permanente tensionamento entre a restituição do Estado democrático (com a ampliação dos direitos e políticas sociais) e sua materialização

em uma conjuntura mundial de crise e de reestruturação do capital numa perspectiva neoliberal.

Logo após a aprovação da Constituição de 88, “os governos passaram a implementar uma política macroeconômica de caráter neoliberal” (BOSCHETTI, 2010, p. 70), começando com o governo Collor e se ampliando nos governos seguintes, com diferenças específicas de implementação, principalmente no que tange aos do PT. A contar desse período foram sendo introduzidas verdadeiras contrarreformas, cujos efeitos se desdobram até hoje, atingindo o tripé da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), a educação e o mundo do trabalho (BOSCHETTI, 2010).

De acordo com Costa (2016), o marco da adoção do neoliberalismo, em especial, na América Latina, só se deu, justamente, a partir da década de 1990 com o chamado “Consenso de Washington”, resultado de uma reunião entre os governantes latino americanos e o governo dos EUA organizada pelo Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD (organismos internacionais de financiamento, porta vozes da classe dominante). Nessa reunião, foi então construído o receituário neoliberal com 10 recomendações para orientar as reformas econômicas a serem feitas, são elas:

- 1) disciplina fiscal; 2) priorização dos gastos públicos; 3) reforma tributária; 4) liberalização financeira; 5) regime cambial de mercado; 6) liberalização comercial; 7) eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro; 8) privatização; 9) desregulação das leis trabalhistas e 10) institucionalização da propriedade intelectual (COSTA, 2016, p. 55).

Faz-se necessário, salientar que o neoliberalismo começou colocando-se como inimigo da sociedade-democracia, em países de capitalismo avançado, acarretando uma oposição recíproca por parte da social-democracia, mas em seguida muitos governos social-democratas revelaram-se como os mais eficientes em aplicar políticas neoliberais (ANDERSON, 1995).

Logo, segundo Netto (2012), o projeto neoliberal, se viu resumido em: **flexibilização** (da produção e das relações de trabalho), que além de liquidar direitos trabalhistas conquistados a duras penas pela classe trabalhadora, também afetou padrões de produção consolidados na vigência do taylorismo-fordista; **desregulamentação** (das relações comerciais e dos circuitos financeiros), que liquidou as proteções comercial-alfandegárias dos Estados mais débeis e proporcionou ao capital financeiro a mais radical liberdade de movimento; e **privatização** (do patrimônio estatal), que transferiu ao grande capital significativas parcelas de riquezas públicas.

Netto (2012) vai dizer ainda que o processo restaurador do capital (baseados no tripé: reestruturação produtiva, financeirização e neoliberalismo) traz uma série de transformações societárias em curso que envolve a totalidade social, e além das que já pontuamos aqui, o autor alerta para a questão da imediatividade da vida social que se apresenta nesse cenário, que é proposta como a realidade, desqualificando assim a distinção epistemológica clássica entre aparência e essência. A essa questão está vinculada a tese do fim do paradigma Modernidade, em que de um lado se tinha uma crise de paradigmas, que previa “a superação das “metanarrativas” e das abordagens teóricas calçadas na categoria de totalidade” (NETTO, 2012, p. 420), de outro lado se colocava como alternativa de só pensar na micropolítica.

Diante disso, se coloca em cena o Movimento Pós-Moderno, que por sua vez é funcional à lógica cultural do tardo-capitalismo, ao garantir acriticamente as expressões imediatas da ordem burguesa e ao romper com os vetores críticos da Modernidade, reduzindo a racionalidade a uma dimensão instrumental, abrindo caminhos para diversos irracionalismos (NETTO, 2012). Destarte, o pós-modernismo passava a “substituir as macrovisões modernistas pela glorificação do efêmero, do fragmentário, do superficial, da ausência de sentido” (GASPAR, 2015, p. 275).

No que tange a refuncionalização do papel do Estado na economia, demonizado pelos neoliberais, o Estado é “apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 227). No entanto, os autores alegam que pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perde seu sentido clássico de uma mudança em direção à ampliação de direitos, e o que na verdade se instaura é um movimento gigantesco de contrarreforma, com a finalidade de suprimir ou reduzir direitos e garantias sociais.

Na esfera da sociedade política, por exemplo, nota-se o desenvolvimento de dispositivos coercitivos de guerra infinita, vigilância eletrônica e criminalização/militarização da pobreza, e também de dispositivos de espoliação, além de “aparelhos assistencialistas e clientelistas de serviços sociais de alcance massivo, embora guiados por uma política focalizada e descentralizada de alívio às formas mais extremas de pauperismo” (CASTELO, 2013, p. 223), que revelam e expõem as entranhas do sistema burguês e suas mazelas.

A ideologia neoliberal vai defender a necessidade de diminuir o Estado e cortar as suas gorduras, justificando o ataque do grande capital contra a intervenção do Estado na economia, o que evidencia o viés contraditório do capitalismo, uma vez que os próprios representantes dos monopólios são cientes da importância estatal no funcionamento da economia e

continuam a demandar a intervenção. Fica nítido, portanto, que “o objetivo real do capital monopolista não é a “diminuição” do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais [...] um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO, BRAZ, 2006, p. 227).

No entanto, Anderson (1995) e outros muitos autores apontam que efetivamente a hegemonia neoliberal, no que tange a deflação, ao aumento dos lucros, a derrocada do movimento sindical, a contenção de salários e o crescimento das taxas de desemprego, conseguiu significativos êxitos. Mas, por outro lado, não conseguiu revitalizar a acumulação capitalista global, restaurando as elevadas taxas de crescimento estáveis como antes da crise de 70, ou seja, nesse quesito, que seria a primordial meta a ser alcançada pelo capital, o quadro mostrou-se extremamente decepcionante, por diversos motivos, dentre eles a desregulamentação financeira, que acabou criando condições muito mais favoráveis à inversão especulativa do que produtiva.

Acerca disso, Castelo também acrescenta que os efeitos prometidos às populações não foram alcançados,

[...] os empregos gerados foram de baixa qualificação e, principalmente, os índices de pobreza e desigualdade aumentaram. Gradativamente tomou-se consciência de que o receituário-ideal do neoliberalismo não reunia condições políticas e ideológicas para cumprir suas (falsas) promessas. Um mal-estar generalizado começou a ser sentido pelas classes subalternas diante dessa situação de deterioração social. Era a hora de o neoliberalismo sofrer um suave ajuste na sua direção estratégica (CASTELO, 2013, p. 244).

Behring e Boschetti (2008) apresentam uma “**Tabela 2**” elaborada pelo autor Navarro (1998) com base em dados levantados pela OCDE que revelam o fracasso da programática neoliberal em produzir crescimento econômico por meio da desregulamentação das relações econômicas e sociais, como podemos ver abaixo:

**Tabela 2.** Taxa de crescimento econômico anual, durante o período 1960-1993  
(taxa de crescimento do PIB)

	<b>1960-1973</b>	<b>1973-1979</b>	<b>1979-1982</b>	<b>1982-1990</b>	<b>1990-1993</b>
EUA	4,0	2,4	-0,1	3,6	1,2
Europa	4,8	2,6	0,9	2,7	0,6
Japão	9,6	3,6	3,7	4,5	2,1
OCDE	4,9	2,7	0,8	3,5	1,1

Fonte: Navarro, 1998, p. 78 apud Behring e Boschetti, 2008, p. 128.

A partir desse momento, a partir da década de 1990, dado os tensionamentos existentes, ideias de correções de rumos dessas medidas neoliberais começaram a ser levantadas pelos organismos internacionais de financiamento, o FMI e o Banco Mundial (aparelhos privados da hegemonia burguesa), lança-se assim a segunda variante ideológica do neoliberalismo: o **social-liberalismo**, propondo “um sincretismo entre o mercado e o Estado, imaginariamente capaz de instaurar a justiça social” (CASTELO, 2013, p. 247), incorporando o tema “questão social”<sup>5</sup> em suas pesquisas e ações políticas.

Para as classes dominantes, segundo o supracitado autor, o erro não estaria na prescrição do remédio, mas sua baixa dosagem, ou seja, em essência o receituário resultante do Consenso de Washington estaria correto, a problemática estaria presente na aplicação desse receituário, emanada dos movimentos de resistência que impediram a correta manipulação de suas políticas. Seria necessário então remover tais barreiras e aprofundar as medidas liberalizantes, focando nos mecanismos de mercado na produção da riqueza, “ao mesmo tempo em que se passaria a reconhecer suas falhas no tocante à distribuição de renda, além dos problemas ambientais” (CASTELO, 2013, p. 244).

Assim, em suma, os intelectuais do social-liberalismo vão propagar que a essa segunda variante neoliberal se “diferencia” da primeira, a partir de três modos de questionamento:

1) tecendo críticas contra o liberalismo extremado da globalização, que, sem maiores critérios, teria desregulamentado mercados comerciais e financeiros de países frágeis do ponto de vista econômico e institucional, o que acabou por aumentar drasticamente as taxas de desemprego e, conseqüentemente, a tensão social; 2) discordando da tese do Estado mínimo, afirmando que a nova configuração global do capitalismo exigiria um Estado ágil e eficiente, capaz de intervenções pontuais nas falhas de mercado e nas expressões mais agudas da “questão social” e 3) dando destaque à participação dos aparelhos privado da sociedade civil, em comunhão estreita com o Estado, na formulação e implementação de políticas públicas, em especial as de alívio à pobreza via transferência de renda e empoderamento dos indivíduos (CASTELO, 2013, p. 263-264).

Mas, na verdade, o objetivo real “é a reconstrução do nível de consenso usufruído pela ideologia neoliberal nos anos 1980, quando esta se tornou mundialmente hegemônica” (CASTELO, 2013, p. 249), uma vez que, o núcleo central das medidas neoliberais, direcionadas às políticas econômicas e a refuncionalização do papel do Estado para se retomar as taxas de lucro com ênfase na financeirização da riqueza, “permanece como um dogma inquestionável, não passível de alteração nem mesmo de debate” (CASTELO, 2013, p. 264).

---

<sup>5</sup> Ao sustentar a hegemonia burguesa em torno do debate da “questão social”, o pensamento neoliberal, na verdade “visa neutralizar as proposições igualitárias da esquerda, rebaixando o horizonte intelectual das forças sociais progressistas com os debates sobre equidade, igualdade de oportunidade, vulnerabilidade/exclusão/coesão social, ativismo ético e virtuoso de indivíduos empoderados e comunidades dotadas de capital social, bem como da funcionalidade do Terceiro Setor” (CASTELO, 2013, p. 222).

Por conseguinte, o receituário-ideal neoliberal e o social-liberalismo não se constituem em dois projetos distintos, “um conservador, o outro reformista, que busca superar o primeiro: trata-se, acima de tudo, do mesmo programa reformista-restaurador operado por forças políticas diferentes do ponto de vista de sua história e de suas bases sociais” (CASTELO, 2013, p. 274). No Brasil, talvez os governos Lula e Dilma sejam os melhores exemplos do social-liberalismo latino-americano, que no contexto de suas estratégias neodesenvolvimentistas, pretendia um crescimento econômico com justiça social, mas que na verdade conservaram as prerrogativas mais estruturais da agenda neoliberal e as benesses ao capital internacional, dando continuidade aos processos de contrarreformas da Seguridade Social, como veremos mais adiante.

Como podemos observar todas essas estratégias de respostas (reestruturação produtiva, a financeirização do capital e o neoliberalismo) ao quadro de crise estrutural que se instaurou a partir da década de 70 estão intrinsecamente interligadas e provocaram uma série de transformações de cunho macrossocietário no mundo contemporâneo cujas sequelas podem ser sentidas até os dias de hoje. Dentro desse cenário as políticas sociais sofreram e vêm sofrendo duros ataques mediante a proposta de redução cada vez maior do Estado na área social, com cortes que resultam numa sistemática regressão de direitos sociais, especialmente em países periféricos, a exemplo do Brasil, que por meio de contrarreformas neoliberais, tem vivenciado uma verdadeira tendência de desmontes dessas políticas sociais, com destaque para as de saúde, sobretudo diante do retorno acelerado ao neoliberalismo ortodoxo, a partir do ex-governo Temer e do atual governo Bolsonaro, “como um projeto de classe que visa retomar o controle absoluto do direcionamento econômico, político e social do capital sobre a sociedade” (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 70).

## **2.2 A Contrarreforma do Estado brasileiro e sua expressão nas políticas sociais**

No processo de acumulação ampliada do capital, o sistema capitalista sofre profundas reconfigurações ao longo de sua construção histórica, com vistas a fazer com que essa acumulação atinja patamares cada vez mais altos e que a hegemonia dominante continue a se perpetuar. Para isso, as medidas se direcionam para o desenvolvimento das forças produtivas que iram garantir os superlucros mediante progressiva e contínua superexploração do homem

pelo homem, acirrando a contradição existente entre capital/trabalho, ao passo que gera o agravamento das expressões da questão social que afeta toda a dinâmica da vida dos indivíduos, as quais serão administradas pelo Estado burguês via políticas sociais.

O capitalismo na ordem dos monopólios é parte desse processo de evolução do capital, que altera de forma estrutural e funcional toda a dinâmica da sociedade burguesa, e a leva a atingir um alto grau de maturidade histórica, evidenciando as contradições anteriormente vistas no capitalismo concorrencial, fase que antecede a idade dos monopólios, mas com uma configuração bem característica e peculiar.

A política social está intrinsecamente ligada a essa fase de evolução do capitalismo, e historicamente, a mesma se apresenta ora como concessão por parte do Estado, ora como conquistas adquiridas através de pressões e reivindicações populares, mas sempre funcional ao ordenamento do capital.

Sobre esse movimento contraditório de concessão/conquista em que se inserem as políticas sociais na dinâmica capitalista, Behring afirma que

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, *os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social* (BEHRING, 2009, p. 19).

Funcionalidade a qual se expressa na preservação e controle da força de trabalho, ocupada por meio da regulamentação das relações entre capitalistas e trabalhadores; e a excedente, lançadas ao exército industrial de reserva, por meio dos sistemas de seguro social. Visto a nível econômico, as políticas sociais servem para assegurar as condições favoráveis ao desenvolvimento monopolista; e visto a nível político, as mesmas acabam por fornecer suporte para dá um mínimo respaldo efetivo à imagem do Estado como social e mediador de interesses conflitantes (NETTO, 2011b), configuração distinta da que se vive atualmente no Brasil, cujo Estado neoliberal de caráter ortodoxo pressupõe um verdadeiro desmantelamento das políticas sociais brasileiras, vale salientar.

A crise estrutural do sistema capitalista em sua fase monopolista iniciada na década de 1970 demarca, como vimos, um “período de esgotamento da perspectiva de regulação keynesiana nas relações econômicas, políticas e sociais e do compromisso firmado entre grupos e classes sociais para gerar crescimento econômico” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 125), provocando cortes nas políticas sociais e conseqüentemente uma forte regressão de direitos sociais, por meio da proposta neoliberal de redução do Estado.

A resposta neoliberal a crise consistiu basicamente na redução do papel do Estado e ampliação da esfera no mercado econômico, o que significa dizer que esse projeto não preconiza a extinção do Estado, mas sim um novo Estado, forte para garantir as liberdades do mercado e parco na proteção do mundo do trabalho. Logo, nos países da periferia capitalista, se propõe um programa de reforma do Estado para justamente garantir essa liberdade de mercado das amarras do modelo de bem-estar social e enfraquecer os movimentos sociais, principalmente o operário, como no caso do Brasil, mas de forma tardia, em comparação as tendências internacionais, dada sua formação sócio-histórica peculiar; dentre os traços os traços particulares que implicam nesse processo de formação do capitalismo brasileiro estão: o sentido da colonização, o peso do escravismo e o desenvolvimento desigual e combinado (ANDERSON, 1995; BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Enquanto a ofensiva capitalista mundial, segundo Castelo (2013, p. 341), ganhava corpo e avançava em todas as direções nos anos 1980, o Brasil parecia “escovar a história a contrapelo”, em um período demarcado pela ascensão e crise do Regime Ditatorial.

O Golpe de 1964 foi a solução encontrada pela burguesia brasileira para assegurar seu poder de dominação e neutralizar as forças democrático-populares. Behring e Boschetti (2008, p. 136) vão dizer que “a ditadura militar reeditou a modernização conservadora como via de aprofundamento das relações social capitalistas no Brasil, de natureza agora monopolista (Netto, 1991), reconfigurando nesse processo a questão social, que passa a ser enfrentada num mix de repressão e assistência”. Nesse contexto de perda das liberdades democráticas, de censura, prisão e tortura para vozes contrárias, “o bloco militar-tecnocrático-empresarial buscou adesão e legitimidade por meio da expansão e modernização de políticas sociais” (FALEIROS, 2000 apud BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 136).

Dentre as características das políticas sociais no período da ditadura militar, temos, por exemplo, em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, com a unificação, uniformização e centralização da previdência social, retirando, de forma definitiva, os trabalhadores da gestão da previdência social<sup>6</sup>, que passa a ser abordada como uma questão técnica e atuarial. Em 1974, criou-se o Ministério da Previdência Social, incorporando a Legião Brasileira de Assistência - LBA, Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor - Funabem, a Central de Medicamentos - CEME e a Empresa de Processamento de

---

<sup>6</sup> Em 1967, também houve a incorporação dos acidentes trabalhos à gestão do INPS, ampliando ainda a previdência para os trabalhadores rurais (por meio do Funrural, com um caráter mais redistributivo), além da cobertura, nos anos seguintes, para as empregadas domésticas, jogadores de futebol e os autônomos, e os ambulantes. E para os idosos que tivessem contribuído por pelo menos um ano para previdência, em 1974, criou-se a Renda Mensal Vitalícia (no valor de meio salário mínimo) (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

dados da Previdência Social - Dataprev. Esse complexo, de acordo com Behring e Boschetti (2008), se transformou,

no Sistema Nacional de Assistência Social (SINPAS), em 1977, que compreendia o INPS, O Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (Iapas), além daquelas referidas acima. Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 136-137).

Mas, em 1974, começam a ficar evidentes as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador do regime, “em função dos impactos da economia internacional, restringindo o fluxo de capitais, e também dos limites internos” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 137). A década de 80, conhecida como a “década perdida” do ponto de vista econômico, é então marcada por uma grave crise do capital, acirrada pela crise da dívida externa e pelas práticas de populismo econômico. Paralelamente, forças democráticas, antes reprimidas pela coerção da ditadura, avançavam, o que representou uma crise política de legitimidade desse regime, e uma transição (fortemente controlada pelas elites) para um regime democrático tornou-se inevitável (BEHRING, 2003).

Em meio a esse movimento forças progressistas do país se mobilizavam na luta pela hegemonia dos processos de transformação social, isto é, pela redemocratização brasileira, visando o acesso da sociedade civil tanto às decisões sobre os rumos políticos da nação, “através da ampliação dos canais e instrumentos de participação política, quanto à riqueza socialmente produzida, através da ampliação das políticas sociais públicas e de seus públicos-alvo, numa perspectiva de universalização da proteção social brasileira” (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 59).

Dentre os significativos avanços políticos e sociais registrados partir dessas lutas, que pareciam evidenciar “que o país seria refundado segundo os princípios de uma democracia efetivamente republicana e participativa” (CASTELO, 2013, p. 341), temos a promulgação da Constituição Federal de 1988 - CF-88, conhecida como a “Constituição Cidadã”, e uma das conquistas da CF-88 foi

a definição da Seguridade Social, assentada em três políticas setoriais: Saúde, Previdência Social e Assistência Social, sendo a primeira um direito universal e não contributivo; a segunda assegurada a partir da contribuição prévia e a terceira assegurada a “todos aqueles que dela necessitarem”, sem exigência legal de contrapartida prévia (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 60).

Brettas (2017) aponta que no Brasil, até o final da década de 80, o panorama da regulamentação trabalhista, assim como o acesso à aposentadoria e aos serviços de saúde (via

medicina previdenciária) se expandiram de forma muito lenta e limitada e a assistência social possuía um caráter predominantemente filantrópico. Foi somente com a promulgação da CF-88 que “foi possível registrar um conjunto de definições institucionais que – apesar de seus limites e contradições – apontava para um redirecionamento das políticas sociais” (BRETTAS, 2017, p. 59).

Entretanto, Brettas (2017, p. 59) sinaliza que tais conquistas expressam apenas uma mudança de rota, visto que a efetivação destas carrega “inúmeros desafios dados tanto pela nossa condição de dependência quanto pelo movimento da luta de classes no período subsequente”. Período em que

A Crise da dívida externa, o acirramento das lutas de classes, a organização coletiva das classes trabalhadoras e a possibilidade concreta da vitória da candidatura presidencial do Partido dos Trabalhadores – á época vista sob o rótulo do socialismo – fez com que as classes dominantes internas rearticulassem suas alianças, e começassem uma ofensiva burguesa no terreno da reestruturação produtiva [...]. Produziu-se, assim, uma derrota estrutural no plano econômico que permaneceu subterrânea até os anos 1990, quando transformações neoliberais na superestrutura vieram a consolidar e aprofundar a supremacia burguesa (CASTELO, 2013, p. 342).

Esse panorama de redemocratização insere-se, portanto, num campo ideologicamente contraditório, onde de um lado temos a recém-aprovação da Constituição Federal de 88, que prevê a afirmação e ampliação dos direitos sociais, no que se refere, por exemplo, ao estabelecimento da Seguridade Social brasileira (Saúde, Previdência e Assistência Social); e de outro lado, “as ideias neoliberais, as quais já vinham se consolidando mundialmente e passam a influenciar também o nosso país” (SILVA, MOURA, 2015, p. 109).

Brettas ainda sinaliza que, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que o ideário neoliberal começou a ser fortalecer na conjuntura brasileira, foram também sendo implementadas as definições da então recém-aprovada CF-88, “por meio de leis complementares e da criação de novos aparatos estatais” (BRETTAS, 2017, p. 61), dentre elas temos:

a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assim como do Sistema Único de Saúde (SUS) foi feita em 1990; a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi regulamentada em 1993 e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) somente em 2005; a lei que regulamenta os Planos de Benefícios da Previdência Social foi sancionada em 1991 (BRETTAS, 2017, p. 61).

Ao trazer esses exemplos, a autora chama atenção para uma questão bastante pertinente, ao problematizar a tese de um “desmonte das políticas sociais” nos anos 1990, visto que, segundo ela “ao contrário da realidade de muitos países na Europa, no Brasil não havia uma grande rede de proteção social em funcionamento pronta para ser desmontada”

(BRETTAS, 2017, p. 60) no período anterior ao neoliberalismo. O que se estruturou, na verdade, nas décadas precedentes ao neoliberalismo

e que se encontrava em crise era o nacional-desenvolvimentismo. O Estado (dependente) brasileiro neste período combinou políticas sociais fragmentadas e corporativas – assentadas na cultura da tutela e do favor – com uma atuação por meio de grandes empresas estatais na produção de bens de capital e infraestrutura. Se, nos países europeus, o Estado Social contribuiu para uma – mesmo que limitada – democratização da sociedade, foi nos períodos mais trulentos que o Estado nacional desenvolvimentista avançou na ampliação seletiva das políticas sociais, em uma engenhosa combinação entre coerção e busca de legitimação política (BRETTAS, 2017, p. 60-61).

Logo, o sentido neoliberal do ajuste estrutural capitalista com base no Consenso de Washington, a partir de suas três principais ofensivas: a mundialização, a reestruturação produtiva e a reforma do Estado “aliadas às características de desigualdades e iniquidades que marcam a nossa formação sócio econômica” (SILVA, 2011a, p. 29) acabaram por subjugar, cooptar e conquistar distintos sujeitos sociais<sup>7</sup> “na adesão ao projeto societário do capital, tornando-o hegemônico, ao tempo em que agudizaram a questão social” (SILVA, 2011a, p. 29), empreendendo intensos processos de contrarreformas nas políticas sociais brasileiras, a partir da década de 1990.

A Contrarreforma do Estado brasileiro (dependente) vai se dá, justamente, em meio a esse contexto de crise do capital, crise do regime ditatorial e ascensão do neoliberalismo, quando governos, eleitos pelo voto direto, passam a seguir as prescrições neoliberais, objetivando a recuperação do crescimento econômico, por meio da refuncionalização e do redimensionamento do papel do Estado; como por exemplo, a vitória de Collor em 1989 em uma disputa presidencial com Lula, que chegaram

ao segundo turno do pleito, expressando tensões entre as classes sociais e segmentos de classe ao longo dos anos 1980. Pragmaticamente, as elites depositaram, no segundo turno e um tanto a contra gosto, a confiança em Fernando Collor de Mello. Afinal seu discurso era também o dos setores insatisfeitos com a Carta Constitucional e que já preconizavam, após o Plano Cruzado, a guinada ao ajuste neoliberal (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 142).

Segundo Castelo, a princípio a vitória de Collor representou o primeiro passo político significativo da retomada da supremacia burguesa. No entanto, esse passo tornou-se insuficiente diante da crise instaurada pelos escândalos de corrupção que se fizeram presentes no seu governo, e foram

---

<sup>7</sup> De acordo com Castelo (2013, p. 243) “No Brasil, diante de um complexo quadro nacional das lutas de classes, no qual a esquerda – liderada pelo Partido dos Trabalhadores nos anos 1980 – formou um bloco de resistência relativamente eficiente, o neoliberalismo só conseguiu se estabelecer tardiamente nos anos 1990 com a cooptação de setores da social-democracia (PSDB) auxiliados por conservadores (o então PFL, hoje DEM) e até mesmo ex-comunistas (PSS)”.

necessários mais alguns anos até que um bloco de poder, formado por forças políticas favoráveis às classes dominantes, chegasse ao Palácio Central e implementasse, de fato, o projeto neoliberal tupiniquim, que recorreu, assim como no exterior, a expedientes coercitivos e consensuais (CASTELO, 2013, p. 342).

Em 1995, a ofensiva contrarreformista de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) entra em cena, provocando um significativo avanço do ideário neoliberal no país. A materialização desta se dará a partir do chamado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRE, aprovado em setembro de 1995, instituído pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado - MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira.

Dentre os diagnósticos apresentados pelos redatores do Plano, que apontavam para necessidade da reforma, está a questão de que, para eles, a Constituição de 1988 havia provocado um retrocesso e reduzido a capacidade operacional do aparelho do Estado brasileiro, visto que se ampliou o custeio da máquina pública (BEHRING, 2003). Desse modo, ao se reformar o Estado, com foco em privatizações e na previdência social, e ao desprezar, acima de tudo, as conquistas alcançadas em 1988, no que se refere à seguridade social e também a outros direitos, estaria então aberto o caminho para o novo “projeto da modernidade” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Behring (2003) indica que a reforma, por sua vez, aponta quatro setores no Estado:

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 pesquisa e museus; e o Setor de bens e serviços para o mercado, a exemplo de empresas não assumidas pelo capital privado (BEHRING, 2003, p. 182).

De acordo com a análise de Behring (2003), essa contrarreforma segue por alguns caminhos, como o ajuste fiscal duradouro, reformas econômicas orientadas para o mercado (abertura comercial e privatizações), inovação dos instrumentos da política social, entre outros. O Estado aqui se reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor. Reforça-se a governança por meio da transição de um tipo de rígido e ineficiente de administração pública para a administração gerencial, flexível e eficiente.

Nessa mesma trilha argumentativa, Silva (2011) acrescenta que a execução desse plano, combinou dois principais elementos: a privatização enquanto estratégia de mercantilização dos serviços públicos e a publicização enquanto estratégia de refilantropização da proteção social brasileira, estratégias as quais evidenciavam o compromisso do Estado brasileiro em desmontar os direitos sociais até então conquistados e beneficiar o setor privado, desresponsabilizando o Estado e responsabilizando a Sociedade

Civil no trato das expressões da questão social, “através das ações de solidarismo, ao tempo em que amplia o acesso a recursos públicos por entidades privadas, em especial, as de cunho filantrópicos” (SILVA, 2011a, p. 30). Isto é, aqueles serviços sociais competitivos, como Educação, Cultura, Saúde, Produção de Ciência e Tecnologia, que se ajustavam às características da concorrência de mercado e, portanto, geravam lucros, deveriam ser transferidos da esfera do Estado para a condução da iniciativa privada, que seria responsável por executá-los com maior eficiência e menor custo (REZENDE, 2008).

Há uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” – seguida “do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. Isto ocorreu vis-à-vis a um crescimento da demanda, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 155). Diante disso, as políticas sociais foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto e decorrente disso se configura o trinômio do neoliberalismo para as mesmas, baseado na privatização, focalização e descentralização, tensionando fortemente a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Com essa reformatação do Estado para a adequação passiva à lógica do capital, “revelou-se, sem surpresas, a natureza pragmática, imediatista e antipopular das classes dominantes brasileiras” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 151), acarretando uma ampla contrarreforma do Estado no país, “cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalização de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 152).

De acordo com Silva (2017), se remeter às proposições do PDRE é essencial para que possamos compreender o que ocorre na realidade brasileira, a partir da década de 1990 e nos anos 2000. No governo de FHC,

como parte do Programa Nacional de Publicização, aderindo as Parceiras Público-Privadas (PPP), foram criadas as Organizações Sociais (OS), através de Lei N° 9.637/98 para a gestão de políticas sociais, incluída a de saúde. Essa iniciativa trouxe a gestão de políticas sociais nos setores de saúde, educação e ciência e tecnologia. Nos anos 2000, com o advir do governo do PT, esse processo de criação e ampliação das PPP, tem continuidade, através de OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPS), da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (SILVA, 2017, p. 27).

Ainda frente ao neoliberalismo ortodoxo de FHC, no que se refere especificamente à Seguridade Social, as contrarreformas da Previdência Social e da Saúde vão expressar o compromisso dessa ortodoxia com o capital especulativo, “na conquista de novos nichos de

lucro e na disputa pelo fundo público, impulsionando os trabalhadores a aderirem aos fundos e planos privados de Previdência e Saúde” (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 61). A Emenda Constitucional nº 20/1998 e a criação do Fundo Social de Emergência (FSE)

subtraíram direitos à aposentadorias e recursos da Seguridade Social, para direcionar, primeiro, os trabalhadores à aquisição de fundos privados de previdência e, segundo, um montante de recursos do fundo público diretamente para o pagamento da dívida pública e, portanto, para o capital financeiro especulativo e internacional (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 61).

Acerca disso, Brettas sinaliza que um dos debates que colabora com a reflexão sobre as políticas sociais no contexto neoliberal passa, justamente, por esse processo de financeirização e pela forma de apropriação do fundo público, “a qual mantém relação com a criação de mecanismos para transferir valores arrecadados pelo Estado para as mãos do grande capital nacional e estrangeiro” (BRETTAS, 2017, p. 62-63). Segundo ela, a Previdência Social é o carro-chefe dessa financeirização das políticas sociais, considerada a política que mais foi descaracterizada

em relação a sua formulação original, aprovada na CF88. As contrarreformas operadas em 1998, 2003 e 2013 (além de outras alterações que foram acontecendo de forma fragmentada) contribuíram para aquecer o mercado da chamada Previdência Complementar, fato que põe um volume significativo de recursos a serviço do capital portador de juros. Ao contrário da Previdência Pública, que funciona sob o regime de repartição simples e, portanto, da solidariedade intergeracional, a Previdência Privada é ditada pelo regime de capitalização. Uma lógica que individualiza a geração do benefício – dado que este é baseado na capacidade de contribuição – e disponibiliza os recursos das contribuições para aplicação financeira em renda fixa (títulos da dívida) ou variável (ações de empresas), como forma de “fazer render” os recursos imobilizados. Abre-se, com isso, uma nova frente de rentabilidade financeira, transformando recursos dos salários em um agente impulsionador da financeirização por meio do estímulo a adesão de trabalhadores à Previdência Complementar. Em outras palavras, o trabalho necessário é utilizado para viabilizar uma extração ainda maior do trabalho excedente, o que significa dizer que recursos da classe trabalhadora estão servindo para aumentar a superexploração da própria classe (BRETTAS, 2017, p. 67).

Como parte dessa conjuntura de tensão em que se dá a reconfiguração das políticas sociais no Brasil, a partir da década de 90, temos também a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, um sistema público de atenção à saúde sem restrição ao acesso, até então inédito no país, ao mesmo tempo em que “a adesão a uma política econômica pautada na lógica do ajuste fiscal e na privatização das grandes empresas estatais pressionou a configuração das políticas sociais no sentido inverso e permitiu implementar um substantivo processo de precarização das condições de vida” (BRETTAS, 2017, p. 66).

Ainda no âmbito da seguridade social, a Política de Assistência Social passou por um processo de total desrespeito à sua condição de política pública constitucional, uma vez que durante o governo de FHC, se notabilizou pela assistencialização da proteção social brasileira,

por meio de um significativo esvaziamento institucional, técnico e político da Assistência Social e do fortalecimento de práticas de cunho assistencialistas alheio ao marco legal da mesma (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017). Por outro lado, essa política tornou-se mais abrangente no país com a criação de equipamentos como os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS e os Centros de Referência Especial de Assistência Social - CREAS, mas, apesar disso, continuou “seguinto com muitas dificuldades [...] dado o contexto de ajuste fiscal, aumento do desemprego, da precarização do trabalho e da concentração de renda” (BRETTAS, 2017, p. 68).

No que tange aos governos do PT (Lula da Silva e Dilma Rousseff), a partir dos anos 2000, o que se tentou pregar, numa tentativa clara de mascarar os ideais da ofensiva neoliberal, foi a existência de uma contrarreforma baseada na ideologia social-liberal, que nada mais é que uma variante do neoliberalismo que se propõe mais humanitária, ao buscar

promover justiça social e equidade, focando a intervenção do Estado nas parcelas de populações que se encontrassem em situação de risco e vulnerabilidade social, especialmente através de programas de transferência de renda e medidas que contribuíssem para o empoderamento e autonomia dos indivíduos e famílias extremamente pobres (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 58).

De acordo com Castelo (2013), não há consenso no que diz respeito à data de desembarque do social-liberalismo no Brasil. Segundo ele, os autores Ruy Braga e Álvaro Bianchi (2003) alegam que essa ideologia chega ao país com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (PT) em 2002. Já o autor José Luiz Fiori (1995), citado por Castelo, acredita que “a social democracia de Felipe Gonzalez (ex-secretário-geral do Partido Socialista Operário Espanhol de 1974 a 1997), que se intitulava um social-liberal, funcionou como um modelo de atuação prática para Fernando Henrique Cardoso, sendo uma espécie de polo magnético da sua bússola política” (CASTELO, 2013, p. 344).

É com essa segunda linha de argumentação que Castelo comunga, isto é, que o social-liberalismo teria chegado ao Brasil já no governo de FHC, mas ele pondera ao ressaltar que “essa tese, todavia, não deve desconsiderar a força legitimadora que Lula e as Lideranças do PT injetaram no neoliberalismo latino-americano com sua adesão à ideologia social-liberal” (CASTELO, 2013, p. 344).

Neste sentido, os governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2016), no contexto de suas estratégias de governo dito “neodesenvolvimentista”, conservaram

as prerrogativas mais estruturais da agenda neoliberal ortodoxa e as benesses ao capital internacional (superávit primário, desregulamentação e abertura do mercado; manutenção dos juros mais altos do planeta; atração de Investimentos Estrangeiros Diretos, com altas remessas de juros e dividendos às sedes das empresas estrangeiras; “estrangeirização” do solo nacional etc.) e deram continuidade às

contrarreformas da Seguridade Social (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 62).

Segundo Mota (2012), o Governo de Lula da Silva foi considerado um dos principais protagonistas da ideologia neodesenvolvimentista, pautada em um possível equilíbrio entre crescimento econômico e desenvolvimento social. A autora aponta que ao se propor crescimento econômico, ampliação e formalização do emprego, intervenção estatal, entre outros elementos, que, pelo menos em tese, rechaçariam as medidas neoliberais, essa ideologia poderia ser defendida como positiva.

