

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE:  
ENTRE A INOVAÇÃO E O CONSERVADORISMO**

**RECIFE**

**2016**

**TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE:  
ENTRE A INOVAÇÃO E O CONSERVADORISMO**

Tese de Doutorado apresentada à banca de defesa parte dos requisitos para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

**RECIFE**

**2016**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C837p

Costa, Tereza Cristina Ribeiro da

A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo / Tereza Cristina Ribeiro da Costa. - 2016.

254 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.

Inclui referências.

1. Clínicas psiquiátricas. 2. Política de saúde mental. 3. Serviços de saúde mental. 4. Reforma do sistema de saúde. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Título

361 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2017 – 196)

**TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA**

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE:  
ENTRE A INOVAÇÃO E O CONSERVADORISMO**

Tese de Doutorado apresentada à banca de defesa parte dos requisitos para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

**Aprovada em: 25/11/2016.**

---

Prof. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira  
(Orientadora)

---

Prof. Dra. Raquel Cavalcante Soares  
(Examinadora Interna)

---

Prof. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
(Examinadora Externa)

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
(Examinador Externo)

---

Prof. Dra. Maria Lúcia Teixeira Garcia  
(Examinadora Externa)

---

Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva  
(Suplente Externa)

---

Prof. Dra. Iracema da Silva Frazão  
(Suplente Externa)

*A Ana Beatriz, pois felicidade é ter você!*

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

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

Felicidade  
É poder jogar um pano  
Colar no show do Caetano  
Cantar odara até o dia raiar  
Felicidade  
É no fim de semana  
Curtir uma praia bacana  
E um pôr do sol de arrasas

## AGRADECIMENTOS

Essa tese é fruto dos melhores anos de minha vida, do meu encantamento, mas sobretudo do desbravamento da política de saúde mental. Um processo que envolveu dedicação, disposição para mudança e transformação e contou com o apoio de muitas pessoas queridas nesse percurso:

Agradeço a minha família: ao meu marido Manuel, que sempre me incentivou a fazer esse doutorado e, sobretudo a terminar! E em especial a minha filha Ana Beatriz Ribeiro da Costa por horas que não pude brincar, assistir ou passear com ela, sempre tão compreensiva, meiga e simplesmente adorável! Agora posso responder à pergunta que não poucas vezes me inquietava, pela falta de uma resposta concreta: “Mãe! Quando você vai terminar esse doutorado? Terminei, te amo filha!!!!”

Agradeço às minhas amadas amigas, ou seriam amigas-irmãs? Gilvanice Noblat, Edjane Sampaio, Silvia Helena e Leila Andrade pelo incentivo, apoio, puxões de orelha (viu, Silvinha!). E, por escutarem minhas reclamações. Leila, obrigada pela leitura e contribuição desde o projeto, seus questionamentos me ajudaram muito.

A minha cunhada Vânia Alice pelo incentivo e ajuda com Bia em alguns momentos dessa caminhada.

Aos meus pais, minha madrastra e meus irmãos Jaqueline, Débora e Bruno pela torcida incansável.

Agradeço a minha irmã Débora, por ter traduzido meu resumo para o espanhol e a Claudia Aguiar e Matt por terem gentilmente traduzido para o inglês.

Sempre escutei que escrever uma tese de doutorado era um trabalho solitário... nunca achei que essa palavra tivesse um sentido tão profundo até vivenciar-lo. Devo confessar, todavia que mesmo sendo um produto individual, expressa os anseios de um trabalho coletivo, fruto de debates, discussões ora recheadas do otimismo da vontade, ora permeadas do pessimismo da razão.

Um processo longo com várias mudanças, transformações, vitalidade e morte. Sim, significou sobretudo para mim, morte, algumas subjetivas, das quais me refiz como fênix. Outras, reais, concretas e dolorosas, como a perda da minha

orientadora: Anita Aline Albuquerque Costa, amiga, companheira de uma jornada de 21 anos, de encontros e desencontros. A ela devo o despertar para vida acadêmica, e boas e acaloradas discussões. Uma pessoa a que aprendi a respeitar, discordar e amar, democraticamente. Leitora rigorosa, suas intervenções, sempre me levaram a fazer melhor aquilo que me propunha a fazer, esgotava meu último argumento, só para me fazer ir atrás de outros tantos.

Mas também de reencontros, como com Ana Vieira, minha atual orientadora, que aceitou assumir a minha orientação desde sempre. Ela sabe bem do que falo. Lembro-me do dia em que Anita ia começar a minha orientação e foi até a sala de Ana para lhe dizer “olha eu só pego ela pra orientar se você se comprometer que, se eu não terminar a orientação você termina!” E, assim aconteceu. Ana, muito obrigada por ter conduzido a banca de qualificação, na ausência de Anita que já estava doente. Não poderia ser outra pessoa nesse momento! Obrigada Ana!!!