Dentre os avanços alcançados, Vasconcelos destaca a promoção do

crescimento econômico por meio do aumento da renda e do consumo das camadas mais pauperizadas da população, com uma relativa reversão da desigualdade e miséria social mais aguda, baixo desemprego e uma ampliação normativa e efetiva de algumas políticas sociais, pelo menos até o final da década de 2010 (VASCONCELOS, 2016, p. 63).

No entanto, Vasconcelos (2016, p. 64) vai dizer que o governo acaba cedendo ao modo conservador de fazer política “com amplas coalizões indiferenciadas, sem questionar os métodos escusos e convencionais de trocar apoio político por acesso a recursos oriundos da corrupção no setor público, e acabou se aliando política e economicamente com o grande capital”. Deste modo, o que passa a se apresentar na realidade concreta do cenário brasileiro é algo bem distante do que havia sido prometido, uma vez que “o Brasil passou do 8º para o 9º lugar do ranking do IDH-D dentre os países latino-americanos, confirmando o dado de que 1% dos brasileiros detém uma renda que equivale a toda a renda dos 50% mais pobres” (MOTA, 2012, p. 35).

Gonçalves (2011) considera que o governo Lula implementou um “nacional-desenvolvimentismo às avessas”, tendo em vista que o que se constata claramente é:

desindustrialização, dessubstituição de importações; reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; perda de competitividade internacional, crescente vulnerabilidade externa estrutural em função do aumento do passivo externo financeiro; maior concentração de capital; e crescente dominação financeira, que expressa a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação (GONÇALVES, 2011, p. 5).

A era Lula, de acordo com Mota, foi, na verdade, palco da combinação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista. Na primeira etapa do seu mandato “foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitante ao aumento das taxas de juros; enquanto no período era expandida a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo” (MOTA, 2012, p. 35). O governo visava, portanto, atender “algumas

reinvidicações das classes subalternas, ao tempo em que assegurou as exigências das classes dominantes” (MOTA, 2012, p. 35).

A contrarreforma da Previdência Social, por exemplo, manteve-se em curso, por meio das Emendas Constitucionais nº 41 e 42, do Governo Lula; da Lei nº 12.812/2012 e as Medidas Provisórias nº 664/2014 e nº 665/2014 do Governo Dilma, “estendendo aos funcionários públicos as restrições de acesso impostas por FHC aos trabalhadores do setor privado; criando o Fundo de Previdência Complementar dos Servidores Públicos Federais e restringindo acesso a diversos benefícios previdenciários” (SILVA, ALMEIDA, ANDRANDE, 2017, p. 62).

No que se refere à Assistência Social, esses governos se destacaram pela assistencialização da proteção social brasileira a partir de um caminho oposto ao de FHC e seus antecessores (pós-CF/1988), pois

investiram fortemente na regulamentação, institucionalização e expansão da Política de Assistência Social e a fizeram transitar de um status de “prima pobre” da Seguridade Social para o “carro-chefe” e elemento central do binômio social-liberal de crescimento econômico com justiça social”, que compôs o “neodesenvolvimentismo” brasileiro, sendo a Assistência Social, o elemento mais preponderante da justiça social, sem deixar de contribuir, também, para o crescimento econômico, em termos de elevação do PIB (SILVA, ALMEIDA, ANDRANDE, 2017, p. 62).

Partindo do pressuposto de que toda política social atende as demandas, mas é também funcional as requisições do capital, o marco regulatório dessa política de AS não fugiu a essa realidade, ao incorporar preceitos social-liberalistas que visam a (re)naturalização da questão social, despolitizando-a, para blindá-la de qualquer reflexão que permita o tensionamento de suas causas fundantes (expropriação e a exploração do trabalhadores) (SILVA, 2013).

Brettas (2017, p. 68) diz que o grande destaque da Assistência Social nesse período está em programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família - PBF, criado em 2004 a “partir da unificação e ampliação de programas criados no governo Fernando Henrique Cardoso (como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio-gás) ainda nos anos 1990”. Segundo Silva (2013) tais programas contribuem, em contrapartida, para o crescimento econômico, visto que a fatia dos mesmos ao crescimento é bastante significativa, já que são os seus beneficiários que consomem produtos nacionais e movimentam as economias dos municípios, enquanto a minoria privilegiada continua investindo no capital financeiro e consumindo produtos importados.

Silva (2013) vai dizer ainda, sendo assim funcional ao Capital, a política de AS acaba por dá apoio a superexploração do trabalho e equaliza a pobreza entre os próprios

trabalhadores, para resguardar a riqueza produzida; desse modo esse subproletariado (beneficiários desses programas) são convencidos, pela assistência social sob o novo receituário social-liberal, de que o trabalho estável e protegido é um privilégio inatingível, descaracterizando estes de sua condição de trabalhadores e os caracterizando como extremamente pobres.

É válido já aqui sinalizar, que do conjunto de políticas que compõem a seguridade social, a saúde também sofre implicações no contexto de contrarreforma do Estado, que, por conseguinte, tem comprometido a efetividade do SUS em sua essência, como veremos em tópico específico a seguir.

A contrarreforma do período Lula, portanto, ao mesmo em que se estabelece numa restauração das bases da acumulação “sob a égide do bom capitalismo, também se apresenta como uma reforma social e moral, porque, desta feita, algumas das necessidades da pobreza são atendidas sem que isso signifique romper com a desigualdade e colocar em questão a exploração capitalista” (MOTA, 2012, p. 38).

Em 2014, no final do primeiro mandato do Governo de Dilma Rousseff, o modelo neodesenvolvimentista começa a dá sinais de esgotamento, “diante dos reflexos tardios da crise de 2008 e das disputas entre frações internas da burguesia no Brasil” (SILVA, ALMEIDA, ANDRANDE, 2017, p. 63). Deste modo, setores econômicos ligados ao grande capital nacional e internacional,

que davam sustentação política ao governo do PT, pressionaram por intenso ajuste fiscal com a finalidade de aumentar sua apropriação sobre o fundo público brasileiro e garantir maior margem à expansão capitalista. Esse processo, em associação às investigações por corrupção no governo e em seus aliados, culminou numa crise política e econômica sem precedentes, que desencadeou um golpe institucional, configurado no *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em abril 2016 (SOARES, 2017, p. 121-122).

Assume então o poder, de maneira ilegítima, o seu vice-presidente Michel Temer, dando início a um movimento de recrudescimento do neoliberalismo e representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, “[...] assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses a classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO, PELAZ, PINHEIRO, 2018, p. 12). Um governo constituído por indiciados por corrupção, num verdadeiro pacto político em volta do ajuste fiscal (BRAGA, 2016; SOARES, 2017).

A partir do Governo Temer tem-se uma expressiva aceleração e intensificação das políticas que colaboram com o desmonte do Estado brasileiro, dentre os documentos que

propõe esse desmonte, temos como exemplos a: Agenda Brasil, Uma ponte para o futuro e Travessia Social (BRAVO, PELAZ, PINHEIRO, 2018). Bem como no atual governo Bolsonaro, de extrema direita, empreendo ataques sistemáticos às formulas mínimas democráticas e ao conjunto de direitos sociais, arduamente conquistados pela sociedade brasileira.

Nesta direção, o que se observa é que mais uma vez o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores, por meio de propostas de contrarreformas como a Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal (que congela por vinte anos os gastos públicos), entre outras (BRAVO, PELAZ, PINHEIRO, 2018). De acordo com Braz (2017, p. 87-88) “Estes agora precisavam de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital”.

Portanto, a tendência geral desse movimento de contrarreformas do Estado no Brasil, de natureza destrutiva e regressiva, é a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias de enfrentamento aos efeitos mais perversos da crise, a depender, como afirma Behring (2003), da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do nível de materialização da democracia e da política social nos países. A política econômica produz mortos e feridos, e a política social se configura como uma frágil ambulância que vai recolher esses mesmos mortos e feridos que a política econômica produz continuamente (BEHRING, 2003).

As implicações do avanço neoliberal e do processo de contrarreformas também recaem sobre a política de saúde brasileira, constituindo um ambiente antagônico para a efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS enquanto um sistema de caráter universal e de natureza pública como veremos a seguir.

### **2.2.1 A Política de Saúde brasileira e as implicações do contexto de contrarreforma neoliberal**

Como vimos no tópico anterior, o Sistema de Seguridade Social possibilitou importantes avanços no que refere ao ordenamento legal no Brasil, uma vez que se propunha a afirmar e ampliar direitos relativos “à saúde, à previdência e à assistência social” (Art. 194

da CF). A unificação desse tripé ocorreu “em torno de dois eixos: um, contributivo, representado pela previdência, e outro, distributivo representado pela saúde e assistência social” (PEREIRA, 2002, p. 34).

A política de saúde nesse contexto foi a que mais avançou, a única que conseguiu se construir como universal, ao passar a ser “direito de todos e dever do Estado”, tendo em vista que anteriormente o direito à saúde pública era voltado exclusivamente para trabalhadores contribuintes do mercado formal. A mesma ganha um “lugar de destaque” no capítulo da Constituição Federal - CF que trata da Seguridade Social. Uma vez que é abordada numa seção mais detalhada em comparação com as demais políticas, após uma série de acordos políticos e pressão popular. Várias orientações contidas nessa seção atendem às reivindicações do chamado Movimento de Reforma Sanitária, sujeito coletivo essencial na formulação do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira - RSB nos anos de 1980, projeto no qual se baseou nos princípios que defendem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção a saúde, proteção e recuperação, entre outros (PEREIRA, 2002; SILVA, 2011b).

Deste modo, nos últimos 30 anos o Brasil tem vivenciado profundas mudanças no que diz respeito à construção de políticas públicas de saúde na perspectiva da RSB que culminou, por exemplo, na criação do Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto, apesar dos avanços, diferente do que juridicamente se pretendia com a CF-88 o que tem estado em maior evidência é a mercantilização das políticas sociais, principalmente a partir da década de 1990, com o advento do Ideário Neoliberal na conjuntura brasileira e o processo de contrarreforma do Estado pretendido por este como resposta à crise do capital. Assim, a seguridade social, embora, seja compreendida

como um conjunto articulado de políticas no âmbito da saúde, da previdência e da assistência social, ela não vem sendo implementada como tal e avizinha-se, tendencialmente, a desarticulação e fragmentação dessas políticas, comprometendo o exercício dos direitos e a responsabilidade pública do Estado (MOTA, 2011, p. 11).

No que diz respeito especificamente à política de saúde no Brasil, podemos dizer que esse processo de contrarreforma do Estado a serviço da ofensiva neoliberal tem acarretado um profundo retrocesso para a efetivação do SUS, “visto que o neoliberalismo avança na tentativa de transformar a atenção à saúde em uma mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital” (SILVA, MOURA, 2015, p. 110), ao incentivar cada vez mais o modelo de saúde privado.

Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) o campo da saúde na contemporaneidade é perpassado por disputas entres diferentes e antagônicos projetos: o Projeto da Reforma

Sanitária, o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada. Destaca-se que o Projeto da Reforma Sanitária foi

[...] construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito a saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, vigente no Brasil até o advento do SUS [...] O Projeto Privatista, que adquire robustez no período da ditadura civil militar iniciada em 1964, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Representando os interesses do setor privado nacional na área de saúde. [...] o da Reforma Sanitária Flexibilizada [...] adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS [...]. Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde [...] (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018, p. 9-10).

O processo de contrarreforma na política de saúde vem se dando desde os anos 1990 cujos traços e implicações possuem particularidades a depender de cada governo. Durante os governos de Fernando Henrique Cardoso com a Reforma administrativa do Estado, as políticas sociais sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, por conseguinte, os investimentos foram consideravelmente reduzidos, e na saúde não foi diferente, em que se tem o avanço do Projeto de Saúde Privatista em detrimento do Projeto de Reforma Sanitária, ameaçando o caráter público e universal da saúde previsto na Constituição e fruto da árdua luta do Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018).

Mediante esse processo de conquista de hegemonia por parte do projeto privatista da saúde, propostas semelhantes as do Banco Mundial (importante formulador e divulgador da contrarreforma) vão sendo disseminadas, dentre essas propostas estão:

[...] focalização do atendimento na política básica que atenda os mais pobres; são universalidade do acesso; contratação de mão de obra desqualificada; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil; descentralização da assistência com responsabilização do nível central (SOARES, 2010, p. 43).

Neste sentido, a política de saúde torna-se fonte de interesse para os investimentos privados e assim tem enfrentado os perversos efeitos da contrarreforma “por meio, principal, mas não exclusivamente, das formas de gestão sob a lógica privada” (GOMES, 2015, p. 301), ou seja, há um fortalecimento das “parcerias público-privadas, as terceirizações, a ampliação de cooperativas médicas, referendando a compra e venda de serviços e procedimentos de saúde” (SOUSA, 2017, p. 139), não sendo mais o Estado o único responsável pela gestão e execução dos serviços de saúde.

Dentre as entidades privadas, previstas no PDRE-MARE, temos: “Organizações sociais (OS), cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP),

Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares” (SOUSA, 2017, p. 139). As Organizações Sociais - OS, por exemplo, foram criadas em 1998 através da Lei nº 9.637 para atuar na gestão de políticas sociais, incluída a de saúde. As mesmas “representam uma forma de administração da gestão e a responsabilidade com a realização dos investimentos e custeio permanece sob a gerência do Estado, sendo, portanto, sustentados com dinheiro público” (GOMES, 2015, p. 302).

Esse modelo de gestão que estão afinados aos interesses do capital, por meio do receituário do FMI e do Banco Mundial, é uma expressão da política de contrarreforma do Estado, uma vez que prevê a desresponsabilização do Estado na execução das políticas sociais, “através do repasse público-privado e do estabelecimento de metas, visando à eficiência nos serviços com menor custo, favorecendo a focalização. Logo, competem ao Estado as funções de fiscalização e financiamento das mesmas” (ANDRADE, 2017, p. 383).

Segundo Gomes (2015) estudos e pesquisas apontam que a implantação desse processo na área da saúde acarreta uma série de implicações, como:

alta rotatividade de profissionais, flexibilização das relações trabalhistas, aumento da exploração da força de trabalho deste setor, favorecimentos políticos e financeiros diversos, descontinuidade das ações de cuidado em áreas específicas destinadas à população, entre outros (GOMES, 2015, p. 301).

Apesar de todas as medidas empreendidas em favor da implementação desses “novos” modelos de gestão na saúde no governo de FHC, esta não alcançou a amplitude desejada, “restringindo-se a experiências isoladas em alguns estados, devido à resistência social e política em torno desse projeto” (SOARES, 2010, p. 46). Nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff a contrarreforma na política de saúde tem continuidade, visto que o processo de privatização continua em curso, através da “implementação de políticas e programas focalizados com base nos novos modelos de gestão” (ANDRADE, 2017, p. 381).

De acordo com Soares (2017), com a ascensão dos governos do PT, foi possível identificar algumas mudanças no campo das políticas sociais e nas relações com os movimentos sociais, que conferiu a esse processo de contrarreforma na política de saúde um patamar qualitativamente superior. Dentre as alterações ela destaca:

- A configuração de um novo projeto em disputa no espaço da política de saúde a partir do intenso transformismo de lideranças do movimento sanitário: o projeto que denominamos “SUS Possível”. Tal projeto permitiu agregar os elementos do projeto de reforma sanitária, refuncionalizando-os e retirando-lhes a radicalidade, de forma a defender estratégias de privatização da saúde como sendo modernização da reforma sanitária ou atualização dela – como foi o caso das proposições das fundações estatais de direito privado e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) [...]. - A saúde passou a integrar o projeto neodesenvolvimentista dos governos do PT, ao ser inserida nas proposições do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Assim, para além ou aquém de se

constituir direito público, a política de saúde tornou-se espaço estratégico para o crescimento econômico do país [...] (SOARES, 2017, p. 121).

O governo de Lula da Silva fez emergir algumas expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro, visto que havia sido eleito para presidente do país, pela primeira vez, um representante sindical de origem popular de um partido, cujo título, era dos trabalhadores (SOARES, 2010). A política de saúde é apresentada, no programa de governo de seu primeiro mandato, “como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde” (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 17), havia, portanto, uma expectativa de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde e contribuísse para a efetivação do SUS. No entanto, “as alianças que garantiram a chegada de Lula no poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional começaram a se explicitar já no seu primeiro mandato” (SOARES, 2010, p. 51).

De acordo com Bravo e Menezes (2011), o que se configura inicialmente é a manutenção da disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária flexibilizado e o Privatista, ora o governo procurou fortalecer o primeiro, ora o segundo. Dentre os aspectos que poderiam fortalecer o primeiro projeto e a inovação da política de saúde, Bravo e Menezes apontam:

o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 17-18).

Por outro lado, o governo dá sequência à contrarreforma da saúde de FHC ao propor medidas que deram ênfase à focalização, precarização, terceirização de recursos humanos, desfinanciamento e a falta de vontade política para dá viabilidade a concepção de Seguridade Social na perspectiva da Constituição Federal de 1988, através de sistemáticos desvios de recursos via DRU (Desvinculação de Recursos da União) (BRAVO, MENEZES, 2011; SOARES, 2010). A centralidade dada ao Programa Saúde da Família é um exemplo dessa focalização, uma vez que não são empreendidas alterações necessárias para que o mesmo viesse a se tornar estratégia de reorganização da atenção básica, “em vez de ser um programa de extensão de cobertura para populações carentes” (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 18).

Deste modo, Soares vai dizer que no governo Lula houve uma espécie de “transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre elas, as do movimento sanitário” (SOARES, 2010, p. 52), fazendo com que muitos defensores da saúde pública se empenhem “na produção e defesa de “inovações” na gestão da política de saúde

sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando, na verdade, a estão negando” (SOARES, 2010, p. 52), aprofundando o processo de refluxo e fragmentação do movimento de reforma sanitária.

Neste sentido, entra em cena mais um projeto em disputa no âmbito da saúde (além do da reforma sanitária e do privatista) o do SUS Possível que vai defender justamente esse caráter “inovador” atribuído à reforma sanitária, ao alegar que diante dos limites da política econômica a mesma precisa ser flexibilizada, porém, o que de fato esse projeto pretende favorecer é a ampliação dos espaços do projeto privatista, evidenciando que estes dois projetos (SUS Possível e o Privatista) fazem parte de uma mesma unidade dialética e se conectam mutuamente numa mesma racionalidade, apesar de suas lideranças não reconhecerem isto (SOARES, 2010).

No segundo mandato, o plano de governo de Lula já não apresenta qualquer compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que não aborda questões centrais como “controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho” (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 19). De acordo com Bravo e Menezes (2011) a proposição mais preocupante desse período é a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEP), uma proposição que é contrária ao projeto de reforma sanitária e que prevê a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para rede pública de hospitais, tendo seu marco na Contrarreforma do Estado de Bresser Pereira/FHC;

a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 20).

O governo desenvolvimentista de Lula, além da implementação dessas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEP), vai dá continuidade a criação de Parcerias Público-Privadas, através de OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPS) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que implica no avanço dos denominados “novos modelos de gestão” na saúde, através principalmente de OS e da EBSERH (SILVA, 2017). Tais modelos têm

[...] proporcionado inversão dos princípios do SUS, uma vez que têm fomentado a precarização do trabalho e dos serviços de saúde; a focalização da assistência e a alocação do fundo público da saúde no setor privado. Esses aspectos têm facultado a não concretização do SUS e seu desmonte (SILVA, 2013, p. 16).

Nesse processo de mercantilização, além dessas novas modalidades de gestão, a área de saúde acaba por contribuir para a acumulação do capital, através, também, “da compra sistemática e contínua de novos equipamentos e medicamentos, proliferação de seguros e planos de saúde, etc.” (SOARES, 2010, p. 55), visto que “o neoliberalismo avança na tentativa de transformar a atenção à saúde em uma mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital” (SILVA, MOURA, 2015, p. 110).

Nos governos de Dilma Rousseff, apesar da consolidação do SUS ser apontada em seu discurso de posse como a grande prioridade de seu governo, esses modelos privatizantes continuam a se configurar em detrimento do modelo público. A EBSEH, por exemplo, instituída através da Lei nº 12.550/11 no final do governo Lula e executada a partir do primeiro mandato de Dilma, trata-se de uma empresa pública de direito privado e que tem como finalidade “a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico de forma gratuita” (SOUSA, 2017, p. 145), sob uma lógica de cunho gerencial e conduzida pela finalidade do lucro.

Assim como prevê a proposta da FEDEP, a EBSEH “poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento” (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 23). Segundo Sousa, dentre as competências da empresa, estão:

a administração dos hospitais e execução de serviços médico-hospitalares e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública. Para a prestação de tais serviços é necessário a formalização de contrato definindo metas de desempenho, indicadores, prazos de execução e sistemática de acompanhamento e avaliação (SOUSA, 2017, p. 145-146).

Ainda de acordo com essa autora, a criação da EBSEH contribui para a ampliação dos mecanismos de privatização dos serviços introduzidos desde os anos 1990 com a Reforma do Estado, com a criação das OS e OSCIP, dando continuidade ao processo de mercantilização da saúde e também da educação. Esse modelo de gestão institui ainda uma “reconfiguração das universidades federais que passam a inserir no seu interior, através de contrato, uma empresa pública de direito privado, que tem como finalidade a gestão e o controle dos hospitais-escola, que são patrimônio das universidades federais” (SOUSA, 2017, p. 146).

Há, portanto, uma desvinculação dos HUs das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), que acaba por comprometer a formação e qualificação dos profissionais da

saúde pública e a produção do conhecimento na área (SILVA, BEZERRA, 2017), contribuindo para a redução gradativa dos direitos da classe trabalhadora.

Na saúde se destaca também a abertura do capital estrangeiro, com a aprovação, ainda no Governo Dilma Rousseff, da Lei nº 13.097/2015 que alterou a Lei 8.080/1990, ao permitir a liberalização de movimentos de capitais no âmbito dos serviços em saúde. Segundo Silva (2017, p. 27) essa “Lei afronta à constituição Federal, que, no § 3º do seu artigo 199, assegura ‘É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei’ [...]”, implicando assim na ampliação do processo de privatização desta política, comprometendo seriamente a própria existência do SUS.

A autora Juventino, com base em dados da Associação Nacional dos Auditores fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) (2013), afirma que durante os governos Dilma “os gastos com saúde no Ministério da Saúde não chegam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) [...]. As despesas com Saúde do Ministério da Saúde representaram 1,65%, em 2010; 1,75%, em 2011; 1,82%, em 2012; e 1,76%, em 2013” (JUVENTINO, 2016, p. 58). Logo, esse processo de subfinanciamento na política pública de saúde tem como objetivo “sucatear o sistema de saúde público e estimular a entrada de capital estrangeiro [...] tornando a saúde um bem comercializável, inviabilizando o projeto do SUS, proposto pelo movimento de Reforma Sanitária nos anos 1970, que exigia um modelo gratuito, público e universalizante” (JUVENTINO, 2016, p. 58-59).

O pagamento da dívida pública tem relação direta com esse subfinanciamento da saúde, visto que o mesmo consome a maior parte do Orçamento da União em prejuízo da política de saúde e de outras políticas sociais, segundo Rocha (2016), em 2015, o movimento Auditoria Cidadã da Dívida pública aponta que a dívida e os juros levaram 42% desse orçamento, enquanto apenas 4% foi direcionado para saúde. Desse modo, fica claro que o subfinanciamento da saúde não se dá pela falta de recursos, mas pelo fato desses recursos serem direcionados prioritariamente para alimentar o capital financeiro, penalizando, por conseguinte, os direitos sociais.

Neste sentido, ainda que houvesse menções à defesa do SUS durante os governos do PT, as medidas tomadas não foram em direção à reversão dos “nós críticos do sistema (como o desfinanciamento crônico da política de saúde, o crescente papel que o setor privado vem assumindo no interior do sistema, o gigantesco crescimento do mercado da saúde, a

precarização do trabalho em saúde, etc.)” (VASCONCELOS, SILVEIRA, XAVIER, 2017, p. 235).

Isto é, ainda que as mudanças no sistema tenham sido apresentadas como continuidade da reforma sanitária com a defesa da refuncionalização dos princípios do SUS, o que se realiza de fato, como vimos, é a concretização de um SUS bem distante do que se propunha o projeto original de reforma sanitária, contribuindo para que o processo de contrarreforma na política de saúde se realizasse de maneira implícita, dado o transformismo das lideranças do movimento de reforma sanitária, tendo em vista a possibilidade de resistência (SOARES, 2010).

Entretanto, é primordial ressaltar, que a partir dos anos 2000, a conjuntura não é marcada apenas pelo refluxo, uma vez que foram registradas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, isto é, “movimentos organizações e partidos orientados por um projeto classista resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo” (DURIGUETTO, 2009, p. 62) Nesta direção, destaca-se a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que desde 2010 tem lutado em defesa do SUS público e 100% estatal, a mesma tem

agregado diversas entidades sindicais e de outros movimentos sociais, partidos políticos, conselhos e associações profissionais, se afirmando como uma frente de esquerda e anticapitalista. Trata-se, portanto, de um grande movimento nacional contra privatização da saúde no Brasil, estando atualmente com fóruns em 20 estados da federação e no Distrito Federal e 17 núcleos municipais (SOUSA, 2017, p. 151-152).

Após o questionável impeachment de Dilma, “que se configurou como golpe institucional, midiático-parlamentar-empresarial” (SOARES, 2017, p. 122) e a tomada de assalto da presidência da república pelo seu então vice Michel Temer em 2016, verifica-se o avanço do neoliberalismo ortodoxo e o processo de contrarreforma na política de saúde toma proporções assustadoras, perdendo seu caráter implícito de realização presente nos governos do PT e assumindo um caráter muito mais rígido e permanente.

Desse modo, a estratégia de ajuste fiscal nesse momento eleva a contrarreforma na política de saúde a um novo patamar, em nome do equilíbrio das Contas da União e do cumprimento do superávit primário (economia nos gastos do governo, destinada principalmente a pagar os juros da dívida pública), “comprometendo o orçamento da Seguridade Social, e dando continuidade, de forma muito mais abrupta, ao enxugamento do Estado, garantindo a imperiosa rentabilidade ao capital financeiro internacional, em detrimento dos direitos sociais” (FRANCO DE SÁ et al., 2019, p. 50).

Silva (2017) assinala que muitas foram as iniciativas tomadas no sentido de regressividade no âmbito da saúde no país, orientadas, vale salientar, pelos organismos multilaterais<sup>8</sup>, como Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial do Comercio (OMC), as quais podemos destacar algumas:

1) a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 conhecida como PEC do Teto dos Gastos Públicos, que instituí o chamado Novo Regime Fiscal e congela os investimentos em áreas como a saúde e educação por 20 (vinte) anos, inviabilizando o SUS; 2) mudança nas formas de financiamento do SUS, através da portaria Nº 3.992/2017, que extingue 06 (seis) blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento) para as transferências de fundo a fundo dos recursos do SUS para estados e municípios [...] 4) na Política de Atenção Básica, através da portaria Nº 2.436, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. A sua aprovação é considerada um retrocesso por flexibilizar critérios e regras, uma vez que permite a possibilidade de diminuição da quantidade e especialidades de profissionais que vão atender a população e o fim da ideia de acompanhamento contínuo das famílias, marca da Estratégia Saúde da Família (ESF) [...] (SILVA, 2017, p. 28-29).

O avanço do neoliberalismo ortodoxo comandado pelo ilegítimo governo Temer é expressão do que se apregoa em três documentos formulados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e divulgados em 2015 e 2016, que são: Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social, nos quais estão colocadas as principais propostas para o governo e que, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 12), configura “uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores” sob a justificativa de tirar o país da crise econômica em que se encontra.

Dentre as propostas de maior impacto para as políticas de saúde, a Agenda Brasil, por exemplo, prevê o impedimento de pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob a justificativa de se evitar a judicialização da saúde; “maior desvinculação de Receitas da União; e introdução do copagamento no SUS, ou seja, começa a cobrar por consulta, exames e outros procedimentos dentro do sistema público de saúde, de acordo com a renda do cidadão” (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

No que se refere ao documento Uma Ponte para o Futuro, são colocadas questões centrais como a:

necessidade de maior ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico; acabar com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação; fim de todas as indexações, sejam para salários, benefícios previdenciários etc.; nova Reforma da Previdência, que amplie a idade mínima para aposentadoria; viabilizar a participação mais efetiva do setor privado na construção de infraestrutura; maior cooperação do

---

<sup>8</sup> “Esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado no SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde. Há uma proposta formulada pela Fundação Rockefeller e defendida pela OMS da Cobertura Universal da Saúde (CUS), apresentando um conceito restrito de universalidade e de equidade e pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo de compra e venda dos serviços de saúde [...]” (SILVA, 2017, p. 30).

Estado com o setor privado na abertura dos mercados externos; executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas que permita identificação dos beneficiários e análise dos impactos dos programas. Uma consideração importante é que o documento afirma que o Brasil gasta muito com políticas públicas ao mesmo tempo em que tem resultados piores que de outros países (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

De acordo com Silva, Almeida e Andrade (2017), esse documento pretende, em suma, abortar qualquer possibilidade de um desenvolvimento nacional que inclua as massas trabalhadoras, visto que retoma princípios neoliberais mais rígidos – “ensaiados no Brasil dos anos 1990 e rejeitados nos pleitos eleitorais de 2002, 2006, 2010 e 2014” (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE, 2017, p. 64), apesar de se apresentar como um projeto de crescimento econômico duradouro e sustentável.

O terceiro documento, apresentado em plena discussão do impeachment de Dilma, intitulado Travessia Social, “expressão da política social do programa Uma Ponte para o Futuro” (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13), dentre as propostas estão

conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. [...] Com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

Outro elemento importante que expressa a configuração da política de saúde no governo Temer que vai de encontro ao Projeto de Reforma Sanitária e em contrapartida compactua com o que prevê os documentos do PMDB citados anteriormente, é a proposta de Planos de Saúde Populares apresentada pelo ministro da Saúde Ricardo Barros (engenheiro e ex-prefeito de Maringá), sob o argumento de que todos deveriam colaborar diante do colapso do financiamento do sistema, e essa colaboração seria por meio da “aquisição de um plano popular ou até mesmo a compra de um serviço de saúde numa clínica popular” (SOARES, 2018, p. 28), defendendo de forma clara a mercantilização da política de saúde.

Com esse discurso falacioso da necessária redução do SUS, Ricardo Barros, por meio da Portaria nº 1.482, de agosto de 2016 que institui um grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível, que tem como resultado o “ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 18 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), para avaliação e manifestação com relação à sua viabilidade técnica” (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 14). Nesse documento, segundo as autoras, estão sistematizadas as propostas para o Plano de Saúde Acessível:

- Plano Simplificado: a cobertura para atenção primária [...]. - Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade [...]. - Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial [...] (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 14).

Concordamos, portanto, com Soares (2017, p. 123), quando ela diz que enquanto nos governos do Partido dos Trabalhadores, “uma das importantes estratégias de legitimação do processo de contrarreforma na saúde era a defesa do SUS possível, no campo das escolhas possíveis e do mal menor”, no governo de Michel Temer e seu grupo ultrarreacionário, se coloca a “impossibilidade de execução do projeto de reforma sanitária e do SUS – processa-se uma contrarreforma explícita da política de saúde” (SOARES, 2017, p. 123), e direciona para, como bem ressalta Silva (2017, p. 30), “uma das ameaças mais graves de restrição do atendimento do SUS ou até mesmo a sua extinção por desidratação”.

O avanço do neoliberalismo e os interesses capitalistas nas políticas sociais públicas, e particularmente na política de saúde, também tem refletido diretamente na política de saúde mental, e isso ocorre antes mesmo na institucionalização do SUS, como veremos nos próximos capítulos o qual iremos discorrer acerca do processo de constituição da saúde e da saúde mental no Brasil em um contexto permeado por avanços, desafios e contradições.

### **CAPÍTULO 3 - AS MUDANÇAS NOS PARADIGMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Neste capítulo apresentaremos uma abordagem sócio-histórica dos processos de construção das políticas públicas de saúde e de saúde mental no contexto da Reforma Sanitária Brasileira - RSB e da Reforma Psiquiátrica – RP, que vão questionar não só o modelo de assistência à saúde (que se deu de forma fragmentada e focalizada) e à saúde mental (centrado no asilamento em hospícios e manicômios) vigente, em defesa de um novo modelo público, universal, gratuito e de qualidade, mas também defender um novo modelo de sociedade, apesar do contexto de hegemonia neoliberal em que os processos dessas reformas tem se desenvolvido.

Em seguida discorreremos acerca da regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com destaque para a Portaria 3.088/11 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, enquanto parte dos novos direcionamentos dados à assistência aos usuários de substâncias psicoativas com transtornos decorrentes do uso nocivo destas. E por fim, refletiremos acerca das tendências atuais da Política de Saúde Mental, fazendo um recorte dos frequentes riscos de retrocessos empreendidos pelos governos Temer e Bolsonaro, que tem retomado o caráter ortodoxo do neoliberalismo.

#### **3.1 Uma abordagem sócio-histórica dos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Ao longo da história, mais precisamente nos últimos 30 anos, o Brasil tem vivenciado profundas mudanças no que diz respeito à construção de políticas públicas de saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e da política de saúde mental, por meio da Reforma Psiquiátrica, que trouxe novos direcionamentos nos padrões de atenção às pessoas com transtornos mentais, parte de

um processo em construção que obedece a uma lógica permeada por avanços e conservadorismo.

A política de saúde brasileira está inserida em três diferentes momentos, “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 [...]” (SILVA, 2019, p. 35) em que a saúde passou a ser reconhecida enquanto um direito social com a Constituição Federal de 88, a mesma em seu Art. 196 considera que

A saúde é 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 (BRASIL, 1988, não paginado).

A década de 1980 foi marcada por significativas e intensas mudanças no que diz respeito à saúde no contexto histórico brasileiro, dado o quadro de crise econômica social e política, incididas da queda do PIB, do aumento da inflação e da queda da capacidade de investimento econômico, da perda de legitimidade do regime militar e da forte reação de diversos segmentos sociais contrários às condições de vida alojadas naquele período (DIAS, 2007).

Em 1970, por exemplo, o que predominava em detrimento de ações de saúde pública era o modelo de atenção médico assistencial privatista ou modelo médico hegemônico, que se expressava em algumas características:

[...] centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. (...) Seu objeto tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (TEIXEIRA, 2002). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por livre iniciativa, os serviços de saúde (PAIM, 2008a, p.556-557).

É com a inexistência de um sistema de saúde, propriamente dito, com a luta contra a permanência da então ditadura militar e suas características cruéis, que segmentos sociais se mobilizaram pela democratização da saúde no país, configurando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira - RSB ou movimento sanitário em meados dos anos de 1970, composto por:

[...] um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor de saúde. [...] Foi influenciado pelo modelo de Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Fleury (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevaiente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde (SILVA, 2011b, p. 120).

É na década de 1980, em um contexto de luta em prol da redemocratização política do país e da superação do regime ditatorial implantado em 1964; e de uma forte e prolongada crise econômica que se faz presente até os dias contemporâneos (BRAVO, 2009), que o Movimento de Reforma Sanitária se constituiu como sujeito político e coletivo primordial na formulação do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Tal projeto baseou-se justamente no princípio da saúde enquanto direito e dever do Estado, bem como “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]” (SILVA, 2011b, p. 119). Tais princípios foram baseados em diretrizes como: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (SILVA, 2011b, p. 119).

Mas o ideário da RSB vai além de reivindicações por transformações na política de saúde, uma vez que, trata-se de um movimento contra hegemônico à ordem vigente, isto é ao modelo de desenvolvimento capitalista, constituindo-se enquanto uma reforma social baseada nos seguintes elementos:

a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008b, p. 173).

O movimento da RSB uniu grupos e pessoas de origens distintas em favor de interesses comuns em promover a responsabilização do Estado pela questão do binômio saúde-doença, visto que era necessário um entendimento mais amplo da saúde como decorrência das condições de vida e de trabalho, ou seja, a saúde precisava ser entendida não só como ausência de doenças, e sim como acesso à alimentação, moradia, educação, saneamento básico, meio ambiente, aos bens e serviços essenciais e ao lazer, pensar a saúde a partir de seus determinantes também sociais (BRAZ, SILVA, SILVEIRA, 2006). Para Yasui (2006, p. 25), “transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social”.