Agradeço a banca da qualificação pelas contribuições no processo de qualificação. Às professoras Paulette Cavalcanti de Albuquerque e Raquel Soares, que participaram presencialmente e, Paulo Amarante e Ana Pitta que enviaram gentilmente seus pareceres. Tentei, na medida do possível incorporar as contribuições riquíssimas nesse trabalho que ora apresento.

Aos meus colegas do CAPS Espaço Livremente, pelo incentivo e torcida.

Ao apoio e compreensão da Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, em especial às professoras Ana Vieira e Ana Elizabete Mota.

Quero lembrar também da minha turma de doutorado: Jamerson, Terçália, Marinês, Gilmara, Elida, Silmara, Eduardo, Angélica, Milena, Rosiglay, Adilson, Evandro e Magali pelo compartilhamento do processo de aprendizagem, e pelos bons momentos vividos.

Por fim, agradeço pelo apoio institucional da UEPB, em especial à Professora Thereza Karla pela compreensão e apoio no momento em que tive que conciliar o retorno às atividades acadêmicas e a finalização dessa tese.

*Escolho meus amigos não pela pele  
ou outro arquétipo qualquer, mas ...pela pupila...  
Tem que ter brilho questionador e tonalidade inquietante...  
Que me tragam dúvidas e angústias  
e agüentem o que há de pior em mim...  
Para isso, só sendo louco...  
Escolho meus amigos pela cara lavada e pela alma exposta...  
Não quero só o ombro ou o colo,  
quero também sua maior alegria...  
Amigo que não ri junto  
não sabe sofrer junto...  
Meus amigos são todos assim:  
metade bobeira,  
metade seriedade...  
Tenho amigos para saber quem eu sou...  
Pois os vendo  
loucos e santos, bobos e sérios, crianças e velhos,  
nunca me esquecerei  
de que "normalidade"  
é uma ilusão imbecil e estéril.  
- Oscar Wilde*

## RESUMO

Esta tese de doutorado analisa as contradições que se manifestam na operacionalização da política de saúde mental no Brasil, procurando desvendar a racionalidade que tem pautado essa política nos marcos das atuais estratégias de reprodução do capital, ligadas aos mecanismos ideológicos de reprodução da hegemonia burguesa e suas implicações para efetivação dos direitos dos usuários de saúde mental. No intuito de analisar as contradições que aparecem na operacionalização da política na contemporaneidade, nos fundamentamos no materialismo histórico-dialético. O percurso empreendido a partir do levantamento/revisão bibliográfica e análise documental nos coloca frente à necessidade de inserir a política de saúde mental na realidade social, numa conjuntura marcada pela crise capitalista e pelo ideário neoliberal, mas sobretudo, pelas novas estratégias de legitimação burguesa e pelo caldo de racionalidade que resulta de tais condições. A análise dos dados evidencia três tendências na operacionalização: a) o avanço da implantação dos CAPS – dilemas da reforma; b) a redução dos leitos em hospital psiquiátrico; c) financiamento da política – discutindo avanços, limites e direções. O tratamento e análise dos dados nos permite apontar que muito se avançou na construção de um aparato legal para garantir a assistência das pessoas com transtorno mental através da política de saúde mental na sociedade brasileira, percebemos, todavia, que novos desafios e contradições emergem em sua operacionalização, visto que identificamos novas estratégias de mercantilização e privatização da política. Nesse sentido, os princípios, como o da universalidade garantido no plano legal, se confrontam com as condições objetivas de operacionalização. Ressaltamos ainda que a dinâmica da última década traz mudanças significativas para a luta pela reforma psiquiátrica, sob esse aspecto, chamamos a atenção para o uso do conceito gramsciano de transformismo na disputa pela hegemonia. Nesse processo observamos o avanço de uma relação dialética entre as categorias continuidade /renovação marcando a operacionalização da política de saúde mental. Ao mesmo tempo em que a demanda por Reforma Psiquiátrica é acolhida, ela também é mistificada, apropriada a partir dos parâmetros da racionalidade da sociedade burguesa.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Racionalidade burguesa. Política de saúde. Mental. Transformismo.

## ABSTRACT

This doctorate thesis analysis the contradictions risen in the implementation of mental health policies in Brazil. It seeks to unveil the rational that has guided this policy in view of the current capital reproduction strategies, connected to ideological reproduction mechanisms of bourgeois hegemony ad its implication in the effective application of rights of mental health users. The theses aim to analysis the contradiction that rises in the implementation of the policy contemporarily based on the historic and dialectical materialism. The journey undertaken from the literature review and from the document analysis demonstrates the need to insert mental health policy in the social reality, in an environment marked by capitalist crisis and neoliberal ideas, but overall marked by the new bourgeois legitimization strategies and the rational resulted from such conditions. Data analysis evidences three trends in the implementation: a) the advance of CAPS implementation – reform dilemmas; b) the reduction of bed in psychiatric hospitals; c) a tight political financing – discoursing about advances, limitations and directions. The processing and analysis of data allow us to conclude that much progress has been made in developing a vast legal system to ensure the care of people with mental disorders through the mental health policy in Brazilian society. However, it is also possible to realize that new challenges and contradiction emerged in its implementation, considering the identification of new commodification of strategies and the political privatization. Therefore, the principles, such as universality legally guaranteed, are confronted with the objective conditions of its implementation. It is also important to emphasize that the dynamics in the last decade brought up significant changes in the fight for psychiatric reform. In this respect, the thesis highlights the use of transformism in the struggle for hegemony. In this process, it is possible to observe the progress of a dialectical relationship between the continuity and renovation categories determining the implementation of the mental health policy. While the demands for psychiatric reform are welcome, it is concomitantly mystified and appropriated by the parameters of rationality of the bourgeois society.

**Key-words:** Psychiatric Reform. Bourgeois rationality. Mental health policy. Tranformism.

## RESUMEN

Esta tesis doctoral analiza las contradicciones que se manifiestan en la aplicación de la política de salud mental en Brasil, buscando desvelar la racionalidad que ha guiado a esta política en el marco de las actuales estrategias de reproducción del capital, vinculadas a los mecanismos ideológicos de la reproducción de la hegemonía burguesa y sus implicaciones para la efectiva aplicación de los derechos de los usuarios de salud mental. Con el fin de analizar las contradicciones que aparecen en el funcionamiento de la política en los tiempos contemporáneos, nos basamos en el materialismo histórico y dialéctico. El trayecto realizado a partir de la reunión/ revisión de la literatura y análisis de documentos nos pone delante de la necesidad de insertar la política de salud mental en la realidad social, en un entorno marcado por la crisis capitalista y por el ideario neoliberal y, sobre todo, por las nuevas estrategias de legitimación burguesa y por la racionalidad que resulta de tales condiciones. El análisis de los datos pone de relieve tres tendencias en el funcionamiento: a) el avance de la implantación de los CAPS - dilemas de la reforma; b) la reducción de lechos en los hospitales psiquiátricos; c) la financiación de la política – debatiendo avances, límites y direcciones. El procesamiento y análisis de los datos nos permite señalar que se ha avanzado mucho en la construcción de un aparato legal para garantizar la asistencia de personas con trastorno mental a través de la política de salud mental en la sociedad brasileña; nos damos cuenta, sin embargo, que nuevos retos y contradicciones emergen en su funcionamiento tal como se identifican nuevas estrategias de mercantilización y privatización de la política. En este sentido, los principios, como el de la universalidad garantizada en términos legales, se enfrentan a las condiciones objetivas de su puesta en marcha. Ponemos de relieve aún que la dinámica de la última década trae cambios significativos a la lucha por la reforma psiquiátrica. En este sentido, llamamos la atención sobre el uso del concepto de Gramsci de transformismo en la lucha por la hegemonía. En ese proceso observamos el avance de una relación dialéctica entre las categorías continuidad/ renovación, marcando el funcionamiento de la política de salud mental. La demanda por Reforma Psiquiátrica es bienvenida y mistificada, a la vez, tomada a partir de los parámetros de la racionalidad de la sociedad burguesa.

**Palabras-clave:** Reforma Psiquiátrica. Racionalidad burguesa. Política de salud mental. Transformismo.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – CAPS – Principais características.....	110
<b>Quadro 02</b> – Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes.....	157

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> – EUA: Lucros Operacionais da Indústria de Bens de Consumo Duráveis .....	39
<b>Gráfico 02</b> – Índice de Gini/ PNAD .....	65
<b>Gráfico 03</b> – Evolução dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, por natureza – público e privada .....	81
<b>Gráfico 04</b> – Série Histórica da Expansão dos CAPS.....	151
<b>Gráfico 05</b> – Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (2006-2015) .....	154
<b>Gráfico 06</b> – Distribuição dos CAPS por Tipo e Região – Brasil, 2015 .....	161
<b>Gráfico 07</b> – Distribuição dos CAPS III por região – Brasil, 2016 .....	162
<b>Gráfico 08</b> – Proporção de Recursos Federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/ territorial .....	174
<b>Gráfico 09</b> – Orçamento Geral da União (Executado em 2014) .....	179