Ao considerar a Reforma Sanitária enquanto fenômeno histórico e social Paim (2008) analisa a mesma como parte de um ciclo que envolve idéia-proposta-projeto-movimento-processo,

idéia que se expressa em percepção, representação, 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, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008b, p. 36).

Dentre os participantes, que iam desde aqueles que “defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social democracia” (SOARES, 2010, p. 36), desse processo histórico em que a Reforma Sanitária se inscreve, Escorel (1998) destaca algumas instituições e sujeitos coletivos principais como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, os movimentos de saúde ligados as Comunidades Eclesiais de Base - CEBs da Igreja Católica e setores do movimento estudantil e dos médicos residentes.

Nessa perspectiva de mobilização social de diversos setores da sociedade, a saúde deixou de ser objeto de interesse apenas dos técnicos e passa a assumir um caráter político. Com o processo de redemocratização a partir de 1985, foi possível a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986, considerada um marco de legitimação da Reforma Sanitária Brasileira, que reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, das quais cinquenta por cento eram usuários da saúde, introduzindo a sociedade no cenário da discussão da saúde, junto com os profissionais da área (BRAVO, 2009; MORAIS, 2009).

Segundo Paim (2008b), no documento intitulado “Pelo direito universal à saúde: contribuição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)” para as discussões da VIII CNS fica mencionado de forma clara que a saúde precisaria ser vista como fruto de um conjunto de condições de vida e que transpõe o setor da saúde.

O temário central desta conferência versou sobre “I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III – Financiamento Setorial” (BRAVO, 2009, p. 96). A criação do Sistema Único e descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente se transformaria no SUS, foi considerado um dos grandes momentos desta conferência. Em outras palavras, a VIII CNS possibilitou que a questão da saúde fosse além da análise setorial, fazendo referência à sociedade em geral, propondo-se não apenas o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária em si (BRAVO, 2009).

Uma vez promulgada a Constituição de 1988, fruto das lutas do movimento de RSB e também de outros movimentos sociais, o âmbito da saúde passa por um significativo avanço, visto que a saúde passa a ser reconhecida enquanto direito de todos e dever do Estado, evidenciando a sua condição essencial e sua relevância pública (SILVA, 2013). No entanto, Moura (2017, p. 70) vai dizer que traços conservadores e certas imprecisões também estão presentes na Constituição, e como exemplo ele lembra da “contraditória convivência entre universalização e seletividade, bem como a participação do setor privado nos serviços públicos”, dado o contexto de avanço do neoliberalismo na conjuntura brasileira e da contrarreforma do Estado, obstaculizando e redirecionando as conquistas de 1988 numa espécie de modernização conservadora.

A ocupação dos cargos públicos por sanitaristas é também uma das importantes estratégias do Movimento Sanitário (AMARANTE, 1998), isto é “a partir das mudanças no campo técnico assistencial, buscavam alcançar uma mudança mais radical e complexa, articulando, a um só tempo, os campos técnico-assistencial, teórico-conceitual, jurídico e político” (COSTA, 2016, p. 96).

É nesse contexto político, econômico e social, constituído de múltiplas determinações, que se deu, em 1990, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, considerado uma das primeiras mudanças em nível de Reforma Sanitária, baseado na concepção de seguridade social (firmada no tripé saúde, previdência e assistência social). O SUS supõe “uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios” (PAIM, 2009, p. 43). Um sistema que, segundo Soares (2010, p. 16), “pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi idealizado como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde”.

De acordo com o que apresenta Paim (2009) o SUS pode ser definido como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (Art. 4º da Lei nº 8.080/90). É válido ressaltar ainda que, contrário ao que prevê o texto constitucional, a iniciativa privada participa do SUS de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado. Mas, Moura (2017, p. 72) vai dizer que “os serviços privados têm ocupado grandes espaços na saúde, perdendo sua funcionalidade de complementariedade do SUS”, seguindo a lógica privatizante do capital.

O mesmo foi regulamentado inicialmente pela Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.080/90. Contudo, o presidente da república da época Fernando

Collor de Mello<sup>9</sup> iniciou seu mandato com ações que marcaram a história do país, implementando a política neoliberal, que teve como “resultado o desmonte das políticas públicas; uma atuação de caráter autoritário e centralizador; e escândalos relacionados à corrupção, que o levariam ao seu impeachment” (YASUI, 2006, p. 47), assim foram vetados por ele diversos artigos desta lei, principalmente os relacionados à participação social. Assim, como complemento desta foi criada a Lei nº 8.142/90, aprovada em 28 de dezembro deste mesmo ano, “que dispõe sobre a realização das Conferências e sobre os Conselhos de Saúde, tornando-os obrigatórios” (Idem. p. 47).

Diante disso, o movimento sanitário acaba por priorizar a institucionalização do SUS em detrimento da continuidade de uma luta tática e estratégica em prol da RSB. O que não significa dizer que o SUS não fosse uma conquista de extrema importância enquanto política pública, “mas que o esvaziamento da mobilização e organização da luta pelo direito à saúde trouxe consequências para o projeto e processo de RSB em toda década de 1990 e no início do século XXI” (SILVA, 2013, p. 30-31).

Em suma, o autor Paim a partir da sua análise de que a RSB deve ser compreendida como ideia, proposta, projeto, movimento e processo, destaca alguns elementos constituintes de cada um desses momentos: o momento **idéia** é constituído pelo pensamento inicial, demarcado pelo enfrentamento do Dilema Preventivista, pela criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES o lançamento da Saúde em Debate, e da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (PAIM, 2008b).

O momento **proposta** representa justamente a transformação da idéia em proposta, em que um conjunto articulado de princípios e proposições políticas é inserido no documento *A questão democrática na área da saúde* e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, especialmente o primeiro (1979) e o quinto (1984) (PAIM, 2008b). No que diz respeito ao momento **projeto** o autor aponta que é aquele que corresponde a Reforma Sanitária enquanto projeto, isto é, um “conjunto de políticas articuladas ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988a) encontra-se sistematizado no Relatório Final da VIII CNS, realizada em 1986” (PAIM, 2008b, p. 172).

O momento **movimento** é representado pelo próprio movimento da democratização da saúde “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária”, que emerge com o CEBES, compreendido como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que

---

<sup>9</sup> “O primeiro governo eleito pelo voto direto e democrático após o regime autocrático [...] é expressão de características muito presentes na história da sociedade civil e do Estado brasileiro: o representante de velhos interesses e grupos dominantes travestido do novo, do moderno, do inovador” (SOARES, 2010, p. 43).

assumem a saúde como referente essencial. O momento da Reforma Sanitária enquanto **processo** (conjunto de atos, em diferentes períodos e espaços, que expressam práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas) pode ser visualizado “após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS<sup>10</sup>, CNRS<sup>11</sup>, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88” (PAIM, 2008b, p. 172).

Todavia, apesar dos avanços advindos das conquistas de 1988, no contexto de crise econômica no final da década de 1980 e primeira metade dos anos de 1990, que se estende até os dias atuais, a Política de Ajuste Neoliberal voltada para atender aos interesses do mercado e do grande capital, acaba por transferir a responsabilidade pelos custos da crise para a sociedade civil, ao passo que redireciona o papel do Estado no sentido de seu encolhimento na área social, configurando um modelo de democracia restrita. Conforme Soares,

Um Estado historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de profundamente autoritário, precisava minimizar-se, de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital (SOARES, 2010, p. 16).

Logo, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo, vai atingir justamente os três alicerces fundamentais do movimento de RSB sobre a política de saúde da década de 1980: a politização da saúde – que visava romper com a racionalidade burocrática e tecnicista anterior; a mudança da norma constitucional – por meio da incorporação do direito à saúde como direito público universal, numa visão ampliada de saúde; e a alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais (TEIXEIRA, 1989), implicando num processo contínuo de inviabilização da Reforma Sanitária e criando um ambiente antagônico para implementação do SUS enquanto sistema de caráter universal e de natureza pública conforme previa seu marco legal original, fazendo com que os serviços de saúde tornem-se cada vez mais espaços de supercapitalização e importante fonte de maximização do capital, “desconstruindo num movimento de contrarreforma o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980” (SOARES, 2010, p. 43).

Contemporâneo a esse processo de RSB eclodiu a chamada Reforma Psiquiátrica “a qual tem sua origem como movimento social no final dos anos setenta, se organiza e se fortalece nos anos oitenta e se transforma em política pública de saúde nos anos noventa” (YASUI, 2006, p. 23). Mas para além dessa analogia e inter-relação com a reforma sanitária,

---

<sup>10</sup>Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

<sup>11</sup> Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS.

a mesma se constitui em meio a um processo, podemos assim dizer, mais vasto e complexo que traz as marcas de seu tempo, considerado “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), mas um processo político de transformação social.

A Reforma Psiquiátrica foi inscrita numa conjuntura internacional de transformações pela superação da violência asilar (DELGADO et al., 2007), visto que, os grandes hospitais psiquiátricos traziam consigo uma lógica de aprisionamento daquilo que não era socialmente aceito, constituindo um modelo de violência e exclusão, ou seja, a política de hospitalização da pessoa com transtorno mental realizava uma assistência psiquiátrica com base em condutas de isolamento, vigilância e medicalização (SANDINI, 2002).

Existem inicialmente dois grandes períodos, nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro é marcado por

processos de crítica à estrutura asilar, na medida em que o asilo passa a ser apontado como elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos. Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e de Psicoterapia Institucional (França) [...] (BIRMAN, COSTA, 1994, p. 44).

O segundo período é marcado pela expansão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com a finalidade de prevenir e promover a 'saúde mental'. Este segundo momento é representado pelas experiências de psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA) (BIRMAN, COSTA, 1994; AMARANTE, 1998).

É em meados do século XX que tem início na Itália uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas, enquanto os dois anteriores momentos limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico. Tais críticas foram impulsionadas principalmente pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, por meio da Antipsiquiatria (oriunda da Inglaterra) e da Psiquiatria Democrática Italiana, operando numa espécie de ruptura, com repercussões no mundo todo e de forma bem peculiar no Brasil. Assim, surge (na Itália) o Movimento de Luta Antimanicomial fortemente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania daquelas pessoas com transtornos mentais. E é justamente atrelado a essa luta, que nasce o Movimento da Reforma Psiquiátrica, denunciando os manicômios como instituições de práticas violentas e propondo a construção de uma rede de estratégias territoriais e comunitárias (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2008).

Deste modo, antes de prosseguirmos na discussão acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para fins de delimitarmos melhor as análises de nosso estudo, é importante e

necessário ressaltarmos como ocorreu o processo de institucionalização da saúde mental no contexto histórico brasileiro.

### **3.2 A institucionalização da saúde mental no contexto brasileiro**

No Brasil, o processo de institucionalização da saúde mental inicia-se no período monárquico, com a chegada da família Real no país, em que se presencia a primeiras intervenções na loucura por parte do Estado, com a criação, em 1952, do primeiro hospital psiquiátrico público o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, é a partir desse período que, segundo Lamenha (2017, p. 35), a “loucura passa a ser reconhecida e tratada como doença mental, que tem na psiquiatria a ciência específica para tratá-la e curá-la através do processo inicial de recolhimento, enclausuramento e privação do convívio social”.

De acordo com Lamenha (2017, p. 35), enquanto que na Europa a intolerância para com a loucura e sua transformação em problema social se dá numa conjuntura de ruptura com o feudalismo e de emergência do capitalismo mercantil, no Brasil essas mudanças começam ainda no período de vigência da sociedade rural pré-capitalista, “marcada pelo trabalho escravo”, e seguem se desenvolvendo com o processo de urbanização, uma vez que as mudanças econômicas e sociais advindas desse processo passam a exigir uma intervenção eficaz por parte do Estado para manter o controle social e promover o crescimento das cidades e das populações (MOURA, 2017).

O “problema” dos loucos passa, então, a ser discutido de fato na sociedade, uma vez que a presença destes<sup>12</sup> andando pelas ruas, nesse momento de modernização e organização das cidades, passa a incomodar os mais diversos setores dominantes, visto que representava uma ameaça à ordem e a paz social. Por outro lado, a internação dos mesmos nas Santas Casas também passa a ser alvo de questionamentos por parte dos médicos que acreditavam que aquele tipo de enfiamento não resolvia o “problema” da loucura na realidade local, pois segundo eles nesses espaços os doentes mentais eram constantemente vítimas de maus tratos, e lhes era dispensando um atendimento médico-hospitalar qualquer (COSTA, 2016; LAMENHA, 2017).

---

<sup>12</sup> Cujo perfil, segundo Amarante (1994, p. 75) pode ser encontrado “preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres [...], são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou chamar sobre o título de doença mental”.

Segundo Amarante (1994), em 1830 é criada uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro para elaborar um diagnóstico acerca da situação dos loucos na cidade, e é a partir desse momento que

os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento (AMARANTE, 1994, p. 74).

Diante disso, a classe médica reivindica “a criação de um instrumento terapêutico específico para os loucos, o hospício” (BATISTA, 2014, p. 395), e sob a influência francesa, defendiam o slogan: “aos loucos, o hospício”. A partir de então,

a pessoa em sofrimento mental é recolhida para um lugar específico e institucionalizada em hospitais psiquiátricos para ser objeto de intervenção da psiquiatria, separada da família e da comunidade, isolada para ser tratada sem interrupção externa, legitimada pelo Estado, com direitos violados, tendo como principal ferramenta de tratamento a internação (JUVENTINO, 2016, p. 72).

E assim, após séculos sendo ignorados socialmente, um “novo” lugar social é direcionado para o a situação do louco no Brasil, apesar dessa “nova” forma de tratamento ter como objetivo real mais o afastamento dessas pessoas do convívio em sociedade do que propriamente o de recuperá-los e amenizar seu sofrimento (LAMENHA, 2017).

A criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro vai representar, portanto, um marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira, o primeiro manicômio da América Latina inspirado nos princípios do alienismo francês (elaborado por Pinel e Esquirol)<sup>13</sup>, “inaugurado num casarão em estilo neoclássico, luxuoso, sendo conhecido como palácio dos loucos” (COSTA, 2016, p. 77). A partir dessa época muitos outros hospícios são fundados no Brasil, “casarões esplêndidos vão abrigar vários hospícios ao longo da história, lugares espaçosos que servirão para abrigar os que não devem ou não podem ser vistos” (COSTA, 2016, p. 77).

No entanto, é válido ressaltar que a construção e a administração do Hospício Pedro II ficaram sob a responsabilidade das Santas Casas de Misericórdia, o que significa dizer que o

---

<sup>13</sup> “O alienismo, que surge na virada do século XVIII para o século XIX, representa a resposta da ciência médica à questão da loucura, redescrita como alienação mental – isto é, como uma doença que deveria ser tratada por um tipo especial de medicina, segundo os paradigmas do tratamento físico-moral pineliano e da teoria das paixões. A loucura passa a ser entendida como uma afecção médica provocada pela combinação de causas físicas e morais. Neste contexto, aparece um novo especialista, o alienista, a quem compete tratar, usando uma expressão da época, “dos infelizes privados do uso da razão”. Aparece também o hospício, lugar de triunfo e operação desta nova concepção. [...] Phillippe Pinel [...] personifica o modelo de intelectual-cientista do campo do alienismo. Mais que um modelo, é o seu mito fundador” (TEIXEIRA, RAMOS, 2012, p. 367), considerado ainda o pai da psiquiatria. Jean-Etienne Esquirol, por sua vez, seguidor de Philippe Pinel, também deu várias contribuições importantes para a história da loucura do ponto de vista da medicina, no período de 1820 a 1850 (LAMENHA, 2017).

seu controle permaneceu sob a ordem do discurso religioso até o início do século XX quando, após a Proclamação da República<sup>14</sup>, registra-se um processo de modernização da psiquiatria no Brasil e o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa<sup>15</sup>, mais precisamente em janeiro de 1890, passando então a ser administrado pelo poder público e a denominar-se Hospital Nacional dos Alienados; no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, sendo esta a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República, ambas dirigidas por João Carlos Teixeira Brandão (AMARANTE, 1994; MOURA, 2017).

Acerca disso, a autora Costa (2016) vai dizer que apesar desse modelo brasileiro basear-se num discurso de modernidade e avanço da ciência, o que se observa, na verdade, desde o início, é a combinação do conservador com o moderno, visto que o que se agrega são práticas de cuidado de cunho mais arcaico. Logo, em poucos anos após a sua criação, “já apresentava superlotação e as funções asilares superavam em muito, as questões de saúde. Ao mesmo tempo em que de institucionaliza o cuidado psiquiátrico, o moderno e o arcaico se aliam em nome de um modelo centrado no assistencialismo e na coerção” (COSTA, 2016, p. 77).

De acordo com Amarante (1994, p. 75), no Hospício Pedro II, os poucos pensionistas particulares tinham boas instalações, “inclusive um quarto mobiliado, com conforto, além de um criado à sua inteira disposição”, porém o quadro geral era bem diferente. Diante disso, o que pode ser observado no histórico da loucura, segundo a autora Moura (2017) é o fato deste está marcado por questões que abrangem uma população sobrando ao contexto social, de modo que são criados espaços através de instituições que vão abarcar essa população.

Para Resende (2007), esse período posterior a Proclamação da República é considerado como

o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2007, p. 43).

---

<sup>14</sup> Período em que “há indicações de uma sociedade urbana capitalista, agroexportadora, indícios de um processo de industrialização e modernização” (JUVENTINO, 2016, p. 71).

<sup>15</sup> Após uma série de críticas realizada por médicos ao modelo manicomial em vigência no Hospício Pedro II, uma vez que se viram excluídos de sua direção e não concordavam com a ausência de um projeto assistencial científico de fato. Deste modo, passam a reivindicar o poder institucional que se encontrava “nas mãos da provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja, com a ativa participação da Irmandade de São Vicente, pertencentes aos setores mais conservadores do Clero” (AMARANTE, 1994, p. 75). Conforme Amarante (1994), em sua grande maioria, os alienistas compartilhavam dos ideais positivistas e republicanos e almejavam o reconhecimento legal, por parte do Estado, que viesse a legitimar e autorizar uma intervenção mais ativa no campo da saúde mental e assistência psiquiátrica.

No campo da assistência, são criadas as duas primeiras colônias de alienados da América Latina também no Rio de Janeiro, denominadas de Colônias de São Bento e de Conde Mesquita, as quais dispunham de tratamento para os doentes mentais do sexo masculino considerados indigentes, posteriormente foram criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio (AMARANTE, 1994). Conforme Amarante (1994, p. 76), “esse conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias<sup>16</sup> na assistência aos doentes mentais”.

No entanto, apesar da principal ideia desse modelo de colônias, implantado de forma complementar aos hospícios urbanos, segundo Amarante (1994), ser a de fazer com que a comunidade e os loucos convivam de forma fraterna, em casa ou no trabalho<sup>17</sup>, as colônias acabam, por outro lado, contribuindo na prática para a manutenção da “mesma função que caracterizava a assistência ao alienado no Brasil desde a sua criação: a de excluir o louco de seu convívio social e de escondê-lo dos olhos da sociedade”<sup>18</sup> (FONTE, 2012, p. 7), além de contribuir para o processo de expansão das estratégias de acumulação capitalista na saúde mental, dada a cultura política brasileira em que as transformações se dão pelo alto (COUTINHO, 2011; COSTA, 2016).

Em 1903 a Assistência Médico Legal aos Alienados fica sob a direção de Juliano Moreira, e não mais de Teixeira Brandão. Juliano permanece nessa direção por 27 anos (quando é destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas, em 1930), e sua gestão é marcada por significativas medidas: além de dá continuidade a ampliação de novos asilos, o mesmo se empenha na reorganização dos já existentes e busca a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional com a promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que propõe reorganizar a assistência aos alienados (AMARANTE, 1994).

Também em 1903, em 12 de outubro, é criado o hospital-colônia de Barbacena em Minas Gerais em uma fazenda chamada “Fazenda da Caveira”, construído nos moldes dos hospícios D. Pedro II no Rio de Janeiro e Juqueri em São Paulo, foi considerado o mais importante do estado e parte de um grupo de sete instituições psiquiátricas firmadas no município, que por este motivo ficou conhecido como “a cidade dos loucos”. Segundo Silva,

---

<sup>16</sup> Este modelo asilar pautado em colônias “inspira-se em experiências europeias que, por sua vez, são baseadas num prática natural de uma pequena aldeia belga, Gael, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a Padroeira dos Insanos” (AMARANTE, 1994, p. 76).

<sup>17</sup> Amarante (1994, p. 76) destaca ainda que o trabalho passa a exercer uma função central na terapêutica asilar, uma vez que o mesmo “é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa”.

[...] mais de 70% dos internados não apresentavam problemas psiquiátricos, sendo levados para lá os excluídos sociais, afastados do convívio social por diferentes razões. Pacientes de toda a parte chegavam e eram abandonados em Barbacena, trazidos por suas famílias ou nos vagões ferroviários, também chamados "trens de doidos" (SILVA, 2008, p. 17).

Com o passar dos anos, tornou-se conhecido pelo tratamento desumano<sup>19</sup>, à base de torturas (cadeiras elétricas, solitárias e camisas de força), que oferecia aos internos, em 1969, por exemplo, o quadro era considerado desolador, uma vez que “a capacidade instalada era de 2.000 leitos, mas existiam mais de 4.000 internados; a cada mês ocorriam de 100 a 200 mortes” (SILVA, 2008, p. 17). Estima-se que “em nome da razão, mais de 60.000 homens, mulheres e crianças foram condenados à morte por serem considerados "diferentes" da maioria da sociedade” (SILVA, 2008, p. 17), diante disso, entre as décadas de 60 e 70 (período do início do Regime Militar no Brasil), a instituição foi taxada como o “Holocausto Brasileiro”, ao ser comparada, pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, a um campo de concentração nazista.

A criação em 1911 da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro com tratamento destinado às mulheres indigentes, além da criação de outras colônias e do Manicômio Judiciário, são exemplos desse processo de ampliação do espaço asilar que pode ser observado ao final da década de 1920, constituindo mais uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria no país (AMARANTE, 1994).

Segundo Costa (2016, p. 79), ao serem inseridos na sociedade brasileira a partir do ideário liberal francês, adequado à racionalidade emergente nessa mesma sociedade, os hospícios confrontam-se, mas, principalmente, aliam-se “às forças produtivas locais, escravocratas, fundadas numa coerção sociocultural e econômica, num misto da dialética da adequação e inadequação, e procura sanear a cidade dos sujeitos indesejados”.

Paralelamente a esse período, numa perspectiva preventista, tem-se o aprofundamento de ações baseadas em princípios eugênicos e de higiene mental. A criação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923 por Gustavo Riedel vai, justamente, cristalizar o movimento da higiene mental, cujas medidas vão ganhar grande visibilidade, dado o avanço da divisão social e técnica do trabalho, com um programa que propõe uma intervenção no espaço social, com fortes características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (AMARANTE, 1994).

A partir disso, a psiquiatria passa a objetivar a recuperação de “raças” e constituição de coletividades sadias, não se limitando apenas ao estabelecimento de modelos ideais de

---

<sup>19</sup> De acordo com Ribas (2019, não paginado), “Os pacientes eram submetidos a situações precárias, como fome e sede. Em alguns casos, chegavam a beber a própria urina. Nos pátios, viviam nus e em meio a ratos e baratas; urinavam e defecavam no chão”.

comportamento individual (AMARANTE, 1994). A eugenia por sua vez é parte de um movimento em que “[...] o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade” (AMARANTE, 1994, p. 78).

Durante a década de 1930 tem início a chamada era dos choques, quando se tem a descoberta do choque insulínico<sup>20</sup>, do choque cardiazólico<sup>21</sup>, da eletroconvulsoterapia<sup>22</sup> e das lobotomias<sup>23</sup> como forma de tratamento, o que provocou grande euforia no âmbito da psiquiatria brasileira, visto que se acreditava que havia sido encontrada a tão esperada cura para os doentes mentais (AMARANTE, 1994). Mas, de acordo com Moura (2017, p. 60-61), essas novas técnicas de tratamento, acabam por reforçar “o caráter desumano dos manicômios e produziram um efeito inverso, pois houve um aumento considerável no número de asilamentos, aumentando a demanda e produzindo novos clientes, principalmente no âmbito da assistência privada”.

As medidas empreendidas na área da psiquiatria que tiveram início na década de 1940 fazem parte de uma conjuntura que abarca ações no âmbito mais geral da saúde, isto é, em um contexto de reformas nas políticas de saúde no Brasil. Em 1941, por exemplo, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM. Neste período houve, portanto, a predominância de hospitais públicos<sup>24</sup>, responsáveis por

---

<sup>20</sup> A **terapia por choque insulínico** descoberto pelo neurologista e neuropsiquiatra polonês Sakel, “consistia em provocar no paciente, por certo período de tempo, uma acentuada hipoglicemia, utilizando-se, para isso, dosagens crescentes de injeções subcutâneas de insulina. Sendo assim, a hipoglicemia deveria ter como manifestação culminante o coma, quando, comumente, ocorriam convulsões, tremores, intensa excitabilidade e até alucinações” (MIRANDA, 2014, p. 207).

<sup>21</sup> “O **choque através do cardiazol** em esquizofrênicos consistiu em provocar crises de convulsão a partir da aplicação dessa droga” (MIRANDA, 2014, p. 209).

<sup>22</sup> A **eletroconvulsoterapia** também tinha como objetivo estimular crises convulsivas, por meio de uma sessão de choques provocada por um aparelho cuja voltagem máxima era de 125v, e se caso o primeiro choque não provocasse a convulsão, dava-se o segundo com uma amperagem ainda mais alta. Era uma técnica bastante utilizada em portadores de esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, epilepsia, neurose e oligofrenia (MIRANDA, 2014).

<sup>23</sup> “Com a ampliação e modernização dos centros cirúrgicos dos hospitais psiquiátricos, a **lobotomia** também passou a ser utilizada. A primeira técnica de psicocirurgia foi idealizada em 1935 pelo neurologista português e professor da Faculdade de Medicina de Lisboa Antônio Caetano de Abreu Freitas Egas Moniz e posteriormente modificada em 1936 pelos americanos Walter Freeman e James Winston Watts da George Washington University. As psicocirurgias eram indicadas para pacientes que apresentassem uma sintomatologia psiquiátrica não influenciada pelas terapias biológicas. Egas Muniz considerava que a vida psíquica normal seria determinada pelo funcionamento em associação dos agrupamentos celulares do cérebro. Sendo assim, a doença mental nada mais era do que uma excitação irregular ocorrida na região dos lobos frontais. Para o neurologista português, a solução para tais estados seria a interrupção das conexões entre as células cerebrais anormalmente fixadas. A técnica de Egas Moniz consistia na retirada de uma fração do lobo frontal por um processo mecânico, através de um instrumento denominado leucótomo” (MIRANDA, 2014, p. 216-217).

<sup>24</sup> A aprovação do Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946 contribuiu de forma significativa para a expansão dos hospitais públicos em vários estados no país, uma vez que o Serviço Nacional de Doenças Mentais

80,7% dos leitos psiquiátricos do país, os quais tinham um papel de orientar a assistência psiquiátrica, materializando “a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 243), ainda que houvesse a presença de hospitais privados e ambulatorios, estes que ainda eram bastante incipientes em comparação aos hospitais públicos (PAULIN, TURATO, 2004; FONTE, 2012).

A partir dos anos 1950, há o fortalecimento da indústria farmacêutica com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, contribuindo para que esse processo de psiquiatrização se firmasse cada vez mais. Mas, por outro lado,

o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos e às suas limitações, quando não como mecanismos de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMARANTE, 1994, p. 79).

Ainda conforme Amarante (1994) é nesse contexto pós Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), que também surgem diversas experiências de reformas psiquiátricas, dentre elas o autor vai destacar como as mais importantes: as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática. Logo, uma das características em comum a essas experiências citadas no Brasil é justamente, a sua marginalidade, visto que

são experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão a margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, se não impossível, resgate. Muito deste insucesso deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho do Estado também no campo da saúde (AMARANTE, 1994, p. 79).

É na década de 60 que se inicia um amplo processo de privatização da psiquiatria brasileira, visto que o serviço público psiquiátrico se divide na assistência financiada pelo Estado e na mantida pela previdência social. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (que unificou os institutos de aposentadorias e pensões), os trabalhadores e seus dependentes<sup>25</sup> passam a ser atendidos em hospitais gerais ou

---

(SNDM), pois autorizava a realização de convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos (PAULIN, TURATO, 2004).

<sup>25</sup> “O hospital psiquiátrico aqui atende à demanda por saúde da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que interessa à industrialização, visto que um trabalhador com problemas psiquiátricos demanda cuidados, num período em que toda a família operária é convocada a ingressar no mercado de trabalho. Aqui já se apreendem as contradições resultantes do modelo de desenvolvimento, visto que o Estado incorpora as demandas da classe trabalhadora, mas, ao atender às necessidades da classe trabalhadora, também se atendem às demandas do capital no processo de acumulação” (COSTA, 2016, p. 79).

psiquiátricos vinculados à rede dos IAPs (MIRANDA-SÁ, 2007; MOURA, 2017). Desse modo, segundo Amarante,

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente, nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para internações em rede hospitalar (AMARANTE, 1994, p. 79-80).

Por outro lado, é válido ressaltar que apesar dessa expansão, o número de hospitais gerais e psiquiátricos vinculados aos IAPs, se comparado à demanda, ainda era bastante reduzido (MOURA, 2012). Logo, de acordo com Fonte (2012, p. 9) a criação de novos hospitais não colaborou ativamente para amenizar “a situação caótica dos hospitais públicos que, na década de 1950, viviam em total abandono e apresentando excesso de pacientes internados, continuando os hospitais psiquiátricos a terem basicamente a função social de exclusão”.

O descrédito que as instituições públicas atingiram junto à população foi, por sua vez, funcional ao período que irá se suceder, uma vez que servirá como evidência incontestável de sua incompetência e de argumento em favor da excelência da livre iniciativa (RESENDE, 2007). E é, pois, no período ditatorial (1964-1974) que as políticas de saúde e de saúde mental vão caminhar em direção a uma onda ainda mais forte de privatizações. A assistência psiquiátrica passa então a fazer parte de uma verdadeira “indústria da loucura”, em que “psiquiatras, psicanalistas e o governo descobriram na figura do portador de transtorno mental um manancial de lucro” (GUIMARÃES, 2011, p. 23), alimentando um sistema de mercadorização da loucura.

No regime militar que se instaura no país a partir do golpe de 64 tem-se um desenvolvimento do sistema capitalista monopolista associado à perda de direitos, onde a participação democrática popular é negada em suas mais diversas expressões. Em um contexto em que o Brasil vive a expansão do “fordismo à brasileira”, através do chamado Milagre Brasileiro, enquanto que no plano internacional desencadeava-se a reação burguesa; e em que as expressões da questão social, intrínsecas ao sistema capitalista, passam a ser enfrentadas pelo Estado por meio da expansão de políticas sociais, conduzidas de “forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos

sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 135).

Com base em um discurso inovador e modernizador de desenvolvimento, com extensos investimentos no setor privado, o regime militar configura-se, portanto, como uma intervenção estatal que articula dois elementos: repressão e assistência. Segundo Moura (2017, p. 64), “[...] a ampliação da assistência se dá por meio de ações burocratizadas, com a finalidade de se aumentar o controle e regulação do Estado sobre a sociedade, bem como pela compra de serviços privados de saúde e de saúde mental”.

No que se refere ao campo da saúde mental, especificamente, esse período propicia a ligação de convênios do Estado com as clínicas psiquiátricas privadas, fazendo com que a rede privada dos hospitais psiquiátricos se amplie cada vez mais ao passar a atender a população trabalhadora e seus dependentes (diferente de como era no período de surgimento dos hospitais psiquiátricos), mediante as reformas da saúde e previdência empreendidas pelo regime, em parceria com o capital internacional (JUVENTINO, 2016; MOURA, 2017).

Acerca disso, a autora Costa assinala que

Os hospitais psiquiátricos tonam-se grandes depósitos de gente e servem em última instância à legitimidade do regime autocrático burguês, dentro de uma proposta de modernização e ordem, tão peculiar ao período. Percebemos que os manicômios além de contribuírem no processo de legitimidade ao sistema, também servem de mecanismo de acumulação do capital (COSTA, 2016, p. 81-82).

Dentre essas pessoas, estão trabalhadores urbanos que uniformizados em seu sofrimento conhecem o hospital como

[...] mais uma forma de controle da autocracia burguesa. Destituídos de seus direitos, os trabalhadores internados nessas instituições se tonam moeda de troca, o Estado, mediante a previdência social, paga aos hospitais por cada usuário internado, o que funciona como grande incentivo para encher os manicômios [...]. Desnuda-se a face perversa e mercantil das políticas sociais do período, como a política de saúde, e a contraditória aliança entre o moderno e o conservador no modelo de desenvolvimento adotado (COSTA, 2016, p. 82).

Ao final dos 1970 esse modelo de desenvolvimento econômico-social adotado pelo regime ditatorial no país começa a dá sinais de esgotamento, dada a conjuntura de crise econômica do capitalismo, gerada pela desestabilização no mercado internacional do petróleo em 1973, que, segundo Dias (2007, p. 44), “colaborou para o fim do período de milagre econômico brasileiro, com o aumento da dívida externa para custear o aumento das importações”. Logo, os anos seguintes serão

[...] marcados pela distensão, pela abertura lenta e gradual do regime, num processo de transição democrática que irá condicionar em muito a adesão brasileira às orientações conservadoras neoliberais, já em curso a nível mundial, implicando o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 137-138).

Em meio a essa conjuntura o complexo assistencial-industrial-tecnocrático-militar passa a ser alvo de intensos questionamentos e passa a sofrer resistências por parte de diversas camadas da sociedade, abrindo espaço para o debate a respeito do rumo das políticas sociais, visto que apesar da ampliação dos acessos públicos e principalmente privados, milhões de pessoas permaneciam fora do mesmo e sofriam os efeitos da superexploração vivida pela classe trabalhadora e do aprofundamento das desigualdades sociais (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Assim, à medida que as críticas ao regime militar cresciam e as mobilizações aumentavam, os níveis de desenvolvimento caíam e o governo autocrático burguês foi perdendo apoio e legitimidade, emergindo “assim condições históricas, políticas e econômicas para o fortalecimento dos movimentos de resistência” (COSTA, 2016, p. 86), que iriam contribuir de forma significativa para o processo de redemocratização do país, a partir da segunda metade dos anos 70.

Dentre os principais movimentos sociais, teremos o de Reforma Sanitária, e o da Reforma Psiquiátrica, que vão questionar o modelo de assistência à saúde (que se deu de forma fragmentada e focalizada), como vimos anteriormente, e à saúde mental (centrado no asilamento em hospícios e manicômios) vigente, discussão que será feita no item seguinte, defendendo não só um novo modelo público, universal, gratuito e de qualidade, mas também um novo modelo de sociedade, apesar do contexto de hegemonia neoliberal em que os processos dessas reformas tem se desenvolvido.

### **3.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira: retomando o debate**

No Brasil a Reforma Psiquiátrica, enquanto um amplo campo heterogêneo composto por diferentes dimensões passa a se constituir a partir das décadas de 1960 e 1970, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, no auge das mobilizações em volta da RSB, momento em que a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico se apresenta ao passo que se dá a irrupção de movimentos sociais em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, além da exposição de denúncias feitas pelos trabalhadores da saúde mental acerca das precárias condições de trabalho, que culminou no episódio que ficou conhecido como a crise da Divisão Nacional de

Saúde Mental – DINSAM, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.

Essa Crise da DINSAM é considerada o estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica, a mesma ocorre quando, em 1978, profissionais de quatro unidades ligadas a DINSAM (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas do Rio de Janeiro) deflagraram uma greve (seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais) a partir de denúncias feitas, a princípio, por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, os quais registraram no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro inúmeras irregularidades presentes na instituição, trazendo à tona a trágica situação a qual a mesma estava submetida. Essa iniciativa acaba por mobilizar profissionais também de outras unidades hospitalares, recebendo o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica - REME e do CEBES, fazendo então surgir, também no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (AMARANTE, 1998).

É importante ressaltar que essas décadas também são marcadas tanto pelo processo de institucionalização da loucura no país, quanto pelo crescimento do setor privado, evidenciando o interesse do capital no setor da saúde, e no da saúde mental (COSTA, 2016); a autora acrescenta ainda, que “enquanto a população brasileira apresenta um aumento de 30%, o quantitativo de hospitais psiquiátricos cresce mais de 150%, durante os anos de 1960” (COSTA, 2016, p. 81).

A manutenção de pessoas tidas como loucas em hospitais psiquiátricos por extensos períodos de tempo contribuía para a expansão dos lucros dos empresários donos dessas instituições, como mencionamos anteriormente, e deste modo não havia um real interesse nem compromisso no cuidado do indivíduo, “no sentido de que este retornasse ao seio familiar e social. Era mais vantajoso e lucrativo mantê-los presos e isolados e trata-los como perigosos para o convívio em sociedade e inúteis, que não se enquadravam no padrão dito normal” (MOURA, 2017, p. 68).

Logo, diante dessa configuração, as críticas ao modelo manicomial consolidado – funcional ao regime autocrático burguês e conseqüentemente à manutenção do sistema – e as lutas das organizações de trabalhadores pelas reformulações das políticas de saúde mental no país começam a se fortalecer, e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental teve grande contribuição nisto (assim como teve no cenário internacional), posteriormente transformado em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma

sociedade sem manicômios” e profundamente influenciado pelas experiências italiana, europeia e americana, o mesmo foi considerado um dos fundamentais sujeitos envolvidos nesse processo, uma vez que foi “[...] o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1998, p. 49).

Dentre os objetivos do MTSM o autor Vasconcelos (2010) destaca a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e não a criação de novos; a regionalização da assistência psiquiátrica, a partir da oferta de novos serviços ambulatoriais em espaços geográficos de referência; o controle das internações e reinternações psiquiátricas no setor privado; a defesa da ampliação dos serviços ambulatoriais em saúde compostos com por equipes multiprofissionais; além do processo de humanização dos hospitais, e de reinserção social nos asilos estatais.

Outra característica do MTSM é a estratégia de ocupação de cargos em órgãos estatais, assim como no movimento de RSB, visto que acreditavam que a ocupação desses cargos significava uma tática de mudança ‘por dentro’. Segundo Amarante (1998), em 1985, muitos integrantes do movimento ocupavam cargos de chefia em programas estaduais e municipais de saúde mental e de direção de importantes unidades hospitalares públicas, sobretudo na região sudeste do país. Deste modo, com praticamente todos os espaços ocupados,

[...] encarregaram-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas idéias, formar novos militantes. Operaram uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social (AMARANTE, 1998, p. 69).

Todavia, a questão da estratégia de ocupação de cargos em órgãos estatais, também pode representar um indicador de cooptação das lideranças e do projeto do MTSM pelo Estado. E a partir do advento da 'co-gestão'<sup>26</sup>, o movimento é dividido em duas facções: uma parcela do MTSM adota uma linha estratégica predominantemente institucional, definindo seu campo de intervenção num aspecto “que vai desde a criação de associações de funcionários, de participação da comunidade na gestão da instituição, até a imagem-objetivo de superar o manicômio pela transformação das práticas assistenciais” (AMARANTE, 1998, p. 67). A outra parcela adota uma linha predominantemente sindical, exercendo um “papel de vigilância da primeira, atuando na organização dos trabalhadores, na luta por melhores condições de

---

<sup>26</sup> “No início dos anos 80, uma nova modalidade de convênio – estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) – demarca uma trajetória específica nas políticas públicas de saúde. Denominado 'co-gestão', o convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Neste espírito, o MPAS deixa de comprar serviços do MS, nos mesmos moldes realizados com as clínicas privadas, e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida” (AMARANTE, 1998, p. 54).

assistência e trabalho” (AMARANTE, 1998, p. 67-68). Apesar de ambas as linhas terem aspectos interessantes, o autor alerta para o fato de que

Por um lado, a linha institucional termina por confundir-se com o próprio Estado, por uma crença excessiva nas boas intenções dos dirigentes superiores ou do próprio Estado em modernizar-se, em qualificar as suas políticas sociais, comprometendo, assim, as suas próprias bandeiras e projetos de origem. Por outro, a sindical também perde os objetivos de uma real transformação da natureza da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 68).

Também é válido ressaltar que diante do contexto de luta pela democratização nacional em que esse processo se dá, no interior dos movimentos sociais de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial havia um claro entendimento de que a mudança da assistência psiquiátrica não seria um objetivo em si, mas estaria pautada também na busca de uma democracia plena e uma organização mais justa de sociedade, assim como ocorreu no campo da saúde geral, tendo em vista que o regime autocrático burguês já havia sinalizado a sua aliança com o manicômio em prol da manutenção do sistema (AMARANTE, 1998; COSTA, 2016).

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).

Em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM<sup>27</sup>, afirmando a implementação da Reforma Sanitária Brasileira. O MSTM também teve uma importante participação nesta conferência, visto que, a fim de promover um cunho mais democrático para esta, o mesmo, em luta com a Divisão Nacional de Saúde Mental, obteve como conquista

[...] participações importantes de usuários e familiares, assim caracterizando-se como um movimento múltiplo e plural, pois além desta configuração de vários atores de diferentes inserções atuou em diversas instituições, entidades ou movimentos. Tratou como eixo principal de discussão a necessidade de reestruturação do modelo assistencial, buscando a desinstitucionalização (SANDINI, 2002, p. 67-68).

---

<sup>27</sup> “Construída pelo Ministério [...] a I Conferência é “tomada de assalto” pelos trabalhadores, visto que lideranças do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental rebelam-se contra o programa proposto para a Conferência, que nada continha dos acordos da 8ª Conferência. Esse acontecimento, marca a luta pela reforma psiquiátrica. Percebia-se, naquele instante, que o marco legal era necessário, mas não suficiente, e que a luta pela democracia seria diária, enfrentando mecanismos, meios e modos que constroem ou limitam a participação política [...]” (COSTA, 2016, p. 98).

Yasui (2006, p. 32) diz que muitos outros congressos, eventos, encontros foram também espaços para protestos, denúncias, menções de apoio, todavia, “a negação do papel de carcereiros da loucura, de guardiões da Razão e da Moral, implicava não apenas em sua explicitação pública, mas na denúncia das condições sociais, políticas, econômicas que determinavam e sustentavam aquele lugar”.

Logo, o Relatório Final da I CNSM, ao comportar princípios considerados progressistas, tanto no que se refere à saúde e à saúde mental, quanto no que diz respeito aos problemas políticos, econômicos e sociais (AMARANTE, 1998), traz uma significativa contribuição e serve de base para construção do Projeto de Lei nº 3.657 em 1989, sob o impacto da intervenção do Hospital Anchieta em Santos e um ano após a promulgação da Constituição de 1988, que posteriormente será sancionado com a Lei nº 10.2016, marcando o início das primeiras expressões de avanços no âmbito legislativo e normativo para a regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil (como veremos a seguir), advindos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, com o intuito real de mudar o modelo de atenção psiquiátrica considerado arcaico, desumano e ineficaz, apesar do contexto de contrarreforma neoliberal “permeada por projetos societários que inviabilizam os avanços democráticos na saúde e na saúde mental” (MOURA, 2017, p. 71).

### **3.3.1 A regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**

A partir das discussões gestadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, dá entrada no Congresso Nacional em 12 de Setembro de 1989 o Projeto de Lei (PL) nº 3.657. Construído pelo Movimento de Luta Antimanicomial junto com o Deputado Paulo Delgado (PT-MG), o mesmo propunha a regulamentação dos direitos do indivíduo com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios no país, visando substituí-los por uma rede de atenção integrada à saúde mental (DELGADO et al., 2007). Contudo, o mesmo passou doze anos tramitando<sup>28</sup> no Congresso Nacional, onde fez parte de um jogo de interesses e negociações que visavam pôr em primeiro lugar a manutenção do modelo hospitalocêntrico

---

<sup>28</sup> É válido ressaltar que enquanto o Projeto de Lei nº 3.647/89 tramitava, foram aprovadas muitas normatizações de Reforma Psiquiátrica em nível local (nos estados e municípios) por todo o país e outras inovações foram introduzidas.

psiquiátrico, próprio da onda conservadora com verniz neoliberal que se propagava no Brasil durante os anos de 1990 e com ela, a reestruturação produtiva e a crise do marxismo, como mencionamos anteriormente (COSTA, 2016).

A autora Costa (2016) chama atenção para a necessidade de se refletir acerca desse período de tramitação do PL no Senado, não só pelo fato do mesmo ter passado mais de 10 anos para alcançar a aprovação, mas principalmente para entendermos a historicidade que abrange esse processo. Segundo ela, enquanto o PL esteve na Câmara dos Deputados, alguns acontecimentos ganham evidência, a exemplo da Conferência de Caracas, preparada pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e a Organização Mundial de Saúde - OMS em novembro de 1990, na Venezuela. Como fruto dessa Conferência tem-se o documento “Declaração de Caracas” que propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina a partir de uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços (OPAS, 1990).

Apesar da importância dessa Conferência para aprovação do PL na câmara e sua contribuição para a orientação de reformulação das políticas de saúde mental na América Latina, a mesma na verdade ao mesmo tempo em “que acolhe as demandas, e parte da bandeira da luta antimanicomial, a transforma numa discussão institucional e reconduz o debate nos termos da assistência psiquiátrica” (COSTA, 2016, p. 102), transformando toda a discussão acerca da desinstitucionalização em reorganização da assistência psiquiátrica. Deste modo, Costa (2016, p. 103) entende que “a Declaração de Caracas é uma expressão da miséria da razão no campo da saúde mental, em que se percebe que as demandas e discussões pautadas numa razão emancipatória passa a ser ressignificadas a partir de uma razão instrumental”.

Após uma série de negociações e revisão de seu texto, o PL foi sancionado em 06 de Abril de 2001, com a Lei de nº 10.216 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado), sendo considerada enquanto um dos principais avanços na área de saúde mental, visto que a mesma foi a “primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano” (PEREIRA et al., 2006, p. 03), e que acarretou uma redução significativa em hospitais psiquiátricos, em sua maior parte privados.

No entanto, diante da conjuntura neoliberal em que se deu essa política, uma nova direção lhe foi dada, ao passo que, em prol de avanços reais, o movimento acaba por abrir mão de sua proposta inicial de Reforma Psiquiátrica que falava da extinção dos hospitais psiquiátricos e a que foi aprovada versa acerca da redução, objetivando a requalificação dos

hospitais psiquiátricos, enquanto eles existam, não se contrapondo politicamente a estes (COSTA, 2016). Sobre isto, o autor Yasui acrescenta ainda que

Seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. [...] Como revelador disso, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente a regulamentação da internação psiquiátrica e dois (1º e 2º) referirem-se aos “direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental” (YASUI, 2006, p. 56).

Com a promulgação dessa Lei, cuja organização é pensada a partir dos princípios do SUS: “universalidade, acessibilidade, controle social, participação social, integralidade, entre outros, seguindo as diretrizes da descentralização político-administrativa” (COSTA, 2016, p. 109) e a realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental, estas enquanto dispositivos essenciais de participação e de controle social, a exemplo também da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, “a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (PEREIRA et al., 2006, p. 03).

Nessa III Conferência Nacional de Saúde Mental, a partir do eixo temático “Reorientação do modelo assistencial”, foram debatidos temas como recursos humanos (discutindo, por exemplo, a situação atual dos funcionários do setor público), financiamento (propondo clareza do fato em que o investimento precisar partir das três esferas do governo), controle social (o qual deve ser estimulado, promovendo a participação dos usuários, familiares, gestores e representantes da sociedade civil), direitos, acessibilidade e cidadania (SANDINI, 2002).

Foi então, a partir desse processo que

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005, p. 9).

Dentre esses dispositivos substitutivos estão, por exemplo, as residências terapêuticas, instituída pela Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Este e os demais serviços

visam um tratamento para pessoas com transtornos mentais preferencialmente em equipamentos comunitários, objetivando a ressocialização do indivíduo a partir de seu meio e limitando a internação em serviços asilares (TRAPÉ, 2010), entre outros objetivos que constituem componentes decisivos da política de saúde mental.

Durante a realização desta III CNSM e no conteúdo de suas deliberações, condensadas em seu Relatório Final, são incorporadas de forma clara as propostas da Reforma Psiquiátrica pactuando os princípios, as diretrizes e as estratégias da atenção em saúde mental no país de forma democrática.

Também em 2011 ocorre, em Miguel Pereira-RJ, o V Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, momento em que torna-se clara a crise do MNLA, advinda do crescimento numérico dos participantes sem uma preparação política necessária, “gerando uma impressão de paralisia, em especial, dada a descontinuidade do trabalho de discussão política e consequente falta de análise de conjuntura” (COSTA, 2016, p. 138). Em meio a esse processo o MNLA se divide e, em 2003, surge a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA, cuja diferença se expressava na dinâmica de sua organização. Mas, ainda segundo a autora, ambos têm pautado suas reivindicações na luta a favor da cidadania dos usuários, e à medida que decidiram eleger a conquista dos direitos civis, também elegeram, como “inimigo comum”, o hospital psiquiátrico.

Também como parte desse redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, o Ministério de Saúde, principalmente a partir dos Governos Lula, cria um arcabouço normativo para dá respaldo a ampliação da rede comunitária e ao controle dos hospitais psiquiátricos, nesse conjunto destaca-se a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, as quais redefiniram os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em relação à sua organização, ao porte e à especificidade da clientela atendida. É válido ressaltar, que anteriormente, mais precisamente no ano 1987 em São Paulo, foi implementado a primeira experiência de CAPS, antes de qualquer legislação oficial que pudesse regulamentar seu funcionamento, o chamado Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Logo, o surgimento do mesmo, segundo Amarante (1998, p. 82) “[...] passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país”. Outro fato que precisa ser lembrado é o início de um processo de intervenção, em 1989, da

Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital

psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005, p. 07).

A partir da redefinição proposta por tais portarias, passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas), importante dispositivo na organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, ao prestar atendimento clínico diário nos municípios.

A Portaria nº 336/02, no que diz respeito à abrangência territorial desses serviços, define:

4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes [...].  
 4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes [...].  
 4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes [...].  
 4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes [...].  
 4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 [...] (BRASIL, PORTARIA Nº 336, 2002).

A Portaria nº 130/12, por sua vez, é responsável por referenciar os CAPS AD III, a respeito dele a portaria redefine o seguinte:

Art. 2º O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Art. 3º O CAPS AD III poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. [...] § 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes (BRASIL, PORTARIA nº 130, 2012).

De acordo com estudos e dados, o número de CAPS cresceu e tem crescido de forma significativa no Brasil, desde a aprovação da Lei nº 10.216/01, nesse mesmo ano, por exemplo, havia um quantitativo de 295 CAPS no país, já em 2015, esse número chegou a 2.328 em suas várias modalidades, sendo 1.135 CAPS I, 488 de CAPS II, 92 CAPS III, 210 CAPS i, 315 CAPS Ad e 88 CAPS AD III (MACEDO et al., 2017).

No entanto, apesar dos avanços que esses “números” podem representar e representam de fato, refletem também questionamentos e contradições, dentre eles o fato do número de CAPS III, por exemplo, estar em uma quantidade consideravelmente inferior, por ser considerado um dos mais importantes dispositivos para abertura efetiva de serviços

substitutivos ao modelo manicomial, por prevê uma tecnologia de cuidado contínuo 24 horas com casos de maior complexidade e de atenção à crise no território (MACEDO et al., 2017).

A autora Costa (2016, p.152) aponta que essa questão “nos coloca frente a uma discussão que vai além de saber que existem vários tipos de CAPS, nos deparamos com o debate sobre a abrangência e significado da política de saúde mental”, visto que ao se concentrar investimentos em CAPS tipo I e tipo II, sem desconsiderar, claro, a importância dos mesmos, serviços de baixo custo e que possuem um menor potencial para substituir o hospital psiquiátrico, pode-se tender a um processo de desassistência do usuário (há uma negação de direito) em crise numa base comunitária, que requer um grau de complexidade de cuidado que esses serviços não comportam, o que indiretamente ou diretamente, acaba por permitir a preservação de alguns hospitais para atendimento dessa demanda, evidenciando o traço conservador que ainda paira sobre a Reforma Psiquiátrica em processo sob a ordem da ofensiva neoliberal (COSTA, 2016).

Outro dado ainda mais preocupante, que os autores Macedo et al. (2017) trazem, agora no que se refere ao CAPS III distribuído por localização, é o fato de que ainda existem pelo menos sete estados da Federação que não contam com esse tipo de modalidade, “são eles: Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins, o que certamente fragiliza a atenção psicossocial em situações que requerem intervenções mais complexas no território” (MACEDO et al., 2017, p.162).

Em meio a esse panorama, uma série de outras portarias e leis foram sendo criadas, contribuindo para a consolidação do processo de regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, dentre elas podemos destacar: a Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002<sup>29</sup>; a Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003<sup>30</sup>; a Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004<sup>31</sup>; e a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências (BRASIL, 2002). Além de estabelecer que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH (MOURA, 2011), que “é essencialmente um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, descredenciando os hospitais considerados de baixa qualidade. De fato trata-se da instauração do primeiro processo avaliativo sistemático dos hospitais psiquiátricos” (FONTE, 2012, p. 13).

<sup>30</sup> Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (BRASIL, 2003). Auxílio que é parte integrante do programa "De Volta Para Casa", que propunha a ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas (MOURA, 2011).

<sup>31</sup> Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 (BRASIL, 2004).

Conforme Costa (2016) as portarias parecem exprimir o que a Lei não conseguiu realizar, a extinção do manicômio, mas de forma ainda muito tímida, é no arcabouço legal das mesmas que se assenta a mudança da política, por meio de uma série de normas que, ao mesmo tempo em que apregoam avanços, também dão o traço instrumental da política. Deste modo, a mistura comumente feita entre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental tem se constituído como um dos desafios na atual composição das pautas dos movimentos, visto que essa mistura

[...] expressa a miserável racionalidade burguesa na contemporaneidade, em que vidas, movimentos, formas, sujeitos, direitos, subjetividades, entre outros, passam a se orientar por uma razão burocrática em que os meios se fazem fins e em que os fins se esmaecem frente à miséria da razão (COSTA, 2016, p. 117).

Outro marco importante nesse processo ocorre em 2011, só após dez anos da aprovação da Lei nº 10.216/01, em que, por meio da Portaria nº 3088/11<sup>33</sup>, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, no âmbito do SUS, prevê a ampliação e articulação de serviços constituídos até então, e ações de atenção psicossocial no país para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, inclusive aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas, ou seja, como bem nos alerta a autora Costa (2016, p. 119), os dispositivos já existiam, o que a portaria vem a propor é a articulação das ações dos mesmos, articulação esta que é parte de “um processo vivo e muito mais complexo”.

Segundo a referida portaria, a RAPS tem como objetivos gerais:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - 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 (BRASIL, PORTARIA Nº 3088/2011).

No que diz respeito às diretrizes que conduzem o funcionamento da RAPS, temos:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em

<sup>32</sup> Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006).

<sup>33</sup> “[...] é importante registrar que a Portaria foi publicada inicialmente em 23 de dezembro de 2011 e, dois anos depois, é republicada em 21 de maio de 2013, através do Diário Oficial da União, que procura dar algumas respostas aos questionamentos levantados” (COSTA, 2016, p. 120).

rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, PORTARIA Nº 3088, 2011).

Para organização dessa rede é fundamental que se tenha uma clara concepção sobre o que é território, este que por sua vez é “a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (GARCIA et al., 2013, p. 245). Deste modo, trabalhar no território significa, segundo os referidos autores, resgatar os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, possibilitando a construção coletiva de soluções, a pluralidade de trocas entre os indivíduos e cuidados em saúde mental.

Dentre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial no território estão: a Atenção Básica em Saúde, a qual faz parte a **Estratégia Saúde da Família - ESF** que contribui para a ampliação e consolidação da Atenção Básica, que se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção, proteção e manutenção da saúde e também atua na perspectiva da prevenção; o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF** composto por equipes profissionais de diferentes especialidades que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, promovendo um atendimento compartilhado para uma intervenção multidisciplinar nas práticas de saúde e saúde mental, **a Equipe de Consultório de Rua e a Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter transitório**, e o **Centro de Convivência e Cultura** (GARCIA et al., 2013; BRASIL, PORTARIA Nº 3088/, 2011).

Temos ainda, a Atenção Psicossocial Estratégica, através dos **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, em suas diferentes modalidades; **Atenção de urgência e emergência**; **Atenção Residencial de Caráter Transitório** que engloba unidade de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial; **Atenção Hospitalar**; a estratégia de **desinstitucionalização**, com serviços residenciais terapêuticos; e, por fim, a estratégia de **Reabilitação Psicossocial** (GARCIA et al., 2013; BRASIL, PORTARIA Nº 3088/, 2011).

Vale chamar atenção para a reconfiguração dada a atenção à prevenção e ao tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, visto que até então a questão das drogas era deixada apenas “para instituições de justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas” (DELGADO et al., 2007, p. 71).

No entanto, a autora Costa (2016, p. 116) frisa, que não é só normatizando ações (tendo em vista as demais leis específicas da área), nem estabelecendo que determinados

serviços têm que receber a demanda de álcool e drogas, que “se tem os direitos dos usuários garantidos, mas sobretudo, entendendo os determinantes e condicionantes da problemática em questão”, para que se caminhe em prol de alcançar a superação de propostas culpabilizantes e proibicionistas que continuam sendo hegemônicas na área.

É, pois, inegável que a RAPS, enquanto instrumento essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, tem se constituído em seu processo de concretização em meio a uma série de avanços significativo, mas, por outro lado, é perpassada por muitas limitações e contradições ao propor, por exemplo, a coexistência do hospital e a participação do setor privado e filantrópico por meio das Comunidades Terapêuticas como integrante de uma Rede que tem como diretriz a Reforma Psiquiátrica.

Além dessas, muitas outras contradições são encontradas na operacionalização dos serviços que a compõe, visto que essa política tem funcionado de forma cada vez mais instrumental e burocrática, ampliando direitos ao mesmo tempo que, contraditoriamente, os nega. Conforme a autora Costa (2016) é muito importante que compreendamos que

[...] a demanda de ampliação da rede de saúde mental existia e ainda existe, mas a escolha por uma direção padronizada, instrumental e conciliadora com o paradigma manicomial é institucionalizada na RAPS. É importante destacar que os movimentos não têm uma perspectiva única sobre os avanços trazidos pela política. Do lado do RENILA (Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial) é um avanço, que precisa ser preservado (2014), em especial diante do atual contexto. O RENILA faz críticas a alguns pontos da RAPS, mas entende que a Lei trouxe avanços. Do lado do MNLA (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial) existe um debate mais crítico, parcela significativa do movimento entende que é necessária uma rede de saúde mental, mas discordam da forma como a RAPS foi estruturada [...] (COSTA, 2016, p. 128).

O baixo investimento nos serviços públicos de saúde e de saúde mental tem também configurado um grande desafio para a consolidação dessas políticas no Brasil, umas vez as mesmas tem sido apreendidas, de forma cada vez mais ampla, pela iniciativa privada, visto que, “desde sua criação, o SUS tem abrigado também, contraditoriamente, uma lógica mercadológica que inviabiliza seu caráter público e universal” (MOURA, 2017, p. 74-75).

Portanto, apesar dos visíveis avanços históricos alcançados com a Reforma Sanitária, o SUS e a Reforma Psiquiátrica, que possibilitaram significativos redirecionamentos no modelo de atenção à saúde e à saúde mental no Brasil, ainda há uma enorme distância do que ambos se propõem e o que de fato se efetivou, dado o contexto de contrarreforma do Estado que se iniciou na década de 1990 e se estende até os dias atuais e a influência das orientações neoliberais nas políticas sociais, e o caráter de inovação e conservadorismo que estas possuem sob a ordem do capital. Desse modo, a política de saúde mental têm sido submetida a um cruel processo de sucateamento e precarização, sobretudo nos últimos anos, apontando para

sérios riscos de retrocessos advindos da captação de fatias cada vez maiores do fundo público por parte do setor privado, como veremos no próximo item.

### **3.4 Tendências atuais da Política de Saúde Mental: um recorte dos frequentes riscos de retrocesso empreendidos pelos governos Temer e Bolsonaro**

Ao mesclar avanço e conservadorismo que a política de saúde mental (e também a de saúde) tem se desenvolvido no Brasil, visto que o traço conservador próprio de nossa história mostra o empenho das classes dominantes em impedir o processo de democratização da sociedade. Desse modo, diante do contexto de crise em que se movem as relações capitalistas, um conjunto de mudanças tem sido proposto à área de saúde mental, numa tentativa de conciliação em que predomina o modelo de reforma e humanização e não ruptura com o modelo manicomial. Ou seja, o momento traz de volta a organização das forças restauradoras da saúde mental contra a Reforma Psiquiátrica, parte do processo de contrarreforma imposto às políticas sociais (COSTA, 2016; MOURA, 2017).

Para a autora Costa (2016) o pensamento conservador, travestido de novo, não trata-se de uma novidade. Segundo Netto, é no período de configuração da sociedade burguesa que se presencia o surgimento do pensamento conservador, que tem em Edmund Burke o seu fundador, que frente ao impacto da Revolução Burguesa, deseja um capitalismo sem a modernidade, isto é, a autora fala que Burke se coloca contra a revolução, ao passo que defendia “a continuidade do desenvolvimento econômico capitalista sem a ruptura com as instituições pré-capitalistas” (NETTO, 2011c, p. 45), ideia que mais tarde levou a origem do chamado anticapitalismo romântico, o qual tornou-se um componente significativo da cultura contrarrevolucionária, fortemente propagada nos dias de hoje.

Nos últimos anos, com destaque para o governo do ex-presidente Michel Temer e do governo atual do presidente Jair Messias Bolsonaro sob a ordem de um neoliberalismo ortodoxo, tem se observado uma significativa expansão dos riscos de retrocessos no que tange as conquistas sociais do conjunto da classe trabalhadora e da sociedade civil, dentre elas aquelas empreendidas a partir da Reforma Psiquiátrica. Tais retrocessos têm feito parte de um contexto em que o sistema capitalista se utiliza de um modelo privatizante da saúde mental como uma forma de acumulação, mais uma vez (ALVES, VELASQUE, 2013), ou seja,

deixando evidente que o lucro da classe dominante sempre predomina sob qualquer política pública humana de qualidade.

Dentre os ataques reais a ela direcionado no governo Temer, podemos destacar a proposta de “revisão”, leia-se desconfiguração, da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM por meio da Resolução nº 32, lançada em 14 de dezembro de 2017 (e publicada no diário oficial da união em 22 de dezembro do mesmo ano), pelo gestor público federal responsável pela área, Dr. Quirino Cordeiro Junior, em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT em Brasília; e para oficializar as medidas de desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS tem-se a publicação da Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, ambas aprovadas sem nenhum tipo de debate público ampliado, ferindo a legislação vigente, inclusive a Constituição Federal - 88, que garante o controle social.

Em suma, o texto da Resolução nº 32/2017 apresentado garante: a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao passo que veta fechamentos e expande valores pagos para a internação nessas instituições de R\$ 49 para R\$ 80, estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado, de caráter religioso, para atender dependentes químicos por meio de um investimento bastante significativo, no valor que poderia chegar a 240 milhões por ano, contra quase 32 milhões destinados por ano aos demais dispositivos que compõe a rede de atenção (BATALHA, DOMINGUEZ, 2018).

No que se refere à Portaria nº 3.588/2017, a mesma propõe um aumento do valor da diária de internação para aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas instituições; a medida também determina uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que os mesmos recebam a verba de custeio do serviço, dentre outras medidas que juntas representam, segundo o representante do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira, um sério retrocesso, ao passo que incentiva a cultura da hospitalização que possui uma clara lógica de segregação (SAMPAIO, 2018).

Apesar do apoio, por exemplo, da Associação Brasileira de Psiquiatria, diversos especialistas e entidades ligadas à saúde coletiva acreditam que as mudanças pretendidas à PNSM violam princípios da Reforma Psiquiátrica. Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco

[...] o que está principalmente em questão é o retorno da ênfase dada a 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, manicomializadoras (BATALHA, DOMINGUEZ, 2018, p. 24).

Dentre os principais pontos desse reordenamento na política de saúde mental, que impactarão de forma significativa na lógica da PNSM, a Assessoria de Comunicação do Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Norte - CRESS/RN (2017) elenca: a criação da rede de ambulatório de saúde mental, chamado de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental - AMent previsto tanto na Resolução nº 32/2017 quanto na Portaria nº 3.588/2017, que seria um serviço intermediário entre CAPS e atenção básica. Ainda segundo a Assessoria de Comunicação do CRESS/RN (2017, não paginado), a criação desse serviço pode representar a quebra da “lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental”, visto que a atenção básica já ficou (ou pelo menos deveria estar, já que esta também foi fortemente atingida<sup>34</sup>) encarregada pelo atendimento às pessoas com transtorno psiquiátricos leves e os CAPS encarregados pelo atendimento dos mais graves. Essa medida, demonstra, portanto, a finalidade do governo em trazer de volta um modelo assistencial que segregou e desassistiu usuários (as).

A Assessoria de Comunicação do CRESS/RN (2017) e muitos outros especialistas contrários às medidas impostas destacam que a alteração da lógica de financiamento da PNSM acaba por estimular a ampliação dos hospitais psiquiátricos (que deveriam ser requisitados não como artifício de tratamento de rotina, mas como última necessidade, vale salientar), apesar desta abranger a criação de vagas em hospitais gerais que é uma demanda legítima do Movimento da Luta Antimanicomial (mas que tem agora sua forma de financiamento alterada de mensal para verba por internação registrada), o que de fato aparenta é que há uma tendência em transferir a responsabilidade de execução aos setores do grande Capital “por meio da construção de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas” (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CRESS/RN, 2017, não paginado).

Ainda nessa linha de discussão acerca do modelo hospitalocêntrico, além da “nova PNSM” incluir, através da Resolução nº 32/2017, o Hospital Psiquiátrico Especializado como dispositivo/componente da RAPS, o que também se pretende é que os recursos de leitos psiquiátricos que vierem a ser desocupados não serão mais destinados para os serviços substitutivos, pois tais leitos não serão mais fechados (como previa a Lei nº 10.216 de 2001) e

---

<sup>34</sup> A recente reconfiguração da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) foi provada em agosto de 2017, e “transforma atenção básica em atenção mínima ao reduzir saúde da família e criar cesta limitada de serviços” (BATALHA, LAVOR, 2017, p. 11), ao modificar a organização e o financiamento da atenção básica e o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, dentre outras mudanças. A dita “porta de entrada” do SUS, com as mudanças pretendidas tem sua efetividade ameaçada, visto que se esta for de qualidade “é considerada um vetor importante para a promoção da Saúde e do desenvolvimento” (BATALHA, LAVOR, 2017, p. 13).

sim ocupados por um outro possível paciente, tais recursos, imprescindíveis para expansão e manutenção desses serviços, ficarão, portanto, congelados.

Desse modo, tal medida, mais uma vez, vai de encontro ao que determina a legislação anteriormente vigente, em que aponta que se deve dá prioridade a expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial que ainda encontra-se em processo de consolidação, para que seja possível dar seguimento ao movimento de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CRESS/RN, 2017). Ou seja, além de dar apoio a hospitais psiquiátricos, a proposta traz consigo a possibilidade de desfinanciamento de outros serviços, tendo como consequência o sucateamento da rede comunitária de saúde mental, já precarizada.

O debate reside também sob outro ponto dessas mudanças, que é a inclusão das comunidades terapêuticas (regulamentada pelo governo Dilma em 2015) no rol de componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme previsto na Resolução nº 32/2017 em seu artigo 11<sup>o</sup><sup>35</sup>, ou seja, instituições que, em geral são mantidas por grupos privados e entidades filantrópicas, atualmente já recebem recursos do Ministério da Justiça como apoio à acolhida de usuários de álcool e outras drogas, agora passarão a ser financiadas pelo Ministério da Saúde e oficialmente reconhecidas como equipamentos de saúde. Como mencionamos anteriormente, a previsão é que R\$ 240 milhões por ano sejam encaminhados para as comunidades terapêuticas, enquanto R\$ 32 milhões serão destinados para os demais serviços.

O que para muitos especialistas representa, assim como a maioria das proposições presente nessa “revisão” da política de saúde mental, um movimento de desqualificação total da RAPS. Visto que se terá um robusto investimento na manutenção de instituições “baseadas no modelo asilar, que atuam a partir do isolamento de usuários (as) de álcool e drogas e da abstinência forçada” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SANTA CATARINA - CRP/SC, 2017, não paginado). Um serviço, que desde a sua criação por volta dos anos de 1960, possui uma precária fiscalização, tornando-se uma “versão moderna dos manicômios” e que nos dias atuais, de acordo com conselhos e demais entidades competentes, continuam sendo alvo de denúncias de maus tratos; só em 2017, de acordo com Leo Pinto, diretor da Associação Brasileira de Saúde Mental - Abrasme, a Ouvidoria Nacional registrou um aumento de 49% dessas denúncias, além de “imposições religiosas e trabalho forçado disfarçado de laboraterapia nesses espaços” (BATALLA, DOMINGUEZ, 2018, p. 24).

---

<sup>35</sup>Artigo, que por sua vez, visa “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas”.

De acordo com a autora Silva (2019), a total desconfiguração da lógica da Reforma Psiquiátrica se apresenta ainda mais evidente com a edição da Portaria nº 2.434 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 intervalos 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 (SILVA, 2019, p. 88).

Assim como ocorreu com a reformulação da PNSM, sob a ausência de debate com a sociedade, outro ataque se configurou no dia 09 de março de 2018, quando foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, vinculado ao Ministério da Justiça, a Resolução nº 01/2018 que, embora não tenha força de Lei, traz mudanças práticas na Política Nacional sobre Drogas - PNAD, principalmente no que se refere à atuação das comunidades terapêuticas, e endurece as diretrizes acerca do uso de entorpecentes no Brasil.

O texto foi apresentado no final de 2017 pelo Ministro do Desenvolvimento Social, o médico Osmar Terra, que por sua vez defende que “a lei em vigor tem se revelado fraca no sentido de conter a epidemia do uso de drogas, mesmo que proibindo-as” (RODRIGUES, 2018, não paginado), aqui o ministro deixa claro que o objetivo é fortalecer a chamada “guerra às drogas”, que por sua vez já é considerada, internacionalmente, como sendo ineficaz no que tange a diminuição do poder do tráfico e do consumo de drogas (PITTA, KIMATI, PINHO, 2018).

Neste sentido, Terra vai dizer ainda que

Milhares de pessoas em todo o país são capacitadas a cuidar de dependentes químicos por um manual que proíbe falar em abstinência, mas a redução de danos, sozinha, tem um resultado píffio, não só para a vida do dependente químico, como para a de toda a sua família (RODRIGUES, 2018, não paginado).

Na fala do ministro podemos observar uma séria contradição, no sentido de que, em nenhum momento as políticas de saúde mental, álcool e drogas preveem a proibição de se falar/trabalhar com a abstinência, visto que estratégias de Redução de Danos - RD são medidas de prevenção e que não são opostas a ideia de abstinência como resultado ideal, mas que aceita alternativas que amenizem os danos para aquelas que permanecem fazendo o uso de drogas sejam elas ilícitas ou lícitas. Ainda sobre RD, cuja recomendação da mesma está presente em diversas resoluções da área, frutos de Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde mental, a autora Acselrad (2005) aponta que

Ao contrário do discurso moral e legal que identifica qualquer tipo de uso ao uso dependente e afirma ser o usuário um ‘doente’, a implementação da proposta de redução de danos, aqui entendida de forma plena, esclarece os diferentes tipos de relação com a droga e as diferentes possibilidades de ação educativa: os usos – não

dependentes – implicam riscos, sem dúvida, e colocam a urgência de atenção, de acompanhamento pedagógico, em oposição à medicalização e/ou ao controle policial do problema de forma indiscriminada. Quando há uso dependente, os educadores atuam ajudando na formulação da demanda por tratamento, participam do encaminhamento junto com unidades especializadas, levando em conta as particularidades daquela demanda, mantendo um acompanhamento pedagógico integrado ao tratamento, com relações de confiança, abandonando a pedagogia do terror, que gera e aprofunda situações de discriminação (ACSELRAD, 2005, p. 188).

Certamente, o que pode ser reflexo dessa “ineficiência” defendida pelo ministro, é justamente o fato, como diz a autora Costa (2016), da discussão sobre drogas ainda está atravessada pelo conservadorismo e por respostas de cunho moral. A autora alerta ainda que se faz extremamente necessário que se avance na discussão, que se tenha um aprofundamento teórico, visando compreender melhor o real significado das drogas na vida humana, sobretudo, a partir de sua relação dialética com a sociedade burguesa no cenário contemporâneo.

Ao se desconsiderar o que a apregoa a Reforma Psiquiátrica e negar o recurso à Redução de Danos como base para o tratamento integral em favor da abstinência como forma de assegurar a visão punitiva e segregadora que se tem sob a questão das drogas no país, o “cidadão em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas passa a ser visto como objeto a ser extirpado da sociedade, perdendo seu status de sujeito de direito, ocultando-se toda a violência e negligência infringida pelo Estado” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2018, não paginado).

Outro ponto polêmico da resolução é o que reitera, mais uma vez, o papel das Comunidades Terapêuticas - CTs, ao prevê que a União deve promover de forma contínua o fomento a esta, articulada com o que também prevê a “nova” PNSM, que, como mencionamos anteriormente, na verdade, visa atender os interesses privados em detrimento de políticas de caráter público.

Isto é, além desse redirecionamento da política ferir fortemente os princípios da Reforma Psiquiátrica que prevê a substituição do modelo asilar, de internação e exclusão social e criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, o mesmo visa atender interesses puramente mercadológicos da “indústria da loucura”, quando resolve favorecer ainda mais a iniciativa privada, transformando a saúde mental em um negócio.

Logo, o processo de privatização se espalha por todos os setores estatais, e como parte desse processo encontram-se tais alterações, que para Ana Sandra Fernandes Nóbrega (vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia - CFP e presidente da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde - CNS), embora se tenha tido o fechamento de

mais de 60 mil leitos no Brasil por meio da Reforma Psiquiátrica, não se teve uma abertura efetiva de um campo substitutivo com outras possibilidades de cuidado, dado a insuficiência de recursos e investimentos que poderiam ampliar os serviços de atenção psicossocial, é nesse momento que a rede privada se apropria da ausência do Estado, assim, donos de hospitais privados, por exemplo, desejam o retorno “do parque manicomial” custeado pelo SUS. Ou seja, o que se pretende, segundo Amarante, é uma enorme rede de hospitais conveniados pagos pelo SUS, com o mínimo possível de regulação (EVANGELISTA, 2017).

O desmonte imposto à política de saúde mental continua sob a atual gestão do projeto político ultraconservador do presidente Jair Bolsonaro pelo governo federal que mesmo com pouco mais de seis meses em curso já tomou medidas que assustadoramente apontam para o aceleramento do processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente) (advindos, sobretudo da Emenda Constitucional nº 95/2016), com impactos imediatos para as políticas públicas de saúde mental que vêm “andando em marcha ré ou ainda na contramão dos princípios que há 18 anos orientaram a Lei nº 10.2016 que instituiu a Reforma Psiquiátrica” (PERES, 2019, p. 23).

Uma das primeiras medidas do governo de ataque à área de saúde mental e as demandas da luta antimanicomial é a divulgação em fevereiro de uma Nota Técnica nº 11/2019<sup>36</sup> que visa dá esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. De acordo com o autor Delgado,

[...] além da crítica genérica sobre a ‘ideologia’ presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica ‘anti-ideologia’ do governo Bolsonaro), substituída por uma visão ‘científica’, alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019, p. 3).

Outro ponto que merece destaque é a criação de uma nova modalidade de CAPS AD, o do tipo IV, já previsto na Portaria nº 3.588/17 do governo Temer mencionada anteriormente, que propõe que os mesmos funcionem 24hrs, sob a justificativa de uma suposta ampliação do atendimento, mas que na verdade, na prática acaba por facilitar a internação compulsória de quem seja tido como usuário,

[...] abrindo precedentes para todo tipo de violação dos direitos – tanto dos dependentes como dos que possam ser convenientemente rotulados sob essa categoria para justificar sua internação involuntária. Não à toa, a resolução diz que

---

<sup>36</sup> Segundo Amarante (2019, p. 35), a “nota se intitula “técnica” sob o argumento de que “as abordagens e condutas dever ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente”, mas tem como objetivo mascarar o fato de que é um documento de natureza exclusivamente política”.

essas unidades serão abertas prioritariamente em regiões de “cracolândias” (ESQUERDA DIÁRIO, 2019, não paginado).

Além disso, a política de álcool e outras drogas, passa à gestão do superministério da Cidadania, que agrupa Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular, proveniente do governo Temer, propaga uma clara política de apoio às comunidades terapêuticas, contra a estratégia de redução de danos e em defesa da abstinência como única possibilidade (DELGADO, 2019). A autora Peres (2019, p. 25) afirma que, atualmente, “uma em cada quatro comunidades terapêuticas do país é financiada pelo governo federal. Em março, o Ministério da Cidadania assinou contratos com 496 delas – antes, esse número era de 280 –, para um repasse de R\$ 153,7 milhões ao ano”.

Deste modo, diversas entidades, conselhos e estudiosos da área se colocaram contrários à referida nota técnica, dentre eles, o Conselho Federal de Psicologia – CEP (2019), que repudiou veementemente o teor do documento, uma vez que, segundo Marisa Helena Alves (representante do Conselho Nacional de Saúde), dentre os diversos ataques impostos, a medida rompe com a política de desinstitucionalização e estimula a hospitalização e o tratamento desumanizado. Ainda segundo ela, a reafirmação da inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os mecanismos da RAPS aponta para uma grave desconstrução, já em curso, da mesma, pois ao se colocar o hospital no centro do cuidado em saúde mental, o sujeito tem a sua liberdade violada, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas puramente o isolamento, fazendo com que o Brasil “volte” 30 anos atrás.

Sob o avanço da contrarreforma psiquiátrica, empreendida desde o governo de Michel Temer, essa nota representa

[...] ataques frontais às lutas por direitos humanos, pela humanização do tratamento de pacientes de saúde mental, contra a lógica manicomial e diversas conquistas que foram fruto de décadas de luta de pacientes, profissionais da saúde, familiares e da população em geral, muitas das quais foram parcialmente consolidadas pela reforma psiquiátrica de 2001 (ESQUERDA DIÁRIO, 2019, não paginado).

Segundo Amarante (2019), para omitir seu caráter antidemocrático, a mesma afirma que seus primeiros atos normativos (a Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite e a Portaria nº 3.588/2017 do MS) foram tomados coletivamente, no entanto, como já mencionamos anteriormente, tais medidas foram impostas sem nenhum tipo de debate aberto, “nem mesmo o Conselho Nacional de Saúde conseguiu emitir a posição do colegiado. Os gestores estaduais e municipais que tomaram a decisão informaram que tomavam decisão mediante recompensas prometidas pelo governo federal” (AMARANTE, 2019, p. 35).

Tais medidas visam, portanto, o fortalecimento de uma lógica autoritária, restritiva, que tem como centro o lucro e que tem o médico como detentor de um saber absoluto frente

ao paciente, “com um poder e uma autoridade inquestionáveis, e que se fundamenta numa ciência cujos pressupostos epistemológicos e científicos são completamente falhos, dada sua submissão à lógica do capital” (ESQUERDA DIÁRIO, 2019, não paginado). É válido ressaltar que após uma série de polêmicas geradas em torno dos pontos abordados ao longo de suas 32 páginas, a nota foi retirada do site do Ministério da Saúde, o que não significa que o mesmo esteja fora de discussão (PERES, 2019).

O mais recente ataque se deu com o Decreto presidencial nº 9.926/2019 publicado em 22 de julho que excluiu as vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - Conad, dentre eles estão juristas, psicólogos, assistentes sociais, médicos, conselhos especializados entre muitos outros. No total mais de 10 categorias deixaram de existir na nova composição do Conad, que por sua vez é agora composto, em sua maior parte, por participantes pertencentes ao governo, como, por exemplo, os ministros Sérgio Moro (Justiça) Damares Alves (Mulher, Família e Direitos Humanos), Paulo Guedes (Economia), Abraham Weintraub (Educação) e Osmar Terra (Cidadania) (GALVANI, 2019).

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2019), esse decreto de cunho também autoritário e antidemocrático, característica bem típica das medidas empreendidas pelo atual governo, representa mais um retrocesso na Política sobre Drogas brasileira,

[...] não só porque exclui a participação de quem mais está envolvido e lida com essas questões no cotidiano, que é a sociedade civil e especialistas no debate, mas também porque quer impor um modelo de combate ao uso de drogas violento e punitivo, que visa trancafiar o usuário em comunidades terapêuticas que, na maioria das vezes, se parecem com manicômios que violam direitos humanos fundamentais [...]. Impedir a participação do Serviço Social e de outras categorias profissionais da saúde dos debates do Conad é, sem dúvida alguma, uma tentativa de calar a opinião técnico-científica de profissionais que têm apontado caminhos alternativos para a questão das drogas no país (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS, 2019, não paginado).

Portanto, o cenário atual é marcado pelo crítico crescimento do conservadorismo no trato das políticas sociais e na sociedade brasileira como um todo, parte de uma conjuntura de retirada dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do conjunto da classe trabalhadora, visando cumprir uma agenda política e econômica que serve a ofensiva neoliberal em sua face ortodoxa abraçada integralmente pelo governo do ex-presidente Temer e pelo atual governo de extrema direita do presidente Bolsonaro.

Nesse contexto as políticas públicas de saúde mental e de drogas vêm sendo, mais uma vez, questionadas e atacadas em seu cerne. Com a aprovação dessas “novas” legislações, a

tendência é vivenciarmos um dos maiores retrocessos desde 1990, expresso não só na violação e descumprimento da Lei nº 10.216 de 2001 e do que prevê a RAPS, mas dos princípios do próprio SUS e dos Direitos Humanos, investindo em serviços que não permitem a construção da autonomia de pessoas com transtornos psíquicos, e conseqüentemente corroborando com o rompimento da lógica de desinstitucionalização psiquiátrica, abrindo totalmente as portas para os interesses da “indústria da loucura”.

Neste sentido, trataremos no próximo capítulo por meio da análise dos dados coletados no processo de investigação deste estudo, justamente, como essa problemática tem se dado na particularidade do município de Campina Grande-PB, e quais limites e possibilidades tem se colocado para efetivação da RAPS diante do atual contexto Brasileiro.

## **CAPÍTULO 4 – UMA REFLEXÃO ACERCA DOS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL PAUTADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS EM CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

O presente capítulo traz a nossa aproximação ao nosso objeto de estudo ao abordar os resultados e análises dos dados coletados, para isso consideramos importante trazer algumas considerações acerca do processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB, em seguida, abordando a atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS local, destacando o CAPS III – REVIVER, com o objetivo de situarmos e refletirmos sobre o lócus de nosso processo investigativo.

Posteriormente, apresentamos as análises aproximativas em torno dos dados coletados, procurando apresentar uma reflexão acerca dos limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS em Campina Grande – PB diante do atual contexto.

### **4.1 A Reforma Psiquiátrica em Campina Grande - PB**

Ao longo do seu permanente processo de construção, a Reforma Psiquiátrica brasileira que para além de prevê transformações técnico-assistenciais do campo institucional psiquiátrico, propunha essencialmente um lugar social para o louco e uma sociedade sem manicômios, produziu significativas mudanças e avanços na atenção à saúde mental nos municípios brasileiros e na vida das pessoas com algum tipo de sofrimento mental, de seus familiares e na sociedade como um todo, apesar de todas as limitações e contradições existentes pela correlação de forças entre modelo manicomial e o modelo substitutivo em rede. No município de Campina Grande – PB não foi diferente, visto que o mesmo vem vivenciando esse processo de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental desde o ano de 2003, alcançando exitosas conquistas.

Localizado no interior do estado da Paraíba, o município de Campina Grande, atualmente com 409.731 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE (2019), possuía um modelo de atenção em saúde mental centrado no hospital psiquiátrico de caráter asilar e privado, além de segregador e excludente, assim como nos demais municípios do país. O Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande – Clínica Doutor Maia (fundada pelo então médico Raimundo Maia de Oliveira, o primeiro psiquiatra da cidade) e Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF (popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro), ambos de médio porte e construídos em meados dos anos 1960, eram os principais responsáveis pela prestação dos serviços de assistência psiquiátrica na cidade, cujos recursos financeiros para que os mesmos internassem ou hospedassem pacientes eram transferidos pela Secretaria de Saúde local (AZEVEDO, 2010; SANTOS, 2012).

A realidade da assistência prestada por essas instituições era permeada por uma série de violações de direitos dos usuários que ali residiam, uma vez que os mesmos eram submetidos a um tratamento de cunho moral e disciplinador, “que iam do excesso de medicação a choques elétricos” (SANTOS, 2012, p. 20), em condições de vida consideradas subumanas, com precária qualidade de acomodação, higiene e alimentação. No entanto, esse modelo passa a ser discutido nos mais diversos espaços públicos, já a partir da década de 1970 – período em que o movimento de Reforma Psiquiátrica começa a tomar forma a nível nacional, como vimos no capítulo anterior – como em universidades, na imprensa local, em conferências municipais de saúde, entre outros (ANDRADE, 2015).

Nesse período “inicial” de se pensar, repensar e debater acerca da Política de Saúde Mental e de questões pertinentes à assistência psiquiátrica em si, alguns acontecimentos merecem destaque, como: a realização, em 1983, da III Jornada de Psiquiatria da Paraíba; a criação, em 1991, do primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica - NAP, que se propunha atender, por meio do acompanhamento ambulatorial, pacientes (adolescentes, adultos e idosos) que recebiam alta médica dos hospitais psiquiátricos; e a realização das I e II Conferência Municipal de Saúde, nos anos de 1991 e 1996, respectivamente, cujos diálogos se deram em torno da reformulação dos serviços de saúde mental prestados no município (AZEVEDO, 2010).

Apesar das discussões em torno das mudanças que se faziam necessárias no campo da assistência psiquiátrica na realidade local terem tomado proporções significativas com alguns ganhos pontuais, é somente a partir dos anos 2000, que a Reforma Psiquiátrica ganhou força e espaço na cidade, mais precisamente em 2002, por meio, por exemplo, da aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental nº 4.068 de 30 de dezembro, inspirada pela III Conferência

Nacional de Saúde Mental, realizada em 30 de dezembro de 2001, em Brasília. Essa Lei, em acordo com o descrito na Lei nº 10.216/01, fixa

diretrizes para saúde mental no município de Campina Grande; dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e dá outras providências (BRASIL, 2002, não paginado).

O processo de intervenção do ICANERF, iniciado também em 2002, considerado o marco da Reforma Psiquiátrica no município, visto que por meio de uma vistoria feita pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria<sup>37</sup> (regulamentado pela Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002), o Hospital João Ribeiro obteve uma péssima avaliação, evidenciando que a reorientação da assistência em saúde mental se fazia mais do que necessária. Dentre os itens dos hospitais psiquiátricos a serem avaliados pelo PNASH/Psiquiatria, estão:

1. Estrutura física e funcional; 2. Limpeza hospitalar; 3. Roupas hospitalares; 4. Almoxarifado; 5. Farmácia; 6. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência; 7. Condição para atendimento de intercorrências clínicas; 8. Aspectos Gerais dos internos; 9. Alimentação dos internos; 10. Recursos humanos; 11. Enfermagem; 12. Prontuários; 13. Projeto terapêutico/prática institucional; 14. Projeto terapêutico/alta hospitalar e encaminhamento; 15. Espaços restritivos/punitivos; 16. Contenção física; 17. ECT/psicocirurgia/cirurgia estereotáxica; 18. Reuniões; 19. Vinculação e direitos; 20. Aspectos gerais da assistência (CIRILO, 2006, p. 56).

Esse instrumento de avaliação, um dos mais importantes e seguros mecanismos para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, gera, por sua vez, uma pontuação que,

cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população (BRASIL, 2005, p. 15-16).

Essa vistoria feita pelo PNASH/Psiquiatria no ano de 2002 ocorreu em um total de 168 hospitais em todo o país, e dentre os 10 piores avaliados e colocados em processo de intervenção federal, encontrava-se o ICANERF. Logo, a partir de uma revistoria do PNASH/Psiquiatria, em julho de 2003, o descredenciamento desta instituição é publicado em Diário Oficial, porém, “a gestão municipal, como gestor local do SUS, não adotou critérios

---

<sup>37</sup> “Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população [...]” (BRASIL, 2005, p. 14).

que intervissem nas condições da instituição e esta continuava atendendo ao público, apesar de não corresponder aos critérios adequados” (CIRILO, 2006, p. 57).

Também em 2003, como parte das sucessivas e gradativas mudanças empreendidas ao modelo assistencial psiquiátrico vigente, tem-se a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do município, o de tipo II, denominado de CAPSII - Novos Tempos, dando materialidade a uma rede extra hospitalar de saúde mental, apoiada pela intervenção federal do ICANERF (AZEVEDO, 2010).

É, pois, com a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em novembro do ano seguinte, que o processo de intervenção do ICANERF ganha contornos mais concretos, visto que a mesma trazia a perspectiva de descredenciamento do hospital e conseqüentemente seu fechamento, isto é tal processo de intervenção, apesar de todas as questões levantadas desde a primeira vistoria do PNASH/Psiquiatria, só é iniciado, de forma extraoficial, em 2004, com

a visita ao hospital de representantes da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, reunião com o proprietário e uma reunião no Conselho Municipal de Saúde, na qual foi estruturada uma comissão de Intervenção denominada “Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF (Ofício nº 145/2004 – Ministério da Saúde), cuja função seria apoiar e viabilizar o processo de intervenção no hospital, bem como propiciar uma reorientação da assistência em saúde mental do município (CIRILO, 2006, p. 57).

Ao ser bastante noticiada, esta visita e o que ela propunha acarretaram grande inquietação e questionamentos por parte da sociedade, ao acreditarem que isso geraria uma desassistência ao portador de transtorno mental, como postula Cirilo (2006).

Também em 2004, o Ministério da Saúde determina a implantação de um CAPSad na cidade, visto que o mesmo é previsto, segundo a legislação, para cidades com mais de 200.000 habitantes, e Campina Grande na época possuía uma população aproximada de 372.000 habitantes (BRASIL, 2005). Ao conformar o segundo serviço substitutivo do município, o CAPSad é então inaugurado em setembro de 2004, com atendimento especializado na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como vimos no capítulo anterior (CIRILO, 2006; AZEVEDO, 2010).

Após, sucessivas reprovações no PNASH/Psiquiatria, por determinação da justiça, em 2005 tem início o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro com o descredenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005 (BRASIL, 2007), quando, em abril deste mesmo ano, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumem a administração e o gerenciamento da instituição, “intervindo por tempo indeterminado, para, a partir do manicômio e da sua desconstrução dar origem a outro modelo, de caráter substitutivo a internação psiquiátrica” (CIRILO, 2006, p. 56).

A partir deste momento, através da mídia local, a situação do hospital é exposta de forma ampla à comunidade, e com isso, segundo Cirilo (2006, p. 59) “pretendia-se vislumbrar que ao ferir qualquer princípio humano, a intervenção não se limitava a uma questão meramente técnica, mas demandava aspectos de uma amplitude maior, devendo ser alvo de interesse de toda a comunidade”. Ainda de acordo com Cirilo (2006), um relatório fruto de uma visita da Agência Estadual de Vigilância Sanitária – AGEVISA realizada em 19 de abril de 2005, apresenta alguns pontos observados e não aprovados no âmbito da instituição, dentre eles:

A presença de fezes e urina em espaços que não tem banheiro; estrutura comprometida [...]; Presença de pacientes despídos e deitados no chão; [...] Insuficiência de recursos humanos; Ausência de equipamentos médicos necessários; Unidades de internação com superlotação; Inexistência de projetos terapêuticos; Grande descaso e ausência de humanização [...]; Irregularidades na cozinha, na área de armazenamento de comida, na farmácia, no almoxarifado, na lavanderia e outras áreas do hospital (CIRILO, 2006, p. 61).

Deste modo, portanto, os problemas detectados no ICANERF, uma instituição considerada doente e adoecedora de seus pacientes e de sua equipe profissional, começam a ser enfrentados, na perspectiva de construção de um novo paradigma de cuidados no qual a qualidade de vida dos usuários e o respeito aos direitos destes enquanto cidadãos passavam a explicar a nova dinâmica de trabalho proposta, traçando planos para implantação de novos serviços substitutivos, como um CAPS III, um CAPSi, Residências terapêuticas, entre outros e o fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPSad).

No entanto, é importante destacar, que a desmontagem das normas vigentes, a presença da mídia, a falta de compreensão de alguns familiares, a ausência de contribuição com o trabalho por parte de alguns profissionais, a resistência árdua da direção do hospital, a limitação de recursos financeiros, foram alguns dos fatores que marcaram, principalmente, o difícil início desse processo (CIRILO, 2006). Em um dado momento, segundo os autores Silva, Ramos e Farias (2014)

[...] o cenário se transformou na mais completa zona de conflito, entre aqueles que lutavam para a concretização da Reforma Psiquiátrica, para com aqueles que ainda assegurava o espaço como o detentor da verdadeira cura, e solução para mantê-los presos, assegurados de que aquela casa hospitalar era importante para a cidade SILVA, RAMOS, FARIAS, 2014, p. 12).

No início da intervenção foi realizado um diagnóstico aprofundado da condição clínico institucional e administrativo-financeira do hospital, e em seguida organizada uma proposta de desinstitucionalização, construída em conjunto, pelos atores envolvidos no processo de intervenção: “a equipe interventora (indicada pelo Ministério da Saúde), os representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande e da Coordenação Estadual de

Saúde Mental da Paraíba” (BRASIL, 2007, p. 35). Nesse período realizou-se também o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica (reunindo os três estados vizinhos, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco), que avaliou a situação da assistência nos municípios e traçou planos para a ampliação da rede de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2007).

Dentre as medidas tomadas, estão: além daquelas ligadas as ações mais básicas, como o cuidado clínico, de higiene e melhorias na alimentação dos pacientes, tem-se a realização de um plano de altas<sup>38</sup> amplo, criteriosamente operadas, que

exigiram articulações com famílias e serviços de saúde dos locais de origem dos pacientes. Aos poucos, num período de menos de 02 meses, este plano de altas reduziu o número de pacientes, restando aqueles que já poderiam ser considerados moradores, pois se encontravam entre 02 e 30 anos nas dependências do hospital. À medida que foram feitas as reduções de leitos no hospital, houve uma realocação dos recursos para a manutenção dos novos serviços de saúde mental (BRASIL, 2007, p. 35).

Em 30 de Junho de 2005, é então oficialmente finalizado o Processo de Intervenção no ICANERF e o seu descredenciamento do SUS, depois de quarenta anos de uma história marcada por sérias violações aos direitos humanos e liberdades básicas das pessoas portadoras de transtornos. Assim, os 65 pacientes restantes são transferidos para um novo serviço, de caráter provisório, o denominado “Unidade de Referência em Saúde Mental - URSM” até que fossem implementados os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs e a Emergência psiquiátrica na cidade.

No que concerne a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia, a mesma continuou funcionando, porém sob avaliação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, instituído pelo PNASH, por meio da Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004, que passou a acompanhar o gradativo processo de redução de seus leitos (SANTOS, 2012), visto que “o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário” (BRASIL, 2004, não paginado).

Todas essas ações realizadas no âmbito da saúde mental em Campina Grande, através da intervenção no ICANERF, acabam por seguir as premissas do movimento nacional de Reforma Psiquiátrica, que tem como finalidade a construção de uma nova forma de acolher e repensar a doença mental, o que não significa reformar o modelo hospitalocêntrico e o local

---

<sup>38</sup> Dentre os primeiros pacientes alcançados por esse plano de altas, muitos retornaram ao convívio familiar e passaram a ser referenciados pelos novos serviços substitutivos, outros encaminhados para uma clínica psiquiátrica da cidade, e os demais posteriormente seriam transferidos para as Residências Terapêuticas e Emergência Psiquiátrica, criadas logo em seguida.

onde por centenas de anos habitaram milhares de pessoas com algum tipo de transtorno mental (e nem sempre, visto que muitos dos pacientes não possuíam nenhum tipo de transtorno quando foram reclusos), ou seja, o ICANERF não poderia ser remodelado, nem suas técnicas modernizadas, pois não era o hospital, no que tange a sua estrutura física, recursos humanos, administração (não só), que estava em questionamento, mas, era algo muito maior, era o modelo hospitalar centrado em um cruel sistema social de exclusão (CIRILO, 2006).

Logo, a partir desse cenário de desinstitucionalização e de redução de leitos que mobilizou gestores do SUS em prol da construção de novas soluções para as demandas de saúde mental no município e região e que mobilizou a comunidade local para que a Reforma Psiquiátrica avançasse, houve mudanças efetivas na qualidade de vida da assistência psiquiátrica à população, corroborando para o complexo processo de desconstrução e transição do modelo manicomial historicamente existente para um modelo comunitário de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005). Desse modo, através da ampliação de uma rede diversificada de serviços substitutivos e da reorganização dos já existentes, Campina Grande-PB começa a construir um conjunto vivo e concreto de referências que pretende amparar de modo singular as necessidades dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico.

Campina Grande passa então a receber recursos financeiros do Ministério da Saúde para implantação de Residências Terapêuticas, de novos CAPS e outros serviços na perspectiva de “redes”, tem início ainda a articulação entre saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências – SAMU, e a realização de um concurso público para contratação da equipe profissional para os serviços substitutivos (BRASIL, 2007). Neste sentido, passam a ser implantados progressivamente, os seguintes dispositivos:

- 06 SRTs em Campina Grande; • 7SRTs em municípios da macro-região de Campina Grande ou nas outras macroregiões, destinadas aos últimos ex-internos do hospital João Ribeiro (2 em Souza, 1 em Boqueirão e 4 em Piancó); • 1 CAPS III em Campina Grande; • 2 CAPS i; • 1 CAPS AD; • Serviço de Emergência Psiquiátrica Regional com 12 leitos; • Implantação de CAPS I em diversos municípios; • 41 usuários no Programa de Volta para Casa. • Acompanhamento matricial, realizado pelos CAPS, das equipes de atenção básica (BRASIL, 2007, p. 36).

No que diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos SRTs, regulamentado pela Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, como vimos no capítulo anterior, em 18 de Maio de 2005 (Dia da Luta Antimanicomial) a cidade passa a contar com dois novos módulos de SRTs, um feminino e um masculino, aos quais foram transferidos do ICANERF cerca de 16 pacientes, dada a função destes serviços de oferecer possibilidades de moradia aos pacientes com internações de longa permanência que não podem contar com um suporte social e laços

familiares que possam viabilizar sua inserção social. Em agosto deste mesmo ano, um outro módulo de residência feminina foi inaugurado, sendo aprovados, posteriormente, mais três módulos (uma feminina e duas masculinas), chegando a um total de seis SRTs, primordial para o desafiador movimento de desistucionalização, que tem se configurado enquanto uma das prioridades da política nacional de saúde mental e de grande importância para a superação do modelo hospitalar.

O processo de reestruturação da atenção saúde mental em Campina Grande – PB, se deu também através da habilitação da cidade no Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003, não paginado), o mesmo segue as recomendações da Organização Panamericana de Saúde – OPAS e da Organização Mundial da Saúde – OMS para a área de saúde mental, uma vez que tem como objetivo a reversão gradativa do modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais, por um modelo de base comunitária, firmado em serviços territoriais e de atenção diária (CIRILO, 2006). Dentre as recomendações previstas pelo Programa, estão:

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei. § 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária. § 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente. § 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente (BRASIL, 2003, não paginado).

De acordo com Cirilo (2006), em agosto de 2005, 48 pacientes egressos de longas internações no município conseguiram abrir contas bancárias para receber tal auxílio, além da retirada de documentos pessoais de quase todos os pacientes, colaborando para efetivação do processo de desospitalização e de resgate da cidadania destes.

Ainda em 2005, ano referencial da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, foi inaugurada a Emergência Psiquiátrica, que passa a funcionar enquanto um serviço parte da Unidade de Referência em Saúde Mental – URSM, em um prédio que antes funcionava uma maternidade na Rua Epitácio Pessoa, nº 256, centro (SANTOS, 2012), e posteriormente passou a funcionar em um prédio anexo do hospital geral Dr. Edigley Maciel, como prevê a legislação<sup>39</sup>, sendo o primeiro hospital da Paraíba a receber leitos especializados em saúde mental. A Emergência Psiquiátrica passa a ser, por sua vez, responsável por prestar

<sup>39</sup> Segundo o Ministério da Saúde, na Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, a Emergência Psiquiátrica deve ser instalada atrelada a um hospital geral, condição indispensável ao seu cadastramento e financiamento.

assistência a usuários em crise e/ou surto psiquiátrico, dando suporte à rede local e aos municípios pactuados com Campina Grande, “tendo como meta o rápido retorno deles ao convívio social” (AZEVEDO, 2010, p. 39).

A rede de serviços substitutivos de saúde mental de Campina Grande, foi fortalecida e ampliada também a partir da implantação dos CAPSi e do CAPSIII no ano seguinte. O CAPSi – Viva Gente foi o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil local, o qual é responsável por prestar acompanhamento terapêutico à crianças, adolescentes e seus familiares, em grupo ou individual, através de diferentes meios, como oficinas, visitas e atendimentos domiciliares, atividades na comunidade, entre outros. Também em 2006, foi instituído o CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce, um serviço novo e inovador, que visa atender crianças em sofrimento psíquico e com transtorno de desenvolvimento, desde o nascimento até os 15 anos de idade (AZEVEDO, 2010).

Em meio a esse percurso é inaugurado, no mesmo ano, o CAPSIII – Reviver, considerado uma das principais estratégias desse processo, dado o seu maior potencial substitutivo, ao funcionar 24 hrs, durante os sete dias da semana, com a disponibilidade de alguns leitos para pacientes quando se fizer necessário. É importante destacar, que a equipe profissional que iniciou nesse serviço teve

[...] a oportunidade, antes de ser implantado o serviço, de realizar estágio no CAPSII Novos Tempo e no CAPSad. Através do estágio os profissionais puderam obter uma experiência inicial, posto que a maioria não possuía experiência de serviço substitutivo, dos cuidados e práticas que o novo modelo de saúde impõe (CIRILO, 2006, p. 73).

É válido ressaltar que essa nova configuração, apesar de todos os desafios e limitações, colocou o município de Campina Grande em lugar de destaque nesse período, segundo o Ministério da Saúde, visto que no período de 2003-2006 o mesmo conseguiu reestruturar a assistência psiquiátrica com ações e novos serviços substitutivos não só no âmbito local, mas que se estenderam aos municípios da macrorregião.

Em 2007, outro dispositivo da rede de atenção à saúde mental foi inaugurado no município, o Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, que tem como finalidade proporcionar aos usuários da saúde mental e seus familiares um ambiente onde são fornecidos cursos de música, oficinas de educação artística, pintura em tela, entre outras ações culturais e artísticas que possam contribuir para o resgate da autoestima e da cidadania, fatores primordiais para o processo de reinserção social, além de promover a interlocução com setores parceiros e demais Unidades de Saúde Mental. Posteriormente, em 2009, foram implantados dois novos CAPS, agora do tipo I, um no distrito de Galante e outro no distrito

de São José da Mata, somando nesse período um total de sete CAPS de diferentes modalidades (AZEVEDO, 2010).

Diante desses avanços, segundo Azevedo (2010), em 2010 o município alcança a média de uma unidade para cada 54,8 mil habitantes, ultrapassando o parâmetro nacional, que é de uma unidade para cada 100 mil habitantes, contribuindo para que a Paraíba se colocasse entre os dois estados brasileiros, juntamente com Sergipe, com o número de CAPS suficientes para atingir o parâmetro nacional.

Feito esse breve resgate histórico do processo de construção da Reforma Psiquiátrica no município e dos avanços da política de saúde mental local por meio da viabilização de uma rede de atenção à saúde mental em comunidade, nos deteremos a seguir a apresentar a atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS em Campina Grande – PB.

#### **4.1.1 A atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campina Grande – PB**

Como vimos no capítulo anterior, a Rede de Atenção a Saúde Mental – RAPS instituída em 2011 por meio da Portaria nº 3.088 prevê, no âmbito do SUS, a ampliação e a articulação de serviços constituídos até então e ações de atenção psicossocial em todo país. Segundo a Portaria, a RAPS deve ser composta pelos seguintes pontos de atenção: Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, e a Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011). Ou seja, uma vez já implantados os serviços, a RAPS vem a propor a essencial articulação das ações destes em todos os municípios brasileiros, dentre eles Campina Grande – PB.

Atualmente, tomando como referência os pontos de atenção acima mencionados, a RAPS em Campina Grande – PB está organizada da seguinte forma: Constata-se que na **Atenção Básica de Saúde**<sup>40</sup>, segundo dados de Julho/2019 do Cadastro Nacional dos

---

<sup>40</sup> A rede de atenção básica a saúde no município de Campina Grande – PB deu início a sua expansão em 1994, a partir da implantação do Programa de Saúde da Família - PSF, juntamente com treze municípios brasileiros, de forma pioneira. Segundo Santos (2004) apud Azevedo (2010), essa implantação inspirou-se na experiência de Cuba e da cidade de Niterói – RJ, deste modo, os bairros selecionados para receber as cinco primeiras equipes, foram escolhidos através dos indicadores epidemiológicos mais precários, assim sendo instaladas uma no bairro do Tambor, duas no Pedregal, uma no Mutirão e uma na Ramadinha, impactando positivamente em tais indicadores, principalmente nos que tangem a mortalidade materna e infantil. A partir disso, com o objetivo de

Estabelecimentos de Saúde no Brasil – CNES, o município possui um total de 89 Centros de Saúde/Unidades Básica de Saúde, distribuídos nos 06 (seis) Distritos Sanitários que compõem o desenho territorial dos serviços de saúde locais. Ainda sobre a Atenção Básica, verifica-se que o município continua contemplado com o Centro de Convivência Cultural “Artes e Ofícios” (localizado na Rua Ordanez Trovão e Melo, 135 – Alto Branco), como prevê a RAPS; com o serviço ambulatorial disponibilizado no Centro de Saúde Dr. Francisco Pinto, situado no centro da cidade; e com o “Consultório na Rua” um programa estratégico do Ministério da Saúde para redução de danos e atendimento de toda a população em situação de rua, usuários ou não de álcool e outras drogas.

No que diz respeito à **Atenção Psicossocial Estratégica**, possuímos um total de 08 (oito) CAPS, além dos já mencionados como o CAPSi – Intervenção Precoce, conhecido também como CAPSinho (localizado na Rua Félix Carolino Barbosa, 548 – Alto Branco), o CAPSi - Viva Gente (localizado na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 551 – Prata), o CAPSi - Bem Viver (localizado na Rua Maria da Costa Agra, 60 – Galante), o CAPS I - Cuidar e Viver (localizado na Rua Francisco Nogueira de Souza, 157 - São José da Mata) o CAPSII- Novos Tempos (localizado na Rua Fernando Gomes de Araújo, 81, Catolé), o CAPSIII – Reviver (localizado na Rua Paulo Afonso, 188 – Centenário), e o CAPSad – Álcool e outras Drogas (localizado na Rua Capitão Ademar de Maia Paiva, 896 – Alto Branco), o município passa também a contar, a partir de 2015, com o CAPSadIII – Infante Juvenil, destinado para atender menores usuários de álcool e outras drogas, na faixa etária de 10 a 18 anos, funcionando 24 hrs, 07 (sete) dias da semana (localizado na Rua Deputado Noberto Leal, 149 – Alto Branco) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE - FOLDER).

Na **Atenção de Urgência e Emergência**, a cidade dispõe de duas Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas (a UPA - Alto Branco e a UPA Adhemar Dantas – Dinamérica); além de dispor do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. No que concerne a **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, tem-se a Comunidade Terapêutica Um Novo Recomeço (localizada na Rua Desembargador Arquilino Sousa Guimarães, 783 - Jardim Tavares), A Fazenda do Sol (localizada na Av Senador Argemiro de Figueiredo, km-143,5 - Vila Cabral) e o Centro Terapêutico Raios de Sol (localizado na Rua Manoel Palú, 830 - Jardim Tavares).

---

promover a Saúde Mental na atenção básica, a Equipe Amarela da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro do Pedregal, cria, em 1997, um Grupo de Saúde Mental, composto por 11 mulheres na faixa etária de 28 a 66 anos, egressas de internações psiquiátricas, contribuindo para a reinserção social e a viabilização dos direitos das mesmas (CIRILO, 2006).

A **Atenção Hospitalar**, por sua vez, continua a contar com os serviços da Emergência Psiquiátrica funcionando atrelada ao hospital geral Dr. Edigley Maciel (localizado na Rua Fernandes Vieira, 659 – José Pinheiro), hoje com vinte leitos especializados em saúde mental, sendo quatorze para adultos e seis para crianças e adolescentes; e com os serviços hospitalares de referência por meio da Clínica Psiquiátrica Dr. Maia, situada na Av. Presidente Getúlio Vargas, 444 – Centro.

No que se refere às **Estratégias de Desinstitucionalização**, que abarca os Serviços Residenciais Terapêuticos, o município segue, contando com um total de 06 (seis) Residências do tipo I<sup>41</sup>, sendo 03 (três) femininas, duas situadas no bairro do catolé e uma no alto branco, e 03 (três) masculinas, nos bairros do alto branco, liberdade e prata. E no que tange a **Reabilitação Psicossocial** que consiste, dentre outras coisas, em iniciativas de geração de trabalho e renda, temos o Chalé de Artesanatos de Saúde Mental, que funciona na Vila do Artesão, de terça a domingo, com exposição de produtos confeccionados nos serviços de Saúde Mental da cidade, com renda revertida para compra de material, bem como pra os usuários responsáveis pela confecção das peças comercializadas.

No entanto, apesar da rede de saúde mental em Campina Grande - PB ser ainda considerada uma das mais equipadas do Nordeste, a mesma tem sido permeada por muitas contradições e limites, que compromete o processo de consolidação e fortalecimento da Política de Saúde Mental, da própria RAPS e da Reforma Psiquiátrica no âmbito local, reflexo de uma conjuntura que abrange o cenário brasileiro como um todo, em que as nossas políticas sociais de modo geral “têm enfrentado um verdadeiro desmantelamento de seu aparato no âmbito dos direitos” (COSTA, 2019, p. 164), como veremos a seguir, a partir da análise dos dados apreendidos em nosso processo investigativo, junto a alguns profissionais do CAPSIII-Reviver que compõe a rede de saúde mental do município.

#### **4.2 CAPS III – REVIVER: situar e refletir sobre o lócus de nosso processo investigativo**

---

<sup>41</sup>Os Serviços Residenciais terapêuticos são constituídos em duas modalidades a de Tipo I e a de Tipo II, que são definidas de acordo com as necessidades específicas de cuidado do morador, logo, segundo a portaria de nº 106/2000 que os regulamenta, a definição dos mesmos se dá da seguinte forma:

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2000, não paginado).

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços constituídos por “uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes” (GARCIA et al., 2013, p. 248). Os CAPS do tipo III, por sua vez, são os serviços de maior porte da rede CAPS e de grande complexidade, previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os mesmos segundo a legislação possui as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (BRASIL, 2002, não paginado).

O CAPSIII – Reviver, como mencionamos anteriormente, foi inaugurado na cidade de Campina Grande – PB no ano de 2005, como parte do processo de avanço da Reforma Psiquiátrica no município. Localizado na Rua Paulo Afonso, 188 – Centenário<sup>42</sup> em uma casa alugada pela prefeitura, o mesmo é responsável pelo atendimento diário de usuários<sup>43</sup> com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em um regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo<sup>44</sup>, cuja dinâmica de funcionamento se desenvolve de

<sup>42</sup> Lembrando que no último dia 22 de julho de 2019, o CAPSIII-Reviver passou a funcionar em novo endereço, na Rua Cônego Pequeno, 257 – Bela Vista, em uma casa também alugada pela prefeitura, porém a nossa análise se deterá a realidade apreendida através da estrutura institucional do endereço anterior, visto que o nosso processo investigativo se deu entre os meses de abril e maio, quando a instituição ainda não tinha concretizado tal mudança.

<sup>43</sup>Da seguinte área de abrangência: Ana Amélia, Acácio Figueiredo, Borborema/Borborema Central, Bela Vista, Bairro das Cidades, Bodocongó, Catolé de Boa Vista, Catolé de Zé Ferreira, Centenário, Cinza, Conjunto Álvaro Gaudêncio, Conjunto Mariz, Cruzeiro, Dinamérica, Distrito dos Mecânicos, Distrito Industrial, Estreito, Jardim Quarenta, Jardim América, Jardim Paulistano, Jardim Menezes, João Agripino, Liberdade, Malvinas, Mutirão, Novo Horizonte, Pedregal, Promorar, Presidente Médici, Ramadinha I, II e II, Ressurreição, Rocha Cavalcante, Rosa Cruz, Santa Cruz, Santa Rosa, São Januário, Severino Cabral, Serrotão, Sítio Pau Brancos, Sítio Lucas, Três Irmãs, São Januário e Velame, os quais fazem parte dos Distritos Sanitários II, V e VI (DADOS FORNECIDOS PELO SETOR ADMINISTRATIVO DO CAPSIII-REVIVER, 2019).

<sup>44</sup> De acordo com a Portaria nº 336/02, define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas

segunda a sexta-feira nos horários de 08h:00min às 17h:00min, além de dispor de dois espaços (um destinado para usuários do sexo feminino e outro para usuários do sexo masculino) com no máximo 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno (cuja permanência de um mesmo paciente fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 dias para eventual repouso e/ou observação, inclusive em feriados e finais de semana.

Atualmente, o serviço conta com uma equipe profissional interdisciplinar, composta por: 03 (três) Assistentes Sociais, 06 (seis) Enfermeiros (as) (sendo 02 (duas) coordenadoras), 07 (sete) Técnicos (as) de Enfermagem, 02 (duas) Auxiliares de Enfermagem, 02 (dois) Médicos Psiquiatras, 01 (um) Educador Social, 01 (uma) Pedagoga, 02 (duas) Psicólogas, 03 (três) Cuidadores (as), 02 (duas) Auxiliares de Serviços Gerais, e 01 (um) técnico administrativo, somando um total de 30 profissionais. Destes, 07 (sete) foram participantes da nossa pesquisa, das áreas de serviço social, educação física, psicologia, enfermagem/coordenação e do setor administrativo, todos com ensino superior (e todos com pós-graduação), os quais 04 (quatro) destes possuem vínculo empregatício via contrato e 03 (três) via concurso.

No que se refere ao período de atuação dos mesmos no serviço CAPSIII-Reviver, o mesmo varia entre dois e quinze anos, e na saúde mental em si esse período varia entre dois e vinte e quatro anos de atuação. Dos 07 (sete) entrevistados, apenas 01 (um) não teve uma formação específica para atuar na área de saúde mental.

A maioria dos entrevistados considera essa quantidade de profissionais insuficiente diante da demanda posta, visto que hoje a instituição possui um total aproximado de 7 mil usuários cadastrados (dentre os quais estão aqueles que são acompanhados diariamente ou pontualmente pelo serviço e aqueles que já não usufruem ativamente deste acompanhamento), que procuram o serviço de forma espontânea, geralmente acompanhados por um parente, ou são encaminhados por algum outro dispositivo de atenção que compõe a rede local, configurando uma demanda que chega a centenas de usuários atendidos semanalmente. Tal problemática pode ser visualizada também (uma vez que ela vai aparecer em outros momentos ao longo de nossa discussão) nos seguintes depoimentos:

[...] Eu tenho dois médicos no serviço [...] de segunda a quinta para eu atender duzentas, trezentas pessoas por semana, atender? atende, mas dito mesmo pelos próprios médicos eu queria que fosse vinte, vinte e cinco usuários por dia, para que eles pudessem ter a qualificação melhor, [...] a gente faz milagre, faz o que pode e o que não pode [...] (PROFISSIONAL 3).

---

não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (BRASIL, 2002).

[...] o quadro de pessoal diminuiu, então nós não temos profissionais suficientes para ficar com os usuários, no intensivo noite, por exemplo, nós temos atualmente dois técnicos de enfermagem ou então um enfermeiro e um técnico de enfermagem [...] você ter duas psicólogas para atender uma demanda de quase cinco mil usuários cadastrados, mas claro alguns desses já faleceram, alguns desses já não estão mais no serviço, mas vamos dizer que circulam centenas de pessoas [...] semanalmente no serviço, ousou dizer que mais de noventa por cento delas demandam do serviço da psicologia, [...] é impossível, não tem como duas profissionais abarcarem [...] (PROFISSIONAL 4).

Neste sentido, o quadro baixo de profissionais diante da demanda fica aquém do que se prevê Portaria/GM nº 336/02, em relação a recursos humanos, quando propõe que

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por a - 02 (dois) médicos psiquiatras; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. 4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio; 4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002, não paginado).

É importante ressaltar, que apesar do CAPS tipo III prevê o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, o CAPSIII-Reviver tem sido levado a acolher aquelas pessoas que possuem outros tipos de sofrimento psíquico como depressão leve, ansiedade etc, que poderiam ser encaminhados, por exemplo, para o serviço ambulatorial, resultando num aumento desenfreado de demandas para o serviço, que poderia ser evitado, caso a articulação entre os dispositivos da rede estivesse funcionando de forma efetiva, o que não é caso, como veremos mais adiante.

Desse modo, a sobrecarga de demanda acaba por sobrecarregar o já reduzido quadro de profissionais, que por sua vez tem suas condições de trabalho precarizadas, com dificuldades cada vez maiores de exercer ações que contribuam para a efetividade do serviço prestado pela instituição e pela rede pautado no atendimento integral ao usuário, visto que uma das condições para que a atenção psicossocial se efetive é a oferta de boas condições de trabalho.

Além da falta de estrutura de pessoal, há também uma ausência de estrutura física e material de qualidade no serviço, segundo os relatos da maioria dos profissionais

entrevistados, ao considerarem que há uma espécie de abandono do serviço por parte do poder público que o faz submisso a outros serviços, quando deveria ser o regulador da rede; a falta de instrumentos básicos para a realização de oficinas terapêuticas; e o fato da instituição funcionar num local alugado, e não próprio. Vejamos alguns desses relatos:

[...] quando o CAPS foi implantado em Campina foi numa situação atípica de fechamento de um hospital psiquiátrico, de uma necessidade imediata e o impacto foi muito positivo na época e pelo que eu escuto falar existia uma assistência muito maior, muito embora o serviço fosse novo, fosse novidade, tivesse se formando, mas aparentemente ele conseguia dá uma estrutura maior do que nós damos hoje na vida dessas pessoas, talvez por ter um olhar especial para aquele serviço que era novo, que estava surgindo, mas hoje eu percebo um pouco de abandono, infelizmente o CAPS III, que deveria ser justamente o serviço que regulamenta a rede pela portaria, é um dos principais serviços para regulamentação da rede, eu vejo, o serviço como submisso a outros serviços de atenção e, além disso, a própria questão da estruturação mesmo, que hoje nós não temos como acolher os usuários do sexo masculino, porque o leito masculino está impróprio há anos [...] (PROFISSIONAL 4).

[...] sempre nos deparamos com as faltas de materiais estruturais entendeu? Às vezes, por exemplo, eu trabalho com som [...] tem uma caixa que eu acho que a gente consertou mais ela do que um fusca, que eu abro, desabro, abro, fecho [...] às vezes queremos dar uma dinâmica melhor ao tratamento, as terapias dos usuários, mas nos deparamos sempre com uma falta entendeu? procuramos a melhora, [...] a gente se vira nos trinta, mas isso não é profissionalismo não [...] (PROFISSIONAL 5).

Os limites são estruturais e objetivos, [...] (PROFISSIONAL 6).

[...] precisava de um ambiente maior, [...] só tem dois quartos, aqueles leitos e precisava ter mais outros, [...] mas de certa forma a gente sabe que não tem nenhuma casa própria, que era para ser o CAPS próprio, a partir do momento que cria essa forma de cuidar do usuário de saúde mental em CAPS [...] (PROFISSIONAL 7).

Essa falta estrutural, que também reflete na precarização do processo de trabalho destes profissionais, vai de encontro às estruturas e as condições de trabalho previstas para os locais destinados a Saúde Mental de acordo com o projeto de Reforma Psiquiátrica, a exemplo do fato da instituição funcionar em lugar alugado, que pode parecer “indicar uma condição provisória de funcionamento, o que não condiz com a proposta de que este serviço seja substitutivo e definitivo” (RÉZIO, OLIVEIRA, 2010, p. 348).

No que concerne às atividades desenvolvidas no CAPSIII-Reviver, que visam contribuir para o processo de construção de novos lugares sociais para os usuários atendidos e seus familiares, mesmo em meio a todos os limites objetivos e subjetivos diários que se colocam na realidade da instituição, os profissionais entrevistados apontam algumas, dentre as quais estão: levantamentos estatísticos, acolhimento de usuários, organização e preparo de projetos terapêuticos, orientação de banho, higienização e medicação dos usuários, coordenação e organização da equipe, grupos de família, grupos terapêuticos, oficinas,

atendimentos psicológicos, atendimentos sócio-assistenciais, visitas domiciliares, articulação com a rede de serviços, atendimento psiquiátrico, dispensação de medicamentos, entre outras.

A despeito dos limites já aqui explicitados, essas e as demais atividades desenvolvidas pelo serviço têm impactado positivamente na vida dos usuários em tratamento e de seus familiares, segundo a maioria dos profissionais entrevistados, visto que os CAPS preveem uma atenção em saúde mental que não prive o indivíduo de sua liberdade, diferente do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, porém os mesmos assinalam que a falta de conscientização pública, que ainda incide por parte da gestão, de muitos profissionais da saúde e de grande parte da sociedade, tem se configurado também enquanto um significativo impasse para que esses impactos tenham uma relevância de fato efetiva na vida desses usuários, além do desenvolvimento da própria RAPS local que tem se dado permeado de limites e algumas possibilidades, como observaremos a partir do próximo tópico.

#### **4.3 Limites da Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande – PB**

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 do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011), segundo Trajano (2017), foi estrategicamente pensada e estruturada a partir da lógica da desinstitucionalização, indo ao encontro das discussões promovidas pela reforma psiquiátrica. A mesma, segundo a autora, propõe

a superação do modo de atendimento asilar, através do enfraquecimento referencial do cuidado especializado e dos hospitais psiquiátricos. Os dispositivos da rede, assim como os profissionais de saúde, devem compreender e adotar essa lógica como balizadora de sua prática em suas intervenções e na compreensão do sofrimento psíquico (TRAJANO, 2017, p. 42).

Porém, muitos têm sido os limites encontrados para o fortalecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial de qualidade que enxergue o usuário de saúde mental como portador de direitos sociais e que contribua para o processo de superação da fragmentação da atenção e da gestão, por meio de um cuidado integral, territorial e longitudinal. Na particularidade do município de Campina Grande – PB, essa questão não tem sido diferente, uma vez que os profissionais sujeitos participantes de nossa pesquisa apontaram uma série de limitações e “poucas” possibilidades em seu cotidiano profissional no CAPSIII-Reviver para que os

mesmos exerçam ações que viabilizem a efetividade dessa rede no cenário local, como veremos nos pontos a seguir.

#### **4.3.1 Rede de atenção desarticulada e/ou pouco articulada: o desafio da intersetorialidade**

A maioria dos profissionais entrevistados avalia a criação da RAPS como sendo positiva e bem estruturada para ser uma linha de cuidado centrada no todo, no usuário. Considerando a mesma um avanço e de relevância indiscutível em direção à superação do modelo centrado no hospital, como previsto pelo processo de Reforma Psiquiátrica. No entanto, segundo a maioria, ainda se pode observar uma série de falhas e lacunas para a efetivação e fortalecimento dessa rede, tomando como exemplo a desarticulação e/ou pouca articulação entre os dispositivos que compõem a RAPS local a partir do que estes tem vivenciado através do CAPSIII-Reviver, como podemos ver nos relatos a seguir:

Na realidade foi bem vista e estruturada para ser uma linha de cuidado, realmente aquele cuidado centrado no todo, no usuário, no entanto, a gente observa as falhas dessa rede, as lacunas dessa rede [...] o usuário do CAPS não é visto como um todo, às vezes ele chega ao CAPS com um problema que pode está lá na atenção básica que pode está lá no hospital, mas por ele ter um problema de CAPS, o problema mental, o transtorno mental ele já é taxado como um usuário de CAPS e só o CAPS pode cuidar, então essa rede tem essas lacunas e essas falhas principalmente nos nossos usuários [...] (PROFISSIONAL 2).

As mudanças [...], por uma parte a gente vê que são boas, [...] depois da reforma com a RAPS foi um avanço a gente ter saído do hospital e está agora nessa reforma a qual não se pode parar [...] tem que continuar em construção, mostrar que não pode retroceder [...] Agora o que precisa é que a rede [...] se fortaleça [...] A articulação é fundamental [...] (PROFISSIONAL 3).

O projeto é interessante, assim como a própria lei da Reforma Psiquiátrica 10.216, a RAPS vem contribuir, vem agregar e no papel é perfeita, como a maioria da nossa legislação, no entanto, a efetivação dela, infelizmente a gente não encontra subsídios práticos para isso [...] nós temos uma rede, mas é uma rede desarticulada [...] sabemos que os serviços existem, mas a gente tem dificuldade [...] (PROFISSIONAL 4).

Foi de boa valia, mas tem muitas falhas ainda que não é pela lei em si, mas pelo sistema, nós pecamos muito com o sistema, [...] descobri muitos deles aqui que são obesos, diabéticos, hipertensivos, e outras coisas mais clínicas, que afetam no psicológico [...] muitos profissionais desprezam isso, infelizmente eu vejo dessa forma [...] (PROFISSIONAL 5).

A relevância da RAPS é indiscutível, considerando a necessidade do cumprimento dos princípios previstos no SUS, especialmente, ponderando o tratamento integral do usuário e as peculiaridades de cada serviço. Contudo, considero a RAPS do

município pouco articulada entre si, bem como as demais políticas e serviços (PROFISSIONAL 6).

Dois desses profissionais alertam ainda, em outro momento, para o fato da desarticulação acontecer já dentro do próprio serviço, entre os profissionais, o que acaba por refletir na precariedade da articulação extra muros, isto é, com os demais serviços, como podemos ver nos seguintes depoimentos:

Na verdade, eu acredito que é generalizado, mas pelo menos o que eu observo nesse serviço em particular, existe uma falta de articulação dentro do próprio serviço, entre os profissionais, [...] dentro do serviço não consigo ter uma articulação adequada entre os profissionais, quando eu levo isso extra muros se torna ainda mais delicado [...] eu percebo como muito falhas essas estratégias de articulação, elas são muito precárias (PROFISSIONAL 4).

A articulação entre a RAPS é extremamente fragilizada e precária, diria desanimadora em alguns momentos, considerando, inclusive, a falta de humanidade, compromisso ético de alguns profissionais, além da carência de qualificação destes [...] (PROFISSIONAL 6).

As redes de atenção à saúde consiste em “conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (MENDES, 2010, p. 2300). Logo, é a partir dessa ideia de rede que a Política Nacional de Saúde Mental, vem a propor a configuração de uma rede de atenção aberta, com ações, serviços e profissionais articulados no território, enquanto estratégia de construção da integralidade do cuidado das pessoas com transtorno mental. Partindo, pois dessa compreensão, podemos observar que a desarticulação da RAPS identificada pelos profissionais entrevistados destoava desse ideário.

Essa desarticulação da rede reflete, por exemplo, no que aponta o Profissional 2 e o Profissional 5 em um olhar fragmentado sobre o usuário de saúde mental por parte de muitos profissionais/serviços que compõem a rede, separando os determinantes sociais, clínicos, individuais e coletivos que envolvem o processo de adoecimento, isto é, não observando o usuário em sua totalidade, comprometendo assim o tratamento integral do usuário como preconiza a RAPS e o próprio SUS, quando nos dispositivos da Lei nº 8.080/90 que o regulamenta está descrito que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, não paginado).

Nos cabe lembrar que o “acirramento das condições de vida moderna na atual fase do capitalismo globalizado, financeirizado, reestruturado e neoliberal com incidência predatória

na periferia do sistema, como no Brasil” (MACAMBIRA, TEIXEIRA, 2017, p. 3) e o decorrente agravamento das expressões da questão social, tem contribuído diretamente para esse processo de adoecimento mental do trabalhador, visto que tem estado cada vez mais comprovado que pressões provenientes da organização do trabalho, como desemprego, subemprego, precarização das condições de trabalho e o conseqüente aumento dos índices de pobreza, prejudicam a saúde e o equilíbrio psíquico do mesmo de forma significativa, configuração esta que é inerente a um sistema que intensifica a miséria do trabalhador em prol da manutenção da estabilidade e do desenvolvimento econômico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)

[...] os “transtornos depressivos” se tornaram a quarta causa mundial de morbidade e incapacitação, e atingem cerca de 121 milhões de pessoas no planeta – sem contar, evidentemente, as que nunca se fizeram diagnosticar. Até 2020, segundo a OMS, a depressão terá se tornado a segunda principal causa de morbidade no mundo industrializado, atrás apenas das doenças cardiovasculares (KEHL, 2009, p. 51).

Deste modo, no que tange ao campo das políticas públicas, para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento, as autoras Bredow e Dravanz (2010) destacam que caberia ao Estado a criação de mecanismos que auxiliem no combate e a erradicação destes fatores, e o processo denominado de intersetorialidade entre as políticas sociais é primordial para que isso aconteça. Conforme Junqueira (1997) a intersetorialidade

é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997). É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade (JUNQUEIRA, 1997, p. 37).

Segundo as autoras Severo e Dimenstein (2011), na saúde mental, a intersetorialidade coloca o usuário em uma nova concepção, priorizando o sujeito e não a doença, oferecendo-lhe um tratamento de qualidade, por meio de mecanismos e espaços que desenvolvam ações intersetoriais com as demais políticas sociais, isto é por meio de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, visando à integralidade no atendimento ao usuário. Acerca disso, as autoras ainda acrescentam que “[...] Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde” (SEVERO, DIMENSTEIN, 2011, p. 650).

Portanto, a partir do momento que a rede local encontra-se desarticulada, como podemos observar nos relatos dos entrevistados, todo esse processo não acontece, a partir do

momento que os serviços de saúde mental e as demais políticas sociais trabalham sem integração, sem articulação com a intersectorialidade, princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da RAPS e da própria Política de Saúde Mental são feridos, obedecendo à lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento das expressões da questão social.

No entanto se faz necessário ressaltar que se as políticas públicas, particularmente as sociais, fossem bem articuladas, certamente colaboraria de forma significativa para minimizar os inúmeros problemas aos quais estão submetidas determinadas populações em determinados territórios, podendo possibilitar o enfrentamento das iniquidades das políticas públicas ainda marcadas pela desarticulação intra e intersectorial (COSTA, 2010). Porém, a autora assinala que esta articulação, “não tem o poder de superar as iniquidades que se vinculam às desigualdades de classes, cuja superação vincula-se ao nível de participação e organização das classes dominadas em torno da construção de um projeto de classe para si” (COSTA, 2010, p. 121).

A Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde - UBS, por exemplo, estão entre os pontos de atenção que mais se encontra dificuldade de articulação, segundo alguns desses profissionais, além dos dispositivos de proteção social nas figuras dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, vejamos:

Nessa relação eu acho que é a estratégia da saúde da família [...] e o dispositivo social que são os CRAS e os CREAS, são eles três, é a maior dificuldade da gente, olhando do dispositivo do cuidado com nossos usuários, [...] nosso desafio ainda encontra-se na atenção básica, e no CRAS e CREAS (PROFISSIONAL 2).

As articulações são sempre feitas, mas [...] as falhas deixam a gente desmotivados, às vezes, por exemplo, nós temos pacientes que precisam de tratamento odontológico, você manda para os postos de saúde da unidade básica e dizem você é usuário do CAPS, não posso [...] tem que ir numa instituição especializada [...] muitas vezes esse paciente ou esse usuário vai no CREAS, o CREAS não dá o suporte adequado, O CRAS, o NASF, a própria secretaria de serviço social, eu acho que você deve entender isso [...] (PROFISSIONAL 5).

Como vimos, as Unidades Básicas de Saúde estão entre os pontos de atenção da RAPS na atenção básica. De acordo com a Portaria nº 3.088/11, as UBS são serviços de saúde constituídos por uma equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de esfera individual e coletiva, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de desenvolver uma atenção integral que possa

impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). A portaria específica ainda que

§ 1º A Unidade Básica de Saúde [...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011, não paginado).

No entanto, os relatos dos profissionais sugerem que os casos atendidos nos serviços substitutivos, a exemplo do CAPSIII-Reviver, não têm encontrado uma efetiva co-responsabilização entre as equipes de saúde mental e as unidades básicas de saúde, visto que o que tem prevalecido é a perspectiva médico-tradicional em que os problemas de saúde mental devem ser atendidos tão somente por um serviço especializado, quando o foco da própria Estratégia de Saúde da Família deveria ser justamente a reversão desse modelo assistencial predominante biomédico, e investir na promoção da saúde e na defesa da vida.

Lancetti e Amarante (2007) lembram que muitas vezes o simples encaminhamento para um departamento ou setores especializados não funcionam no caso da saúde da família, visto que

[...] Parte significativa da população sofre de algum distúrbio psíquico, três por cento com gravidade. Muitos desses pacientes nem se quer vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria, e às vezes a forma de intervenção da estratégia da família é mais incisiva e tem potencial de operar mudanças maiores que as do Caps e, certamente, maiores que as do hospital psiquiátrico (LANCETTI, AMARANTE, 2007, p. 629).

O autor Lancetti (2010) levanta uma questão que consideramos bastante pertinente, quando ele diz que a lógica de complexidade que rege a atual organização piramidal da rede se inverte na saúde mental, uma vez que enquanto na saúde em geral a atenção básica é responsável por intervenções mais simplificadas e o hospital por intervenções mais complexas, na saúde mental acontece exatamente o inverso, visto que

Quando o paciente está internado, os processos se simplificam. Quanto mais internado, mais simples. O sujeito está trancado, contido, e às vezes se faz isso para resolver o seu problema e não o problema do paciente<sup>45</sup> [...] Quanto mais se opera no território onde as pessoas moram, os procedimentos são mais complexos. Atender uma crise com recursos da comunidade, com o recurso sanitário que é a unidade de Saúde e uma equipe com Agentes Comunitários de Saúde, médico, enfermeiro de família e auxiliares de enfermagem associados aos trabalhadores de saúde mental, é operar em território de altíssima complexidade. Esse me parece que

---

<sup>45</sup> Contudo, o autor Lancetti (2010, p. 119) ressalta que “[...] o caso se simplifica imediatamente, porém depois se complica, porque nós sabemos que, quando se interna, inclusive como uma medida de proteção da vida, operando como bombeiros, pode-se iniciar uma mudança ou produzir uma dependência institucional. Depende muito como seja feita a internação; nós resolvemos um problema imediatamente, operamos como um bombeiro, mas isso tem consequências. No processo de reabilitação daquela pessoa, você sabe que, quando uma pessoa permanece internada, retrocede, é como um jogo onde você volta várias casas para trás”.

é o processo mais rico, mais apetitoso do ponto de vista teórico, do ponto de vista epistemológico (LANCETTI, 2010, p. 119).

Quando esse diálogo entre as equipes de saúde mental e as equipes de saúde da família não acontece, quando os profissionais da atenção básica não se sentem preparados/capacitados para atender à demanda de saúde mental em sua complexidade, certamente as práticas de matriciamento seguem com enormes dificuldades de serem de fato efetivadas ou simplesmente não se efetivam, visto que o apoio matricial em saúde mental consiste justamente em atividades de atenção e de educação permanente realizadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental em parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Uma vez que, é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização, faz-se cada vez mais necessário que as equipes de saúde da família, bem como as equipes da própria saúde mental estejam orientadas e treinadas na concepção mais geral da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, “entendendo ambas como processos sociais complexos que visam tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da saúde e à construção da consciência sanitária nas comunidades” (AMARANTE, 2007, p. 96). Logo, constitui-se compromisso imprescindível do Estado, por meio, por exemplo, do Ministério da Saúde e demais gestores, a capacitação e qualificação contínua dos profissionais da rede a fim de se evitar práticas alienadas, acrílicas e pouco efetivas que comprometem o atendimento integral e intersetorial do usuário assistido.

A desarticulação entre o campo da saúde mental e da assistência social, através dos CRAS e dos CREAS também é uma questão apontada por alguns entrevistados, indo de encontro mais uma vez com a noção de intersetorialidade que deve perpassar por todas as políticas públicas, confirmando mais uma vez a fragilidade real dessa rede de atenção psicossocial ao portador de transtorno mental e sua família na conjuntura local.

É de suma importância que os serviços ofertados pelos CRAS e pelo CREAS estejam somados com ações das demais políticas públicas, dentre elas a de saúde mental, na perspectiva de se ampliar a prevenção de ocorrências de situações de vulnerabilidade social e risco nos territórios e de se ampliar a capacidade das famílias e indivíduos no enfrentamento e superação das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Segundo Duarte e Dias,

A tarefa de transformação social é crucial nesta etapa do processo de Reforma Psiquiátrica e exige dos profissionais que dela participam a sutileza de tornar o meio social cada vez mais aberto ao contato com a loucura, com a coisa mental. Aceitar a loucura não como uma entidade superior ou inferior, que se beatifica ou condena,

mas em certo sentido, que se responsabilize a aceitar a diferença do outro (DUARTE, DIAS, 2012, p. 237).

As estratégias de articulação com o SAMU, segundo um dos profissionais, também é permeada por impasses, vejamos:

[...] chega alguém precisando e a gente não tem um carro do serviço, então chega um paciente usuário agitado a gente liga para o SAMU e ainda é aquela dificuldade [...] tem que passar pela “regulagem”, a gente sabe que tudo isso é um protocolo, que eles têm que seguir aquele protocolo, só que [...] a gente vê que quando diz que é um paciente de saúde mental ainda tem aquele preconceito, aquela coisa de não querer vir, aí é uma dificuldade, é uma demora, se fosse uma coisa mais fácil, de acesso rápido, resolveria mais [...] (PROFISSIONAL 3).

Outro ponto acerca dessa articulação com o SAMU relatado por outro profissional é a exigência da presença da Polícia Militar para a realização de procedimentos de internação, como podemos identificar abaixo:

Assim, se a gente precisar de um atendimento, por exemplo, lá na emergência nós não temos um carro para levar até emergência, por exemplo, um usuário agitado [...] a gente orienta que a família veja a possibilidade de chamar o SAMU ou o bombeiro [...] a gente nunca vai com o SAMU [...] sozinho, sempre vai com a polícia, porque quando eles vão, por exemplo, fazer um resgate de um usuário [...] que é atendido no CAPS III... vamos supor que ele esteja lá em um determinado local, surtado, abandonado e alguém vem nos comunicar, o quê se faz? comunica para o bombeiro, o SAMU e a polícia e a gente pede que eles vejam a possibilidade de resgatar aquele usuário e levar para onde? Para a Emergência Psiquiátrica [...] (PROFISSIONAL 7).

O profissional 3 identifica que articulação com SAMU se dá muitas vezes por meio de uma visão estigmatizada do paciente psiquiátrico, sob o viés do medo/preconceito quando se solicita o auxílio desse serviço para uma intervenção em uma possível crise psíquica e o mesmo se “nega” ou demora por se tratar simplesmente de um usuário de saúde mental, o que evidencia que a ideia de periculosidade, permeada por estigmas, historicamente atribuída a esse usuário certamente ainda não foi superada pelo conjunto da sociedade, nem mesmo entre os profissionais da própria rede de atenção psicossocial, que deveriam trabalhar sob uma lógica totalmente inversa a essa, isto é, no combate contínuo a estigmas e preconceitos.

Porém, é preciso ressaltar que os serviços de urgência ocupam um lugar tão estratégico quanto problemático na RAPS, pois na maioria das vezes, esses serviços “priorizam a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica, fortalecendo a cadeia crise/emergência/internamento como se fosse a principal, senão única, alternativa para conter a crise” (BRITO, BONFADA, GUIMARÃES, 2015, p. 1294). Nessas circunstâncias, a crise que deveria ser cuidada a partir dos princípios de vinculação e acolhimento, contrai o rótulo de urgência psiquiátrica, sendo compreendida muitas vezes, sob o viés da necessidade de contenção e exclusão dos sujeitos em prol da

manutenção da ordem social, e as práticas geralmente conservadoras do SAMU, refletem justamente essa atenção equivocada à crise psíquica (BONFADA et al., 2013).

Os autores Brito, Bonfada e Guimarães (2015) ressaltam que nem toda situação de crise, irá restringir-se necessariamente a uma realidade de urgência ou emergência em saúde mental, e tratar toda crise como uma questão de urgência ou emergência “é reflexo da intolerância e preconceito para com os sujeitos em sofrimento psíquico, bem como uma demonstração da incapacidade de compreender e aceitar o outro, cultivada em nosso cotidiano pela psiquiatria clássica e por outros reducionismos da pessoa à doença” (BRITO, BONFADA, GUIMARÃES, 2015, p. 1294), e essa prática contraria fortemente os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A análise do profissional 7 sugere uma outra problemática que envolve a atuação do SAMU na RAPS, embora a mesma em sua fala não tenha expressado uma análise crítica a respeito, o que também é preocupante, que é a presença constante da polícia nesse processo, uma vez que em nenhum momento essa presença é tida como um componente integrante e necessário à RAPS na Portaria nº 3.088/11 que a regulamenta, pelo contrário os militantes do Movimento de Luta Antimanicomial “consideram tal instância não apenas dispensável, mas um retrocesso que infringe os princípios da Reforma psiquiátrica brasileira” (SOUSA et al., 2017, p. 83), mediante práticas muitas vezes coercitivas que podem prejudicar a assistência aos pacientes psiquiátricos no contexto do atendimento pré-hospitalar de urgência.

Portanto, observa-se até aqui que um dos grandes desafios atuais para a efetivação da RAPS no município tem sido justamente a intersetorialidade, primordial na organização das redes de saúde mental. Com vínculos institucionais considerados frágeis, os profissionais entrevistados do CAPSIII assinalam que não tem conseguindo efetiva parceria com os diversos equipamentos, particularmente atenção básica, SAMU, CRAS e CREAS. Além dessa desarticulação e/ou articulação precária entre os dispositivos da RAPS local, outros elementos também indicam que a mesma encontra-se fragilizada e constituem-se enquanto limites para o fortalecimento desta, os quais abordaremos no decorrer dos próximos tópicos.

#### **4.3.2 A contraditória função do hospital psiquiátrico e das comunidades terapêuticas na RAPS: A (re)produção dos modelos asilar e psiquiátrico clássico**

A função da **Clínica Psiquiátrica Dr. Maia** na rede é, pois questionado em um dos depoimentos dos entrevistados, apesar de todas as adaptações advindas do processo de desinstitucionalização, o mesmo avalia que essa instituição ainda carrega fortes traços do modelo manicomial, traços estes que convivem contraditoriamente com os serviços substitutivos e com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Observemos o relato:

[...] só que o Maia se adaptou, adequou-se um pouquinho [...] eu ainda acho que ele não é o ideal de uma clínica de reabilitação, porque lá é tudo misturado, [...] é melhor que o João Ribeiro, mas é ainda um local que se joga todo tipo de transtorno [...] que não é necessário, eu acho que numa clínica para reabilitação vamos dizer de uso de álcool e de drogas as coisas têm de ser diferente dos transtornos bipolar [...] o CAPS faz isso, que temos hoje o CAPS que é o CAPS III, não aceitamos quem vem com o problema com o álcool e a droga, porque não é o perfil nosso, tem o CAPSad [...] só que, por exemplo, no Maia quando se está na crise leva para lá, levam todos os tipos, assim quase se torna o manicômio entende? [...] eu sou contra o Maia pelo atendimento ainda, embora eu veja um pouco mais de humanidade, lógico, uma diferença do que eram os manicômios, mas ainda fica a desejar [...] (PROFISSIONAL 5).

Observa-se uma preocupação do profissional em não naturalizar a convivência do hospital psiquiátrico na RAPS e a reprodução de práticas manicomiais próprias de um “sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental” (OLIVEIRA, 2009, p. 54), quando se institucionaliza e prevê um tratamento “padronizado” para diferentes tipos de transtornos, desconsiderando as singularidades do sujeito e os múltiplos determinantes de seu processo de adoecimento.

Sabe-se que as “condições regulamentadoras do Ministério da Saúde eram favoráveis ao trabalho proposto pela Reforma Psiquiátrica, mas nunca deixaram de contemplar, em seu interior, o hospital psiquiátrico” (SOUSA, JORGE, 2019, p. 06). Porém, na visão dos defensores da Reforma Psiquiátrica, a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS caracteriza-se um retrocesso, uma vez que a reforma constitui-se um processo social complexo que

[...] transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. O que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura [...] (YASUI, 2006, p. 95).

No que concerne à presença das **Comunidades Terapêuticas** na RAPS local, um dos entrevistados alerta para a disseminação desta no contexto atual e que acabam por representar também um modo de continuação do modelo manicomial, só que com uma nova terminologia, com constantes violações dos direitos humanos dos usuários residentes, vejamos a análise feita pelo Profissional 4:

[...] O que acontece, porém é que na atualidade, embora se tenha iniciado com as residências públicas, hoje a gente percebe uma disseminação de comunidades terapêuticas privadas, e não se tem uma fiscalização adequada, não se tem um olhar adequado, então o que a gente percebe hoje é que as comunidades estão se tornando mini hospitais psiquiátricos. Às vezes os usuários sofrem muito maus tratos lá, chegam a passar fome inclusive, situações análogas as do manicômio mesmo, só que em menor proporção e menor escala, então embora seja fundamental, mas uma vez eu volto a dizer é necessário um acompanhamento mais adequado, um acompanhamento [...] e não só da fiscalização de vê como tá funcionando, mas até a abertura mesmo, do controle da abertura das comunidades, porque hoje qualquer pessoa que queira abrir uma comunidade terapêutica consegue fazer isso, sem muitos pormenores, eu acho que é mais difícil, eu ou você abrir uma conta bancária do que uma pessoa abrir uma comunidade [...] isso é muito sério, a gente tá lidando com vidas de pessoas, pessoas em situação de crise, já fragilizadas e que eu estou juntando várias em um lugar sem ter tratamento, acaba se tornando mais uma vez um asilo, um lugar de despejar essas pessoas, porque só tem um cuidador lá, um enfermeiro, uma pessoa para cozinhar, eu não estou tratando essas pessoas, estou simplesmente depositando elas em algum lugar (PROFISSIONAL 4).

A observação feita pelo Profissional 4 coaduna com o que discutimos no capítulo anterior quando refletimos acerca dessa disseminação de Comunidades Terapêuticas no país e o incentivo cada vez maior por parte do Estado a estas em detrimento dos dispositivos substitutivos na atualidade, fragilizando ainda mais a rede de atenção psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Sousa et al. (2017) adverte que essa questão representa uma lacuna da própria Portaria nº 3.088/11, que acaba por prevê a integração de serviços de natureza privada como integrantes da RAPS, estimulando contraditoriamente o incentivo financeiro público em instituições que se distanciam do modelo substitutivo de atenção à saúde mental. Ao propor uma internação de duração de nove meses, considerada já de longa duração, tais instituições destacam-se entre os serviços que compõem a RAPS “como aquelas que apresentam maior tempo de permanência e indicadas para usuários com condições clínicas estáveis”<sup>46</sup> (SOUSA et al., 2017, p. 84), assemelhando-se em muito ao isolamento dos hospitais psiquiátricos.

A ausência de regulamentação desses serviços e fiscalização pelo poder público, além de constantes denúncias de violação, como citamos anteriormente, também são fatores que contribuem para o descrédito desse serviço (SOUSA et al., 2017). Na particularidade de Campina Grande - PB, por exemplo, em um Relatório Nacional de Inspeção em Comunidades

---

<sup>46</sup> De acordo com Sousa et al. (2017, p. 84), usuários com condições clínicas estáveis não necessariamente precisariam ser isolado por nove meses para um tratamento prolongado, “mas necessitam de acompanhamento em um serviço aberto de atenção psicossocial. A internação para desintoxicação se faz necessária em certos casos, e para isso está previsto pelo portaria que institui a RAPS que leitos em hospitais gerais podem suprir essa demanda por meio de internações de curta duração, e após o período de desintoxicação o usuário está apto a voltar a sua rotina e continuar o tratamento por outros serviços da RAPS”.

Terapêuticas de 2017<sup>47</sup>, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia - CFP, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura - MNPCT e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal - PFDC/MPF, foram apontadas uma série de irregularidades na Comunidade Terapêutica Fazenda do Sol do município, dentre as quais estão: indícios de violação de direitos trabalhistas, uso de rotina rígida para os internos, uso de recursos públicos, falta de comunicação e visitas restritas.

Na medida em que o caráter asilar é deliberado por duas vias: a) a falta de recursos para proporcionar assistência integral e b) a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria Lei nº 10.216/01, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários (BRASIL, 2018), se faz cada vez mais necessário

[...] a implantação de políticas públicas que alicerçadas em valores democráticos e garantidores de direitos humanos, que fortaleçam serviços substitutivos de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionando um curso diferente daquele atribuído à suposta ‘doença mental’ nas internações psiquiátricas (SOUSA, JORGE, 2019, p. 02).

#### **4.3.3 Quantidade/qualidade dos serviços existentes na RAPS hoje e a demanda posta pela realidade local**

Apesar da existência de toda uma estrutura de serviços disponibilizados pela RAPS no município e distritos, dentre eles, os que fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica – os CAPS – parte dos entrevistados acredita que a quantidade dos serviços hoje existentes não é suficiente para atender a demanda posta pela realidade local como prevê a legislação, o que acaba por refletir na qualidade do atendimento prestado, apontando para a necessidade da implementação de outros dispositivos previstos na RAPS e de articulação com outros não necessariamente previstos na RAPS, como podemos observar nos relatos abaixo:

Somos uma cidade de mais de quatrocentos mil habitantes, então assim a demanda do serviço, por exemplo, Campina Grande hoje tem o CAPSIII, mas hoje nós deveríamos ter dois CAPSIII, Campina Grande hoje tem um CAPSad, mas nós deveríamos ter dois CAPSad, então assim pela quantidade de como prever a legislação, pela quantidade de habitantes a gente deveria ter mais serviços, mais

---

<sup>47</sup> De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 (BRASIL, 2018, p. 11) “A ação conjunta é inédita e mobilizou cerca de 100 profissionais, em vistorias que aconteceram simultaneamente em 28 estabelecimentos nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal”.

profissionais, mais pessoas engajadas nessa luta do não manicômio, da luta antimanicômio (PROFISSIONAL 2).

Não. É tanto que assim seria bom... a gente já tem o número de habitantes [...] que ele já comportaria um outro CAPSIII, então é bom? É, só que vai se tornando pequeno para população, se a gente quer fazer uma coisa bem feita... a gente faz, porque assim se eu tenho vontade de fazer eu vou fazer em qualquer canto, mas para que a gente possa fazer mais além, eu preciso ter suporte [...] a gente gosta do que faz, [...] queria fazer, melhor seria se tivesse outro CAPSIII outro CAPS II [...] cada um ficasse assim não sobrecarregado [...] (PROFISSIONAL 3).

Não. Vou ser sincero com você precisava mais articulações com mais serviços, porque, por exemplo, vejo hoje muitas universidades usando o CAPS e outras coisas como ponte para lançar os estudantes, os estagiários no mercado, mas não traz o serviço das universidades para o CAPS, para as residências, porque poderia ser feito dessa forma, [...] Porque não fazer assim um dia D da odontologia no CAPS, um dia D da psicologia no CAPS, um dia D da sociologia no CAPS? Vendo todos os problemas que tinha, lógico que ninguém vai resolver tudo de um dia para o outro, mas é um projeto feito assim [...] Essa parte de RAPS era pra ser incluídos todos esses serviços, por exemplo, [...] é para ser o trabalho CAPS extramuros, mas que também as outras instituições no termo geral trouxesse esse extramuros deles para nós, eu vejo que SEBRAE, SENAI, SESI isso tudinho poderia está aqui, eles tem esses aparatos. Todo canto que eu vou eu discuto, na universidade, nas feiras, nos simpósios, eu discuto isso, mas fica sempre assim eu coloco minha posição porque eu vejo essa falha, essa falha não é dessa gestão, é de várias, é um sistema que tá falhando [...] (PROFISSIONAL 5).

[...] assim era para ter outro CAPS III, era para ter mais um CAPS II, porque a demanda é grande, tem muita criança, muito adolescente que precisa do CAPSi e é só um, então precisava de mais serviços [...] (PROFISSIONAL 7).

Porém, outra parte dos entrevistados acredita que a quantidade dos serviços existentes seria sim suficiente para atender a demanda, mas é a qualidade destes que acaba muitas vezes por impossibilitar que essa demanda seja efetivamente atendida, ou seja, a real dificuldade não está, necessariamente, ligada à quantidade dos serviços, mas à qualidade destes. Notemos nos relatos:

[...] eu acho que é suficiente, consegue atender a demanda (PROFISSIONAL 1).

Nós não conseguimos responder, atender essa demanda, mas eu acredito que não é nem tanto pela quantidade de serviços oferecidos, é mais pela qualidade como o serviço está estruturado, eu acho que pela quantidade sim, até porque Campina ocupa uma posição, ainda, não sei até quando, mas ela ocupa [...] uma posição estratégica na questão de oferta de serviços de saúde mental, Campina foi tida durante muitos anos, o estado da Paraíba foi tido por muitos anos como referência nacional em saúde mental e essa referência a gente devia a Campina Grande porque tinha uma cobertura de serviços ampla, que foi se desgastando, se deteriorando ao longo do tempo, mas eu percebo que é mais uma questão de qualidade do que de quantidade, muito embora também Campina não deveria ter mais CAPS II, o CAPSII já deveria ter se tornado um CAPS tipo III, é uma discussão que vem acontecendo a alguns anos e pela própria legislação pelo tamanho da população, pelos serviços ofertados, também já não comportaria né (PROFISSIONAL 4).

Não. Os recursos destinados são insuficientes tanto materiais, quanto profissionais. O processo de trabalho é muito segmentado na instituição, não, possibilitando, por exemplo, a realização de estudo de caso sempre que se faz necessário. Diria que falta mais qualidade nos serviços e não quantidade de serviços (PROFISSIONAL 6).

Por um lado, os relatos de alguns profissionais indicam uma necessidade pela criação de mais serviços substitutivos para compor a RAPS local, principalmente da atenção estratégica nas figuras dos CAPS (ainda que um deles tenha sugerido a necessidade de articulação com outros dispositivos que não essencialmente estão previsto na RAPS, como o SEBRAI, SENAI e SESI, visando o desenvolvimento da profissionalização dos usuários da saúde mental, elemento que consideramos extremamente importante no processo de reinserção social dos mesmos), dentre eles a criação de um outro CAPSIII, como um dos meios, encontrado por eles, de se aprimorar o atendimento à crescente demanda que tem se configurado no serviço, diante do tamanho da população, apesar de também reconhecerem que essa demanda é implicada por outros tipos de lacunas.

Por outro lado, as falas de outros profissionais (especificamente o 4 e 6) evidencia que a condição quantitativa de serviços que compõe a rede de atenção psicossocial hoje possui uma ampla cobertura no município, porém desacompanhada de mecanismos qualitativos de funcionamento e articulação, como a destinação de recursos materiais e pessoais satisfatórios, evidenciando o fato de no Brasil ainda não dispormos de uma rede ágil, flexível e resolutiva.

Apesar de pertinentes, as considerações feitas pelos profissionais demonstram uma tendência que tem se construído no âmbito nacional de que as propostas de ampliação da rede têm ficado concentradas no aumento do número de CAPS, tornando esse o principal indicador de avanço da reforma. Porém, é necessário irmos além dessa concepção que sugere uma operacionalização de uma reforma restrita aos serviços de saúde, propondo uma desinstitucionalização que não ultrapassa as fronteiras sanitárias (DIMENSTEIN, LIBERATO, 2009). Estas autoras ainda ressaltam que

À medida que investimos prioritariamente na ampliação da rede de serviços assistenciais, estamos trabalhando com uma concepção muito limitada de rede, estreitando o circuito por onde a loucura pode transitar, estamos tomando-a como objeto específico da saúde, criando poucas possibilidades de reinserção social e de co-responsabilização pelas diversas políticas públicas (DIMENSTEIN, LIBERATO, 2009, não paginado).

#### **4.3.4 Condições precárias de trabalho da equipe do CAPSIII- Reviver**

Outro ponto destacado pelos profissionais entrevistados trata-se das condições precárias de trabalho que muitas vezes os impedem de trabalhar em prol do efetivo fortalecimento do próprio serviço CAPSIII e da rede de atenção psicossocial como um todo,

apesar dos esforços objetivos e subjetivos diários exercidos por estes. Tais condições são identificadas por meio de diferentes e articulados elementos, como: além das condições precárias relacionadas a uma estrutura deficitária do serviço, como citamos anteriormente, tem-se as condições precárias de trabalho por desvalorização salarial e vínculo empregatício via contrato; condições precárias de trabalho por sobrecarga de demanda dado o reduzido quadro de profissionais; e condições precárias de trabalho por ausência de capacitação/qualificação das equipes profissionais que compõem os serviços da rede. Vejamos os relatos:

[...] o pessoal aqui veste muito a camisa, a equipe, e luta por isso, mas são muito mal remunerados, principalmente porque grande parte dos que trabalham aqui são contratados, mal remunerados (PROFISSIONAL 1).

Dificuldade também são os recursos humanos que a gente não tem [...] para que você vá ao território, tem que parar o serviço, porque eu não tenho profissional que fique no serviço, para cobrir o serviço e para o profissional ir ao território, então é outra dificuldade, recursos humanos. Outros limites da RAPS que querendo ou não interfere nesse fortalecimento, é o financeiro dos profissionais da rede [...] o profissional tem que está estimulado para realizar um trabalho digno, e a gente sabe que essa valorização interfere, essa valorização salarial é uma dificuldade [...] (PROFISSIONAL 2).

Eu acho que o que poderia ajudar a fortalecer seria a questão de capacitação profissional [...] Profissionais de saúde não sabem o que é um CAPS, às vezes eles encontram uma depressão leve, alguma coisa mais moderada, encaminha pro CAPS [...] como nós temos na cidade o Francisco Pinto, que abarcaria essa demanda mais ambulatorial mesmo, que não é um transtorno grave e persistente como descreve a própria resolução de atendimento do CAPS, então assim, eu acho que é mais essa questão mesmo de conscientização, de aperfeiçoamento profissional, até porque se esses profissionais tivessem capacitados, eles saberiam para que cada serviço serve, o quê o serviço deve ofertar e essa rede talvez funcionaria de forma mais adequada, porque saberia quem contactar, como contactar, onde encaminhar esse usuário [...] (PROFISSIONAL 4).

[...] nós temos poucos profissionais entendeu? Tem áreas que praticamente está sem profissional, tem outros profissionais de outras áreas que era para está aqui [...] além, de que muitos profissionais nossos também adoecem [...] dessa forma, e não se pensa muito nisso, eu digo sempre assim que nós deveríamos ter o centro de convivência dos profissionais em áreas de saúde mental que não é um centro de convivência para os usuários e sim para o profissional saber como algumas vezes articular entre si e outras áreas também [...] nutricionista para o usuário e junto com o profissional [...] carga horária muito agressiva [...] a parte jurídica daqui do CAPS não se tem [...] Porque existem fatores jurídicos do serviço e existem fatores jurídicos pessoais que era pra se dá um apoio [...] (PROFISSIONAL 5).

[...] Antes havia muitos profissionais, hoje está mais reduzido, tanto da enfermagem, do médico que são apenas dois, poderia ser mais, então é muito complexo [...] (PROFISSIONAL 7).

No diz respeito às **condições precárias de trabalho por desvalorização salarial e vínculo empregatício via contrato**, o autor Vasconcelos (2016) vai dizer que em conjunturas de crise e recessões, como no contemporâneo ciclo de políticas de reajuste neoliberal, o

processo de condições de trabalho e salário comumente sofrem, no que diz respeito aos trabalhadores, uma deterioração mais exacerbada. Desse modo, há uma crescente diminuição do trabalho formal (diante das novas tecnologias e organização da produção) aumentando o desemprego e conseqüentemente expandindo o trabalho informal, e ainda a potencialização da implantação de formas diversas de subcontratação e terceirização da força de trabalho (TONET, 2009).

Por sua vez, essa política neoliberal de flexibilização da introdução do trabalhador no mundo do trabalho, intensificada na década de 1990, a qual foi abraçada pelo governo federal, e em seguida pelos governos estaduais e municipais, produziu efeitos venenosos também no SUS, pois se tem verificado um grande volume de contratações de serviços por meio da terceirização nas instituições públicas de saúde e saúde mental (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011). O autor Vasconcelos (2016) contribui ainda com essa discussão quando diz que no trabalho em saúde e saúde mental diferentes dimensões expressam essa questão, dentre elas:

[...] - as diferentes formas mais objetivadoras de conhecimento científico e técnico que incidem sobre o trabalho em saúde e saúde mental, limitando abordagem mais críticas, ou compreensivas, contínuas no tempo e multidimensionais; - a privatização, terceirização, precarização e descontinuidade das relações de trabalho, com lógica lucrativa, gerencial e alienada das relações e dos direitos do trabalho, gerando quebra dos vínculos clínicos e do cuidado com os usuários; - perda salarial, a intensificação do trabalho e o produtivismo no setor da saúde; [...] (VASCONCELOS, 2016, p. 100-101).

Considerando esse entendimento, podemos dizer que esse caráter da terceirização e da subcontratação da mão de obra próprias do modelo neoliberal, identificado por alguns entrevistados pode trazer e tem trazido ao trabalhador instabilidades, desmotivação e limitações (não só para os trabalhadores admitidos via contrato, mas também para os efetivos), constituindo-se um fator de risco para fragilizar a efetividade do serviço prestado pelo CAPSIII em questão e pela rede, além de afetar a vida desse trabalhador em suas mais variadas esferas.

No que se refere às **condições precárias de trabalho por sobrecarga de demanda dado o reduzido quadro de profissionais**, uma vez que diante da fragilidade de um trabalho interdisciplinar deficitário, com áreas de atuação totalmente descobertas, como vimos na fala do profissional 5, há pois, além da dificuldade de se chegar ao território, como ressaltou o profissional 2, uma intensificação da exploração da força de trabalho desses profissionais do CAPSIII-Reviver, cada vez mais sobrecarregados de demandas, com cargas horárias

exaustivas e permeada por tensões, que podem levar a sérias interferências no processo de saúde-doença dos mesmos, isto é, os levando a um processo de adoecimento.

Esse processo de adoecimento dos trabalhadores na era neoliberal está, portanto, predominantemente vinculado a essas transformações no mundo do trabalho geradas pela reestruturação produtiva do capital, e no Brasil, em especial, essa nova ordem neoliberal “instaurou uma dinâmica interna própria de países capitalistas de origem colonial-escravista, com industrialização dependente e hiper tardia, fundada na superexploração da força de trabalho” (CASULO, 2018, p. 65). Desse modo, o caráter autocrático-escravista (e colonial) que marca a ideologia neoliberal no Brasil acarreta consequências à subjetividade dos trabalhadores brasileiros, dentre elas o sofrimento físico e psíquico dos mesmos (CASULO, 2018).

A sobrecarga de demanda, outrora identificada, está intimamente ligada a uma outra falta/lacuna existente na rede local, como ressaltaram alguns entrevistados, que é o fato de encaminhamentos equivocados realizados entre os profissionais da rede, o que sugere um possível desconhecimento da operacionalização da própria Política de Saúde Mental por parte dos mesmos, e que em muito se deve a **ausência de capacitação/qualificação consistentes e contínuas dessas equipes profissionais que compõem os serviços da rede**, evidenciando a desresponsabilização do Estado, por meio de seus representantes federais, estaduais e municipais em evitar questões inquietantes como a apontada pelo profissional 4, da existência de profissionais de saúde que ainda desconhecem o que é um CAPS. As autoras Rézio e Oliveira vão dizer que

Quanto menor [...] formação técnica e política tivermos, maior será a ação do capital e, por conseguinte, maior será também o nível de alienação. Assim, teremos poucas possibilidades de entender a inserção social do usuário na atenção psicossocial e nos vemos como sujeitos nesse processo de mudança (RÉZIO, OLIVEIRA, 2010, p. 350).

Portanto, em relação à precarização das condições de trabalho, os profissionais partilham em sua maioria da mesma insatisfação com descaso por parte do poder público em não intervir com medidas que venham a evitar o despreparo e a subvalorização dos mesmos, bem como a não garantia de condições mínimas aos serviços para operacionalizá-los, seja por meio de investimentos em instrumentos de trabalho, seja através do fortalecimento do cuidado em rede, dentre outros fatores. Melo Júnior (2011, p. 69) aponta que a “afinidade e o compromisso que esses indivíduos (profissionais) têm com seu trabalho mostra sua capacidade de resistir às adversidades impostas pelo próprio trabalho e um compromisso ético

com usuários e a coletividade”. Ou seja, a precariedade da formação e capacitação do corpo profissional pode ser um dos fatores responsáveis por uma assistência também precária.

#### **4.4 O matriciamento, o comprometimento da equipe profissional, o processo de desinstitucionalização por meio das Residências Terapêuticas e o processo de Reforma Psiquiátrica enquanto “possibilidades”**

No que tange as possibilidades, notamos certa dificuldade dos profissionais de explicitá-las em meio a uma rotina tão saturada por limites, contudo elas existem, e dentre as quais apontadas, estão: a possibilidade de chegar ao território por meio do matriciamento, apesar das dificuldades de se chegar até ele e dá continuidade; e o comprometimento da equipe profissional do serviço em exercer ações condizentes com o modelo de atenção proposto para os CAPS e que fortaleçam o trabalho em rede, mesmo que pontualmente. Vejamos os relatos:

[...] grande parte dos que trabalham [...] eles vestem a camisa apesar de todos os problemas que tem de enfrentar, [...] todo mundo gosta do que faz, [...] dificuldades você tem muitas, mas todo mundo encara essas dificuldades e vai em frente, lutando para funcionar da melhor forma possível (PROFISSIONAL 1).

[...] A possibilidade é o matriciamento que a gente iniciou com dificuldade o ano passado e que está dando certo com a atenção básica, faz uns dois a três anos que se iniciou em alguns bairros e distritos do que a gente trabalha no CAPS III, a gente conseguiu fazer alguns matriciamentos por ser o CAPS o regulador, está lá na nossa portaria [...], a gente não precisa pedir licença, a gente é que tem que regular, a gente é que tem que ir a atenção básica pra matricular, então as possibilidades é essa a gente está conseguindo chegar no território [...] houveram muitos obstáculos, muitas pedras e ainda está tendo, mas a gente está conseguindo tirar essas pedras do caminho [...] mas pra que você vá ao território você tem que parar o serviço, porque eu não tenho profissional que fique para cobrir o serviço e pra o profissional ir ao território, então é outra dificuldade [...] (PROFISSIONAL 2).

Devendo-se destacar [...] o comprometimento da equipe na discussão de estratégias, porém ainda de forma pontual (PROFISSIONAL 6).

Por outro lado, a fala de um dos profissionais nos chamou atenção quando este afirma que não tem conseguido visualizar possibilidades reais na atual conjuntura, apesar de saber que elas existem. Notemos:

[...] eu acho que estou com uma visão tão pessimista ultimamente [...] essas novas conjunturas que inclusive fala em fechamento, se conjectura a possibilidade de fechamento de CAPS, enfim [...] até alguns anos atrás a gente trabalhava em redução de leitos psiquiátricos, e agora a gente já tá pensando em fortalecer novamente esse serviço [...] (PROFISSIONAL 4).

Devemos destacar a possibilidade de chegar ao território por meio do apoio matricial registrado na fala do profissional 2, visto que esse consiste em “um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutico” (BRASIL, 2011, p. 13). Na saúde mental, esse apoio matricial (outro elemento estratégico da Política Nacional de Saúde Mental) precisa se dá por meio de uma intensa relação dos CAPS com as equipes de Saúde da Família, uma essencial estratégia de fortalecimento da RAPS, que é por sua vez, intensamente territorial. Acerca disso as autoras Lima e Dimenstein assinalam que

Atender a lógica territorial que requisita a PNSM, promover cuidados no território e interromper o circuito de internações e segregações implica viabilizá-los de forma articulada, tendo a Atenção Básica como um núcleo central. Garantir a assistência em saúde mental a partir desse campo é encaminhá-la na direção da integralidade do SUS, dos cuidados em rede e em liberdade (LIMA, DIMENSTEIN, 2016, p. 626).

Porém, observa-se que a operacionalidade do apoio matricial realizado pela equipe do CAPSIII-Reviver foi e tem sido marcada por limitações, entre as quais se destacam a indisponibilidade dos profissionais em estar nesse território de forma efetiva, indisponibilidade esta que se deve, sobretudo, de acordo com a fala do profissional, ao baixo quadro da equipe do serviço, além da própria dificuldade de articulação em si com a atenção básica sinalizada anteriormente, portanto se faz cada vez mais imprescindível que as equipes de saúde mental e as equipes de saúde da família, lhes tenham assegurado mecanismos e condições necessárias para exercerem ações continuadas do matriciamento, objetivando colaborar com o

processo gradativo de aumento de responsabilização e autonomia das equipes matriciadas, na medida em que vão incorporando, em seu campo de conhecimento, habilidades para intervir em situações anteriormente reconhecidas como possíveis apenas à equipe de especialistas e a eles frequentemente delegadas (LIMA, DIMENSTEIN, 2016, p. 629).

Outra possibilidade assinalada pela maioria dos entrevistados é o processo de desinstitucionalização por meio das Residências Terapêuticas no município, considerando que o mesmo veio a somar positivamente para a atenção à saúde mental daqueles usuários egressos de longas internações no ICANERF, materializando diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico em meio a uma série de desafios. Porém, alguns profissionais destacam que esses serviços ainda carecem de um reconhecimento mais efetivo tanto por parte da gestão do município como dos demais serviços da rede, apesar dos avanços alcançados até aqui.

A Reforma Psiquiátrica (que por sinal abarca todas as demais possibilidades destacadas até aqui) também é apontada como possibilidade entre as falas da maioria dos

profissionais, enquanto um processo em constante construção que junto a Reforma Sanitária, vem colocar em cena a humanidade do tratamento de usuários com histórico de segregação, maus-tratos, falta de dignidade e reconhecer a singularidade das pessoas com transtornos mentais, ao propor em seu contexto um modelo de atenção psicossocial territorial.

Alguns entrevistados a consideram ainda como um processo historicamente marcado por avanços, que acompanha a evolução da humanidade em termos de lidar com o outro, de ver o outro, porém permeado por muitos desafios e limites, dentre os quais estão a falta de prioridade e investimento por parte do poder público em prol da continuidade e defesa da Reforma Psiquiátrica, sobretudo na conjuntura atual, cuja tendência é o fortalecimento do modelo centrado no hospital psiquiátrico em detrimento do modelo de atenção psicossocial territorial, comprometendo a efetivação da Reforma e do trabalho em rede, no âmbito nacional e também local, como temos visto ao longo de nosso estudo.

#### **4.5 O desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental: entre limites e possibilidades**

Sabemos, que o processo de aprovação da Lei nº 10.216/01 no Brasil, enquanto uma conquista da luta de classes, se configurou na contramão do movimento político-econômico mundial, perante a implementação do Neoliberalismo em resposta à crise mundial (COSTA, 2019). A autora assevera ainda que

A política de saúde mental se consolida num cenário de reversão de direitos conquistados e ao mesmo tempo que atende a uma demanda da classe trabalhadora, dos usuários e familiares e expressa através da luta social dos movimentos organizados, passa a ser implementada pelos setores dominantes a partir das diretrizes neoliberais dando origem a uma série de contradições (COSTA, 2019, p. 163-164).

Alguns dos profissionais entrevistados tem sentido o reflexo dessas contradições (algumas já explicitadas ao longo de nosso estudo) no cotidiano de suas práticas realizadas no âmbito da RAPS local, esta enquanto ação prioritária da Política de Saúde Mental, ao considerarem que, apesar das possibilidades advindas do próprio processo de Reforma Psiquiátrica e da implementação dessa política, esta ainda é tida como algo secundário, abarcada por estigmas, com carência de recursos, e envolvida em processo não de construção permanente, mas de paralisia e até mesmo retrocesso, especialmente na atual conjuntura que se retoma mais fortemente o discurso de segregação e privatização de outrora.

O financiamento também é uma questão abarcada nos depoimentos de todos os profissionais entrevistados, questão esta que perpassa por todos os limites explicitados até aqui, desde a ausência de investimentos na melhoria da estrutura física do serviço, de investimento na ampliação do quadro de profissionais da equipe, na valorização salarial e na promoção de mecanismos de formação permanente destes, bem como o financiamento deficitário para a operacionalização, ampliação e articulação da RAPS. Tais questões assinalam “a dinâmica da política social no nosso país e avanço do conservadorismo, em que os avanços se fazem de forma tímida, especialmente, do ponto de vista orçamentário” (COSTA, 2019, p. 172).

Segundo Costa (2016), o financiamento tem se constituído uma das maiores dificuldades da política de saúde mental na atualidade, a autora vai dizer que “ao mesmo tempo em que se tem uma legislação que redireciona o modelo assistencial, que garante, no plano legal a universalidade de acesso aos serviços substitutivos percebe-se, também, que o percentual gasto pelo SUS na Saúde Mental não tem alteração” (COSTA, 2016, p. 175), visto que o percentual de 2,3% e 2,5% do orçamento da saúde geral (já subfinanciado) destinado para a saúde mental não tem sofrido grandes alterações ao longo dos anos, ficando ainda abaixo do que orienta a Organização Mundial de Saúde, quando diz que esse gasto deveria ser de 5%, isso reflete um problema presente nas políticas sociais brasileiras como um todo: o desfinanciamento (gasto aquém do necessário), logo tem se observado um crescimento nominal dos recursos para a abertura de novos serviços, mas que não reflete o percentual que tem estado estagnado comprometendo a efetivação dessa ampliação, criando-se assim um claro paradoxo (DUARTE, 2015; COSTA, 2016).

Reiteramos mais uma vez que esse processo de desfinanciamento é pois, parte de conjunturas específicas de crise da economia como um todo e de crise fiscal do Estado, como o atual contexto de políticas de ajuste neoliberal, em que há um estímulo à utilização dos fundos sociais públicos em prol da economia privada, e isso implica fortemente no “desinvestimento, sucateamento, terceirização/precarização, focalização e precarização das políticas sociais, particularmente aquelas de caráter universal” (VASCONCELOS, 2016, p. 96).

Corroborando com essa conjuntura, outras novas determinações tem tomado a cena política no que se refere à política de saúde mental no Brasil, dentre elas, temos, como vimos no capítulo anterior, a dita “revisão” da Política Nacional de Saúde Mental em 2017, proposta por meio da Resolução nº 32. Quando perguntados acerca do conhecimento/avaliação nenhum

dos profissionais afirmaram ter propriedade para falar a respeito, apesar de terem “ouvido falar a respeito”.

Logo, isso nos preocupa e inquieta, uma vez que temos vivenciado na saúde mental “uma invasão de propostas conservadoras e que colocam em risco os direitos conquistados” (COSTA, 2019, p. 164), e a sociedade, usuários e principalmente os profissionais que lidam diretamente com as contradições dessa política precisam estar munidos de informações como estas, para refletirem além da aparência do real que se dá dentro do âmbito institucional e assim construir meios de resistência coletiva e assim colaborar para “a produção de novos modos de operar a política de saúde mental que apoie e faça avançar a luta antimanicomial” (DIMENSTEIN, LIBERATO, 2009, não paginado).

Outra questão que nos chamou atenção foi o fato de um dos profissionais entrevistados apontar a presença do Ministério Público para fazer com que certas operacionalizações e articulações da rede aconteçam enquanto uma possibilidade, quando na verdade significa essencialmente o contrário. Vejamos:

[...] é tanto quando tem usuário que ele está de cama a gente vai até lá, eu já fiz acolhimento na casa das pessoas, aquele usuário não tem condição de vir ao CAPS o Ministério Público manda que o médico vá até lá e quem acompanha? [...] então quer dizer se não existisse esse tipo de movimento o usuário estaria largado, morando debaixo do viaduto, nas ruas [...] (PROFISSIONAL 7).

O relato do profissional sugere uma falta de análise crítica do funcionamento da própria política de saúde mental, uma vez que a partir do momento em que o Ministério Público é chamado para intervir em situações como a relatada, direitos essenciais desse usuário já foram violados, violação essa que se deve a inúmeros fatores, dentre os quais podem estar a própria fragilidade da RAPS (enquanto estratégia dentro dessa política), isto é, tal situação implica na verdade na necessidade do aprimoramento da política de saúde mental no âmbito local, visto que essa política dispõe justamente, dentre outras coisas, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Portanto, os dados ora aqui apresentados nos sinaliza que os profissionais do CAPSIII-Reviver não tem encontrado meios favoráveis para exercer estratégias que possam efetivamente fortalecer a RAPS local, uma vez que os limites tem estado cada vez mais presente no cotidiano das práticas destes profissionais, dentre eles: vínculos assistenciais que parecem estar fragilizados, evidenciando um processo de desarticulação entre os diferentes dispositivos/profissionais que compõem essa rede, a precarização do processo de trabalho dos profissionais, somada a uma estrutura física inadequada, impossibilitando a promoção de

ações territoriais e integrais de cuidado, etc., reflexo de uma nítida desresponsabilização do poder público em relação a uma gestão da atenção psicossocial de qualidade.

Neste sentido, apesar dos avanços advindos do processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB, que possibilitou a construção de uma rede de atenção psicossocial considerada uma das mais bem equipadas do país, consideramos que na atualidade a RAPS do município encontra-se fragilizada/desarticulada em diversos aspectos. Por outro lado, nota-se o comprometimento dos profissionais, em específico os do CAPSIII-Reviver, que tem lutado cotidianamente para resistir e superar as limitações desse processo de fortalecimento da rede e assim contribuir para a reestruturação subjetiva do usuário e o respeito da sua singularidade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado na presente dissertação para desvelar os limites e possibilidades encontrados para concretização e fortalecimento da RAPS no município de Campina Grande – PB, suscitou que analisássemos inicialmente como a conjuntura de crise estrutural do capitalismo contemporâneo, a partir da década de 1970 e no Brasil a partir da década de 1990, dado o processo de restauração do capital, cujas estratégias de enfrentamento à crise estão baseadas no tripé: reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal, têm trazido significativas implicações para as políticas sociais brasileiras ao longo dos anos, dentre elas a de saúde e de saúde mental, sobretudo devido a proposta neoliberal de contrarreforma do Estado, que consiste basicamente na redução do papel deste.

Detivemo-nos a apresentar ainda como tais políticas tem se constituído em meio a essa conjuntura complexa, a partir dos processos de Reforma Sanitária brasileira que culminou na criação do SUS e de Reforma Psiquiátrica - RP, que dentre os seus desdobramentos, está a Política de Saúde Mental (regulamentada pela Lei nº 10.2016/01), que tem como objetivo a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial - RAPS substitutiva ao modelo manicomial excludente, regulamentada, por sua vez, pela Portaria nº 3.088/11, propondo a ampliação e articulação de serviços e ações intersetoriais de atenção psicossocial para essas pessoas.

No entanto, pudemos compreender que apesar dos avanços alcançados a partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no que diz respeito a “garantia de direitos, pautando-se numa concepção ampliada da saúde e pressupondo-se a participação efetiva da população no controle social” (SOUSA et al., 2017, p. 97), ainda há uma enorme distância do que ambas se propõe e o que de fato se efetivou, isto é, estas ainda são conquistas a serem consolidadas, numa conjuntura de retrocessos e de incentivos à privatização, direta ou indireta (SOUSA et al., 2017), empreendidos pelo processo de contrarreforma do Estado neoliberal.

Desse modo, a nossa discussão aponta que é mesclando avanço e conservadorismo que a política de saúde mental (e a política de saúde) tem se desenvolvido no cenário brasileiro, principalmente na atualidade, quando se constata a volta de uma organização das forças restauradoras da saúde mental contra a RP, a partir das propostas do ex-governo Temer e do

atual governo Bolsonaro, sob a ordem de um neoliberalismo ortodoxo, que em suma apontam para uma total desqualificação da RAPS e da lógica da RP.

Analizamos, como esta problemática tem se dado na particularidade do município de Campina Grande – PB, a partir da análise dos limites e possibilidades identificados pelos profissionais do CAPSIII – Reviver para o desenvolvimento e o fortalecimento da RAPS local e, por conseguinte a afirmação dos princípios da RP no contexto atual. Neste sentido, os dados colhidos e analisados sugerem que apesar do município possuir uma rede de serviços substitutivos ampla, a mesma tem caminhado com grandes dificuldades de efetivação.

Dentre os limites encontrados, destacamos a desarticulação existente entre os serviços que compõem a RAPS, com destaque para a atenção básica, constituindo-se um desafio para o desenvolvimento da intersetorialidade, enquanto estratégia primordial para a produção ampliada de saúde e qualificação da rede; o contraditório papel do hospital psiquiátrico e das comunidades terapêuticas na RAPS, que acabam por reproduzir traços dos modelos asilar e psiquiátrico clássico; outro limite identificado foi o fato de apesar da ampliação quantitativa de serviços no município, está tem vindo desacompanhada de mecanismos de articulação e regulação; a precarização do processo de trabalho dos profissionais, que se expressam na desvalorização salarial, na sobrecarga de demanda, na ausência de incentivos/investimento em capacitações consistentes e contínuas e na ausência de um estrutura física de qualidade dos serviços; e por fim o próprio desenvolvimento da política de saúde mental em si no município, que tem sofrido com os efeitos do desfinanciamento que tem ocorrido nas políticas sociais brasileiras de um modo geral, em especial na de saúde e saúde mental. Por outro lado, também identificamos como possibilidades – que inclusive foram significativamente menos identificadas pelos profissionais entrevistados se comparadas à quantidade de limites apresentados pelos mesmos – o matriciamento, o comprometimento da equipe profissional, o processo de desinstitucionalização por meio das Residências Terapêuticas e o processo de Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, essa configuração aponta para uma compreensão de que a RAPS do município de Campina Grande - PB encontra-se fragilizada em diversos aspectos, apesar dos avanços, evidenciando um processo de confluências e dissonâncias com os princípios do modelo de atenção psicossocial territorial. Requisita-se, portanto, a responsabilidade da gestão municipal e demais gestores para desenvolverem intervenções que possam promover a articulação e o envolvimento dos mais diversos serviços e setores para se efetivar uma RAPS resolutive e de qualidade.

Compreendemos ainda que tal configuração é reflexo do atual contexto regido pela ofensiva neoliberal ortodoxa em que a tendência é vivenciarmos um dos maiores retrocessos desde 1990, expresso não só na violação e descumprimento da Lei nº 10.216/01, da Portaria nº 3.088/11, mas dos princípios do próprio SUS e dos Direitos Humanos, ao se investir em serviços que não permitem a construção da autonomia de pessoas com transtornos psíquicos em detrimento dos serviços de base comunitária e de atenção psicossocial, corroborando com o rompimento da lógica de desinstitucionalização psiquiátrica.

Portanto, é importante, pois que tenhamos clareza à formatação de uma política de Estado que regula a RP e visa o resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, precisa ir muito além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da implantação de novos dispositivos de atenção, propondo mudanças na forma de conceber a realidade, logo, esse entendimento demanda de nós uma análise contínua das condições históricas e das determinações em que se efetiva sua operacionalização (COSTA, 2017).

Desse modo, este estudo pretende contribuir, dentro de suas limitações, para o fortalecimento do processo de RP em suas variadas formas e da RAPS local, uma vez que traz a público o debate de algumas problemáticas que tem se constituído para que esse fortalecimento se efetive na esfera nacional, e particularmente no âmbito local, debate o qual é essencial para que se construam estratégias de lutas em prol de uma atenção a saúde e saúde mental, pública, universal, de qualidade e que não prive a sociedade brasileira de “seus direitos já garantidos constitucionalmente” (SOUSA, et al., 2017, p. 97).

## REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. A EDUCAÇÃO PARA A AUTONOMIA: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- ALMEIDA, D. L. de. Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. In: **Revista ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro: PROPPI/UFF, ano 8, v. 2, p. 302-313, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2638/1569>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- ALVES, V. C., VELASQUE, M. de A. Desafios para a efetivação das políticas de saúde e saúde mental no contexto neoliberal. In: **I SIPINF - SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA: Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional**, 2013, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: PUCRS, 2013. p. 1-10. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/17.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- AMARANTE, P. D. de C. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. **A AMEAÇA “TÉCNICA” DA INDÚSTRIA DA LOUCURA**. In: **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 198, p. 35, 2019.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, P.; SADER, E. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDRADE, M. T. M. **Análise da gestão da Política de Saúde Mental: um estudo documental do CAPS na cidade de Campina Grande – PB**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13045/3/PDF%20-%20MAYARA%20THA%c3%8dS%20MARQUES%20ANDRADE.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- ANDRADE, G. da R. S. **CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: as implicações das Organizações Sociais da saúde na categoria médica da Paraíba**. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CRESS/RN. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental**: mais uma ameaça do governo ilegítimo, Rio Grande do Norte, 13 dez. 2017. Disponível: <http://www.cressrn.org.br/noticias/ver/1137>. Acesso em: 15 jun. 2019.

AZEVEDO, E. B. de. **Rede de Cuidado da Saúde Mental**: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5187/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BATALHA, E.; LAVOR, A. de. TODA ATENÇÃO QUE O SUS A POPULAÇÃO MERECEM. In: **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 183, p. 10-15, 2017.

BATALHA, E., DOMINGUEZ, B. Hospitais Psiquiátricos: NUNCA MAIS? In: **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 184, p. 24, 2018.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e Reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. In: **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p. 391-404, Abril. 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/264943132\\_Breve\\_historia\\_da\\_loucura\\_movimentos\\_de\\_contestacao\\_e\\_reforma\\_psiquiatica\\_na\\_Italia\\_na\\_Franca\\_e\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil). Acesso em: 20 jun. 2019.

BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **Brasil em contra reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Política social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: [http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/4\\_Politica\\_Social\\_no\\_Contexto\\_de\\_Crise\\_Capitalista.pdf](http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/4_Politica_Social_no_Contexto_de_Crise_Capitalista.pdf). Acesso em: 20 mar. 2019.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: Fundamentos e História. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 1).

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BOCCHI, J. I. (2000). Crises capitalistas e a escola francesa da regulação. In: **Revista Pesquisa & Debate**, São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da PUC-SP, v. 11, n. 1(17), p. 26-48, 2000. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/viewFile/11921/8631>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BONFADA, D. et al. Reforma Psiquiátrica Brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. In: **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 17, n. 2, p. 227-233, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAGA, R. O fim do Lulismo. In: JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe?** São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. CHIAVERINI, D. H. (Org.). Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 15 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 07 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 07 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.068, de 30 de dezembro de 2002**. Fixa diretrizes para a saúde mental no município de Campina Grande; dispõe sobre a promoção de saúde e dá reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/CampinaGrande/lei\\_municipal2.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/CampinaGrande/lei_municipal2.pdf). Acesso em: 15 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm). Acesso em: 15 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 15 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 15 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro de 2007. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 15 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Mostra Fotográfica Programa De Volta para Casa:** cartilha de monitoria. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra\\_fotografica\\_programa\\_volta\\_casa\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra_fotografica_programa_volta_casa_p1.pdf). Acesso em: 15 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **NOTA TÉCNICA nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 25 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 25 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. Diário Oficial, 2002. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004.** Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html). Acesso em: 27 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 27 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 27 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 08 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em:  
[http://www.lex.com.br/legis\\_27593248\\_resolucao\\_n\\_32\\_de\\_14\\_de\\_dezembro\\_de\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx). Acesso em: 08 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S., MENEZES, J. S. B. de. (Orgs). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S., PELAEZ, E. J., PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: **Revista Argumentum: Reformas Regressivas e política de saúde**, Vitória: UFES, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018. Disponível em:  
<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRAZ, M. C. S.; SILVA, K. M. P. da; SILVEIRA, S. A. S. A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande. **Programa de Iniciação Científica (PIBIC)**. Campina Grande: UEPB, 2006.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, 2017.

BRETTAS, T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. In: **Temporalis**, Brasília, ano 17, n. 34, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17702>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. In: **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRITO, A. A. C. de.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293-1312. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01293.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

CAMPOS, G. W. Barros, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. In: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

CASTELO, R. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CASULO, A. C. O Brasil e nova ordem neoliberal: impactos na saúde mental da classe trabalhadora. In: CASULO, A. C et el. (Orgs). **Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil na era neoliberal**. Bauru: Canal 6, 2018.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2137/1/LiviaSalesCirilo.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP/SP). **Nota de Repúdio à Nova Política Nacional sobre Drogas**, São Paulo, 09 mar. 2018. Disponível em: <http://crpsp.org/site/fique-de-olho-interna.php?noticia=1411&titulo=Nota%20de%20Rep%20FAdio%20%E0%20>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**, Brasília, 08 fev. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/?fbclid=IwAR0vcm2-TNRegMJCNeDeQCIDkyRyjx9gx-rPB7rQfHF0Gt79KwrhE-qMDbk>. Acesso em: 30 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota de repúdio à retirada da participação popular do Conad**, Brasília, 22 jul. 2019. Disponível em:

[http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS\\_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsraFBPTGzSTPI\\_1I](http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1596?fbclid=IwAR08STDeZUKWiOO5jxgfuZS_ybkKrm5uV5vSxy9zALDsraFBPTGzSTPI_1I). Acesso em: 30 jul. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SANTA CATARINA (CRP/SC). **Nota de posicionamento contrário às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental propostas pelo Ministério da Saúde**, Florianópolis, 14 dez. 2017. Disponível em: <http://www.crpesc.org.br/noticias/nota-de-posicionamento-contr-rio-s-mudan-as-na-pol-tica-nacional-de-sa-de-mental-propostas-pelo-minist-rio-da-sa-de>. Acesso em: 05 jul. 2019.

COSTA, M. D. H. da. **Serviço Social & Intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde em Natal (RN)**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

COSTA, T. C. R. da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27636>. Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. A contrarreforma na saúde e sua expressão na saúde mental: a instrumentalização do direito na saúde mental. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

\_\_\_\_\_. A política de saúde mental na atualidade e o avanço do conservadorismo. In: **Revista Argumentum**, Vitória: UFES, v. 11, n. 2, p. 163-178, 2019. Disponível em: <http://ojs2.ufes.br/argumentum/article/viewFile/20848/18506>. Acesso em: 12 ago. 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cultura e Sociedade no Brasil: Ensaio sobre ideias e formas**. 4. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

DELGADO, P. G. G., et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F., MELLO, A. de A. F. de, KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte (Editorial). In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 06 ago. 2019.

DIAS, M. T. G. **A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5102/1/000389624-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>. Acesso em: 06 ago. 2019.

DUARTE, R. de J.; DIAS, D. A. S. A Intersetorialidade entre o CAPS e o CRAS no município de Esmeraldas: um relato de experiência. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 237-240, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2365/2867>. Acesso em: 30 jul. 2019.

DUARTE, S. L. Análise da política de saúde mental no Brasil. In: **3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social**, 2015, Vitória. **Anais**. Vitória: UFES, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.ufes.br/EINPS/article/view/9974/6985>. Acesso em: 21 jul. 2019.

DURIGUETTO, M. L. Ofensiva capitalista, despolitização e politização dos conflitos de classe. In: **Temporalis**, Brasília: ABEPSS, n. 16, p. 45-66, 2009.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESQUERDA DIÁRIO. **Sobre os avanços de Bolsonaro na contrarreforma da saúde mental e o eletrochoque como norma**, 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Sobre-os-avancos-de-Bolsonaro-na-contrarreforma-da-saude-mental-e-o-eletrochoque-como-norma>. Acesso em: 28 jul. 2019.

EVANGELISTA, A. P. Interesses privados na Saúde Mental: as contradições que perseguem a efetividade da Política de Saúde Mental no Brasil. **Frente Nacional Contra Privatização da Saúde**, Rio de Janeiro, 8 dez. 2017. Disponível em: [www.contraprivatizacao.com.br/2017/12/1123.html](http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/12/1123.html). Acesso em: 11 jul. 2019.

FONTE, E. M. M. da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: **Revista Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FRANCO DE SÁ, R. M. P. et al. O novo patamar da contrarreforma da política de saúde no Brasil e os desafios para a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: **O Social em Questão**. Rio de Janeiro, ano XXII, n. 44, p. 45-66, mai./ago. 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art2.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art2.pdf). Acesso em: 15 mai. 2019.

GASPAR, R. C. A trajetória da economia mundial: da recuperação do pós-guerra aos desafios contemporâneos. In: **Caderno Metropolitano**, São Paulo, v. 17, n. 33, p. 265-296, mai. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cm/v17n33/2236-9996-cm-17-33-0265.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GALVANI, G. **Bolsonaro tira sociedade civil do Conselho de Políticas sobre Drogas**, 22 jul. 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/bolsonaro-tira-sociedade-civil-do-conselho-nacional-de-politicas-sobre->

drogas/?fbclid=IwAR3Vks7Hp6G2Me8Zs62VpyXOAhsD\_mYi3KlSSRaG7BFsOwNeSWcY Z13R6AU. Acesso em: 28 jul. 2019.

GARCIA, L.; et al. Política Nacional de Saúde Mental e organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.

GOMES, T. Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. In: **O Social em Questão**. Rio de Janeiro, ano XVIII, n. 34, p. 297-314, 2015. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_34\\_14\\_Gomes.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_14_Gomes.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 637-671, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

GONÇALVES, R. Governo Lula e o nacional-desenvolvimentismo às avessas. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, São Paulo, n. 31, p. 5-30, 2012. Disponível em: [http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/260220162201\\_Texto3Reinaldoseminario.pdf](http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/260220162201_Texto3Reinaldoseminario.pdf). Acesso em: 21 jul. 2019.

GUIMARÃES, A. N. **A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DO MODELO MANICOMIAL AO PSICOSSOCIAL: história contada por profissionais de enfermagem**. 2011. Dissertação (Mestrado em Prática Profissional de Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: [https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26247/DISSERTACAO\\_ANDREA%20OEREMBERG%20GUIMARAES\\_A%20PRATICA%20EM%20SAUDE%20MENTAL%20DO%20MODELO%20MANICOMIAL%20AO%20PSICOSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26247/DISSERTACAO_ANDREA%20OEREMBERG%20GUIMARAES_A%20PRATICA%20EM%20SAUDE%20MENTAL%20DO%20MODELO%20MANICOMIAL%20AO%20PSICOSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 01 ago. 2019.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019.

HARVEY, D. **CONDIÇÃO PÓS-MODERNA: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural** (Tradução de Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves). 17. ed. São Paulo: Editora Loyola, 1992.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. In: **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

JUVENTINO, J. B. **A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: estratégias e contradições**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em:

<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2869/2/DISS%20-%20JAKELINE%20BEZERRA%20JUVENTINO.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=B0Tt-zGUOOEC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=os+trantor+depressivos+se+tornaram+a+quarta+causa+de+morbidade&source=bl&ots=A73khRHfm6&sig=-FjrDz-quzqw8tpQWftNK58PkNc&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwiP8oKZnYXfAhXJqZAKHTAYC1MQ6AEwAAnoECACQAQ#v=onepage&q=os%20trantor%20depressivos%20se%20tornaram%20a%20quarta%20causa%20de%20morbidade&f=false>. Acesso em: 05 jun. 2019.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1976.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, p. 615-634. 2007.

LANCETTI, A. A formação como combate. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). (Caderno Saúde Mental) **Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. v. 3. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Disponível em: [http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno\\_SM3\\_Os\\_desafios\\_da\\_formacao.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf). Acesso em: 03 ago. 2019.

LAMENHA, K. do C. R. A institucionalização da saúde mental no modo de produção capitalista: bases históricas e teóricas. In: TRINDADE, R. L. P. (Org.). **Saúde Mental Sociedade: reflexões a partir do Serviço Social**. Maceió: EDUFAL; Imprensa Oficial Graciliano Ramos, 2017.

LENIN, V. L. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo: ensaio popular**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. In: **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: Unesp, v. 20, n. 58, p. 625-35, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n58/625-635/pt>. Acesso em: 04 ago. 2019.

MACAMBIRA, D. D. C. B., TEIXEIRA, S. M. A Saúde Mental do trabalhador na era do capitalismo monopolista. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas - 1917-2017: Um século de reformas e revolução**, 2017, São Luiz. **Anais**. São Luiz: UFMA, 2017. p. 1-12. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/asaudementaldotrabalhadornaerado capitalismo monopolista.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo: USP, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MANDEL, E. **A crise do capital**. Campinas: UNICAMP, 1990.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política** (Tradução de Rubens Enderle). Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

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

MELO JÚNIOR, R. V. de. **Redução de Danos e o saber fazer de profissionais de um CAPSad em Natal – RN**. 2011. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011. Disponível em: [http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde\\_arquivos/5/TDE-2012-05-17T042348Z-4155/Publico/RaimundoVMJ\\_DISSERT.pdf](http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/5/TDE-2012-05-17T042348Z-4155/Publico/RaimundoVMJ_DISSERT.pdf). Acesso em: 05 jun. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2019.

MIRANDA, C. A. C. TERAPIAS BIOLÓGICAS E A PRÁTICA DA LOBOTOMIA NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE PERNAMBUCO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX. In: **SÆculum - Revista de História** [31], João Pessoa, p. 203-220, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/srh/article/viewFile/203/13834>. Acesso em: 05 jul. 2019.

MIRANDA-SÁ, L. S. J. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. In: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, mai./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

MORAIS, R. M. de S. B. **A concepção de direito à saúde no contexto do profissional de nível médio no Sistema Único de Saúde – SUS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009. Disponível em: [http://www6.univali.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=734](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=734). Acesso em: 27 jul. 2019.

MOTA, A. E. Prefácio. In: DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

\_\_\_\_\_. REDUÇÃO DA POBREZA E AUMENTO DA DESIGUALDADE: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

MOURA, J. A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**, 2011. Disponível em: <http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psi-quiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 05 jul. 2019.

MOURA, H. C. E. As transformações sócio-históricas da Política de Saúde e de Saúde Mental no Brasil no contexto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. In: TRINDADE, R. L. P. (Org.).

**Saúde Mental Sociedade:** reflexões a partir do Serviço Social. Maceió: EDUFAL; Imprensa Oficial Graciliano Ramos, 2017.

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

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

\_\_\_\_\_. Crise do capital e consequências societárias. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 412-429, jul./set. 2012.

NETTO, L. E. **O conservadorismo clássico:** elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011c.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01213.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Declaração de Caracas.** Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) [Internet]. Caracas; 1990. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acesso em: 30 jul. 2019

OLIVEIRA, W. F. de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009 Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126/1362>. Acesso em: 02 ago. 2019.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba | Editora Fiocruz, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições nos anos 1970. In: **Revista História, Ciências e Saúde.** Manguinhos, v. 11 (2), p. 241-258, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. In: **Revista SER Social: Política Social – Saúde**, Brasília: UnB, n. 10, p. 33-56, 2002. Disponível em: [http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/SER\\_Social/article/view/12920](http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/SER_Social/article/view/12920). Acesso em: 20 abr. 2019.

PEREIRA, L. A., et al. Saúde Mental e Serviço Social: refletindo a prática no contexto neoliberal. In: **XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, 2006, Vale do Paraíba. **Anais**. Vale do Paraíba: UNIVAP, 2006. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0264\\_0293\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0264_0293_01.pdf). Acesso em: 16 jun. 2019.

PERES, A. C. CapsAD ENTRADA LIVRE. In: **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 202, p. 20-29. 2019.

PINTO, G. A. **A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SÉCULO 20**: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PITTA, A., KIMATI, M., PINHO, M. **O que está em jogo no CONAD?**, 30 jan. 2018. Disponível em: [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=379](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=379). Acesso em: 17 jun. 2019.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000177-44831457d0/VV.%20AA.%20Pol%C3%ADtica%20de%20Sa%C3%BAde%20na%20Atual%20Conjuntura..pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S., COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

RÉZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. In: **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 14, n. 2, p. 346-354, 2010. Disponível em: [http://eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=535](http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=535). Acesso em: 02 ago. 2019.

RIBAS, M. **MANICÔMIO DE BARBACENA: O HOLOCAUSTO BRASILEIRO QUE MATOU 60 MIL PESSOAS**, São Paulo, 25 mai. 2019. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/manicomio-de-barbacena-o-holocausto-brasileiro-que-matou-60-mil-pessoas.phtml?fbclid=IwAR3INFpPFoo25QZc48PSbpquEnUIuzASl18oHMN7INkXI0Rb0Tu3XuPZmWM#.XVgvdstC9rY.whatsapp>. Acesso em: 02 ago. 2019.

ROCHA, R. L. Que dívida é essa? (Editorial). In: **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 162, mar. 2016.

RODRIGUES, A. **Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas**, Brasília, 01 mar. 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SAMPAIO, C. **Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria**, Brasília, 15 fev. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revogue-portaria/>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SANDINI, E. L. L. **O ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo no município de Taubaté**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000293810&fd=y>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SANTOS, J. D. dos. **Considerações para a Reforma Psiquiátrica: o perfil do usuário da emergência psiquiátrica de Campina Grande – PB**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1678/1/PDF%20-%20Jackeline%20Dias%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. In: **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília: CFP, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

SILVA, M. V. C. P da. **DA LOUCURA ÀS ROSAS**. In: TOLEDO, J. F. (Org.). **(Colônia): uma tragédia silenciosa**. Fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <https://rl.art.br/arquivos/5478215.pdf?1449953914>. Acesso em: 11 jul. 2019.

SILVA, S. S. de S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Contradições da Assistência Social no governo “neodesenvolvimentista” e suas funcionalidades ao capital**. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 113, p. 86-105, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n113/n113a04.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, A. X. da. Reforma Sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA, L. M (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendência e desafios**. 2. ed. Campina Grande: ADUEPB, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11466/1/TESE\\_ALESSANDRA%20XIMENES%20DA%20SILVA.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11466/1/TESE_ALESSANDRA%20XIMENES%20DA%20SILVA.pdf). Acesso em: 11 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **A contrarreforma na Política de Saúde e a função dos intelectuais coletivos**. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, E. S. da.; MOURA, V. G. G. de. **CRISE CAPITALISTA E POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira.** In: **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3868/2017>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, S. S. de S.; ALMEIDA, L. M. de.; ANDRADE, S. S. Neoliberalismos e contrarreformas das políticas sociais. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, M. G. da.; BEZERRA, M. C. E. O processo de implantação dos modelos privatizantes de gestão: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, M. D. **O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise das tendências no governo de Michel Temer.** 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2019.

SILVA, D. A. da.; RAMOS, V. K. P.; FARIAS, E. S. **O fim da intervenção no ICANERF e a emergência da “voz da loucura” na cidade de Campina Grande (2001 – 2005),** 2014.

SILVEIRA, D. T., CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARD, T. E., SILVEIRA, D. T. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOARES, R. C. **A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social.** 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: privatização e supercapitalização.** In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

\_\_\_\_\_. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS.** In: **Revista Argumentum: Reformas Regressivas e política de saúde,** Vitória: UFES, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SOUSA, A. M. da C. Reconfiguração do público e do privado na saúde. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOUSA et al. As relações entre público e privado na Política de Saúde Mental e na Política sobre Drogas no Brasil e a particularidade em Alagoas. In: TRINDADE, R. L. P. (Org.). **Saúde Mental e sociedade: reflexões a partir do serviço social.** Maceió: EDUFAL, 2017.

SOUSA, F. S. P. de.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na Política de Saúde Mental. In: **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0017201.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

TAVARES, M. A.; SITCOVSKY, M. O caráter provisório dos mecanismos de reprodução da força de trabalho. In: MOTA, A. E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

TEIXEIRA, S. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.). **Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**, Brasília: OPAS, 1989.

TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. de C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, Junho. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/11.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: CFESS; ABPESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília-DF: CFESS/ABPESS, 2009. Disponível em: [http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos\\_graduacao\\_cfess\\_2010.pdf](http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRAPÉ, T. L. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000807317>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TRAJANO, M. P. **O cuidado em Saúde Mental: limites e possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188992/PPSM0038-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 ago. 2019.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, K. E.L.; SILVEIRA, S. A. S.; XAVIER, A. B. Contrarreforma na Atenção primária à Saúde. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**, 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde.) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO CENTRO  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPSIII**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES  
E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

**1 - Identificação do(a) entrevistado(a):**

1.1 - Idade:

1.2 - Sexo

( ) Masculino            ( ) Feminino

1.3 - Profissão:

1.4 - Em que ano concluiu o curso de graduação?

1.5 - Possui pós-graduação? Se sim, qual?

1.6 - Há quanto tempo trabalha na saúde mental?

1.7 - Há quanto tempo trabalha nesse CAPS?

1.8 - Vínculo empregatício:

1.9 - Participou de alguma formação específica para atuar nesta área? Se sim, qual(ais)?

**2. Questões direcionadas ao objeto de estudo a ser investigado**

2.1 - Você poderia descrever o seu trabalho no CAPS III - Reviver (atividades que realiza e como são desenvolvidas, rotinas, etc)?

2.2 - Em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como você analisa as novas formas de cuidado previstas pela RAPS?

2.3 - Como está estruturada a RAPS na cidade de Campina Grande-PB hoje?

2.4 – Discorra como têm sido realizadas as estratégias de cuidado articuladas em Rede a partir do que você tem vivenciado em seu cotidiano profissional no CAPS III - Reviver? E como se dá a relação deste com outras instituições que compõem a RAPS?

2.5 - Uma vez que o CAPS III é considerado uma modalidade de serviço que possui o maior potencial substitutivo ao modelo manicomial. Como você avalia o impacto do tratamento, disponibilizado pelo mesmo, na vida dos usuários aqui acompanhados?

2.6 – Como você avalia o processo de desinstitucionalização, que tem nas Residências Terapêuticas sua principal expressão, em Campina Grande - PB?

2.7 - Você acha que os serviços existentes de atenção à saúde mental (e a qualidade destes) são suficientes para atender a demanda posta pela realidade local como prevê as legislações específicas? Por quê?

2.8 – Recentemente (mais precisamente em 14 de dezembro de 2017) foi aprovada uma “revisão” da Política Nacional de Saúde Mental por meio da Resolução nº 32. Você tomou conhecimento das “alterações” contidas nessa proposta? Se sim, qual a sua avaliação acerca destas?

2.9 – Quais os limites e possibilidades você tem encontrado, enquanto profissional, para exercer ações que contribuam para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cenário contemporâneo?

2.10 – Qual a sua avaliação acerca do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira? E quais limites e possibilidades deste processo no Brasil hoje?

## **ANEXOS**

**ANEXO A****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA,** terá como objetivo geral analisar os limites e possibilidades encontrados para a concretização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campina Grande – PB no contexto atual.

- Ao voluntário caberá a autorização para a entrevista, a coleta de dados a ser realizada através desta possui risco mínimo ao sujeito participante, como o de sentir-se constrangido na comunicação e divulgação de alguma informação, uma vez que o presente estudo empregará técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa, e não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas dos mesmos, como o emprego de entrevistas, não sendo este invasivo à intimidade do indivíduo, deste modo, o pesquisador se compromete a manter sob sigilo todos os dados de identificação de cada entrevistado, mas, ainda assim, o mesmo poderá deixar de responder a qualquer pergunta que o faça se sentir incomodado.

- No que se refere aos benefícios previstos ao participante, sendo os resultados da pesquisa parte de uma dissertação de mestrado a ser desenvolvida, os quais poderão ser acessados pelos participantes da pesquisa quando desejado, acreditamos que estes (resultados) poderão contribuir para o processo de conhecimento e exercício profissional do mesmo, ao trazer novos elementos que irão somar-se aos estudos já existentes a respeito de tal temática.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário, no entanto, os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer eventuais tipos de danos previstos ou não nesse termo de consentimento e decorrentes de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização por parte do pesquisador (a) e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica, por meio dos seguintes contatos: **Berenice Lira da Silva** (pesquisadora), telefone: (83) 99933-3759, e-mail: [berenice\\_nic@hotmail.com](mailto:berenice_nic@hotmail.com), e endereço: Rua Jornalista Walter Mendonça, 345, bairro Santa Cruz, na cidade de Campina Grande - PB; **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)** (órgão independente e interdisciplinar, responsável pela defesa dos interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, a fim de contribuir para a qualidade e para o desenvolvimento de toda pesquisa envolvendo seres humanos, dentro dos princípios éticos), telefone: (83) 3315-3373, e-mail: [cep@uepb.edu.br](mailto:cep@uepb.edu.br), endereço: Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário, bairro bodocongó, na cidade de Campina Grande-PB, cujo horário de atendimento ao público é de 08:00 às 12:00 hrs e de 14:00 às 17:00 hrs, de segundas- feiras às sextas- feiras.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias de igual teor, e uma delas ficará em minha posse, ambas serão assinadas e terão todas as suas páginas rubricadas por mim e pelo pesquisador.

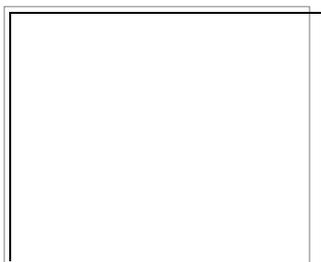
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

**Assinatura do pesquisador**

---

**Assinatura do Participante**



Assinatura                      Dactiloscópica  
participante da pesquisa

**ANEXO B****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES E POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o(a) pesquisador(a) Berenice Lira da Silva a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Berenice Lira da Silva, e após esse período, serão destruídos e,

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

**CAMPINA GRANDE-PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

## ANEXO C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS LIMITES E  
POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PB NO CONTEXTO  
CONTEMPORÂNEO

Pesquisador: BERENICE LIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09353119.7.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.251.659

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A apresentação resumida do projeto reside nos seguintes termos: Historicamente, uma série de mudanças tem ocorrido nos padrões de atenção à saúde mental no Brasil, por meio da Reforma Psiquiátrica enquanto desdobramento da Reforma Sanitária Brasileira, reformas que se constituíram como grande marco na construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental, representando significativas conquistas para a sociedade civil, dentre elas está a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da portaria 3.888/2011, que prevê a ampliação e articulação de serviços e ações de atenção psicossocial no país para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais. No entanto, apesar dos avanços reais, a mercantilização das políticas sociais, dentre elas a de saúde mental, tem prevalecido em nossa conjuntura, dada ofensiva neoliberal que nos acompanha desde a década de 1990. Neste sentido o presente estudo tem como objetivo geral analisar os limites e possibilidades encontrados para a concretização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campina Grande – PB na contemporaneidade. E como objetivos específicos: apreender a relação entre o que prevê as legislações específicas de proteção e assistência de pessoas portadoras de transtornos mentais, e o que tem sido efetivado; identificar a configuração organizacional da rede compartilhada em saúde mental; explicitar os limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.251.659

na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O método de análise da realidade que nos parece pertinente é o crítico-dialético. No que se refere aos procedimentos a serem utilizados em nossa pesquisa, sendo esta exploratória, iremos nos dispor a fazer uma revisão bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa. Nosso processo investigativo ocorrerá junto ao Centro de Atenção Psicossocial III – REVIVER, no município de Campina Grande–PB. Os dados serão coletados a partir de uma amostra intencional contendo 06 (seis) participantes (profissionais de nível superior das áreas de serviço social, educação física, psicologia, pedagogia, enfermagem e médica), por meio da aplicação de entrevistas semi-estruturadas; primando pelo respeito aos princípios éticos da pesquisa nos quais seres humanos estejam envolvidos, segundo a resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Desse modo, almejamos desvelar: como se tem conformado a RAPS na particularidade do município de Campina Grande-PB? Quais os limites e possibilidades para a sua construção? Tendo em vista que o cuidado compartilhado em rede é primordial também para se evitar a fragmentação do atendimento a pessoas com transtornos mentais e a violação dos direitos sociais conquistados ao longo da história.

**Crítérios de Inclusão e Exclusão**

**a) Inclusão:**

- Profissionais que possuam formação acadêmica de nível superior, das respectivas áreas: serviço social, educação física, psicologia, pedagogia, enfermagem e médica;
- E que possuam um período mínimo de atuação de 06 (seis) meses na referida instituição.

**b) Exclusão:**

- Profissional que se recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto de pesquisa apresenta os seguintes objetivos:

**Geral:**

Analisar os limites e possibilidades encontrados para a concretização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campina Grande–PB na contemporaneidade.

**Específicos:**

- Apreender a relação entre o que prevê as legislações específicas de proteção e assistência de pessoas portadoras de transtornos mentais, e o que tem sido efetivado;

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.251.659

- Identificar a configuração organizacional da rede compartilhada em saúde mental;
- Explicitar os limites e possibilidades para o desenvolvimento do modelo assistencial em saúde mental pautado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios da pesquisa são apresentados de forma clara e de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto de pesquisa com condições de realização, claramente definido em termos éticos, metodológicos e logísticos, tal como determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, caracterizando exequibilidade na proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios estão adequados e contemplam as exigências do Anexo II da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013 e da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora responsável realizou a revisão e as correções solicitadas no Projeto de Pesquisa e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sem pendências e/ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1312881.pdf	29/03/2019 17:48:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	29/03/2019 17:46:22	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	29/03/2019 17:44:56	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.251.659

Ausência	TCLE.docx	29/03/2019 17:44:56	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE.docx	12/03/2019 15:59:23	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	12/03/2019 15:43:05	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PE SQUISADOR.jpeg	12/03/2019 02:43:20	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZ_PARA_GRAVA CAO_DE_VOZ.docx	12/03/2019 02:42:11	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.j pg	12/03/2019 02:40:22	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.jpeg	12/03/2019 02:38:48	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/03/2019 02:35:19	BERENICE LIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:  
Não

CAMPINA GRANDE, 09 de Abril de 2019

Assinado por:  
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br