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Brasil – Equipes NASF e Equipes de saúde da Família implantadas.....	122
<b>Tabela 02</b> – Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (2006-2015) .....	152
<b>Tabela 03</b> – Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.....	175

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

**CAPS** – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**OSs** – Organizações Sociais

**ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**MNLA** – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

**RENILA** –

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

**PT** – Partido dos Trabalhadores

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>O CONTEXTO EM QUE SE DESENVOLVE A REFORMA PSIQUIÁTRICA – A CRISE DO CAPITAL, A SOCIALIZAÇÃO DA POLÍTICA E AS ESTRATÉGIAS DE LEGITIMAÇÃO DA ORDEM BURGUESA.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>O contexto em que brota a política: A Crise do Capital e suas manifestações.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2</b>	<b>A crise no capitalismo financeiro e a sociabilidade burguesa – o mundo das coisas ou a ofensiva ideológica do capital.....</b>	<b>39</b>
<b>2.3</b>	<b>Crise e Neoliberalismo – a hegemonia nasce na...dialética do estar dentro estando...fora da fábrica .....</b>	<b>47</b>
<b>2.4</b>	<b>A racionalidade na filosofia burguesa – a decadência ideológica da burguesia.....</b>	<b>58</b>
<b>2.5</b>	<b>Brasil – Crise e decadência ideológica – a encruzilhada das políticas sociais no Brasil.....</b>	<b>62</b>
<b>3</b>	<b>A MISÉRIA DA RAZÃO NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>71</b>
<b>3.1</b>	<b>Os Preâmbulos da Reforma Psiquiátrica – contradições e avanços no rastro da ampliação do Estado .....</b>	<b>71</b>
<b>3.2</b>	<b>A institucionalização da Loucura na sociedade brasileira – a decadência ideológica materializada no manicômio .....</b>	<b>76</b>
<b>3.2.1</b>	<b>A trajetória histórica da política de saúde mental no Brasil – a aliança com o conservadorismo.....</b>	<b>78</b>
<b>3.3.</b>	<b>A luta pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica – os dilemas da emancipação política .....</b>	<b>85</b>
<b>3.3.1</b>	<b>A luta pela Reforma Sanitária no Brasil – contribuições para pensar nos dilemas atuais .....</b>	<b>85</b>
<b>3.3.2</b>	<b>A luta pela Reforma Psiquiátrica – da luta pela democracia ao dilema da emancipação política .....</b>	<b>89</b>
<b>3.4</b>	<b>O Projeto de Lei 3.657/89 e os desafios da luta política .....</b>	<b>101</b>
<b>3.5</b>	<b>A Reforma avança: o aparato legal .....</b>	<b>108</b>

<b>4</b>	<b>A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE – TENDÊNCIAS E TRAÇOS DE SUA RACIONALIDADE .....</b>	<b>118</b>
<b>4.1</b>	<b>A racionalidade burguesa na saúde mental: a instrumentalização do direito</b>	
<b>3.1</b>	<b>A racionalidade burguesa na saúde mental: a instrumentalização do direito .....</b>	<b>118</b>
<b>4.2</b>	<b>A Reforma Psiquiátrica e o Neoliberalismo: Os sujeitos políticos e suas agendas.....</b>	<b>133</b>
<b>4.2.1</b>	<b>O Movimento de Luta Antimanicomial.....</b>	<b>133</b>
<b>4.2.2</b>	<b>As entidades corporativas e instituições ligadas aos hospitais psiquiátricos .....</b>	<b>139</b>
<b>4.3</b>	<b>Tendências contemporâneas da Política de saúde mental no Brasil: desafios e contradições .....</b>	<b>148</b>
<b>4.3.1</b>	<b>O Avanço dos CAPS – Os Dilemas da Reforma .....</b>	<b>150</b>
<b>4.3.2</b>	<b>A Redução dos Leitos em Hospital Psiquiátrico .....</b>	<b>165</b>
<b>5 A</b>	<b>POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A ARTE DO POSSÍVEL .....</b>	<b>182</b>
<b>5.1</b>	<b>A narrativa e o furacão .....</b>	<b>182</b>
<b>5.2</b>	<b>A Política de Saúde Mental e o Transformismo.....</b>	<b>190</b>
<b>5.3</b>	<b>A luta manicomial e as contradições e desafios históricos – o fetiche da liberdade, o transformismo e o pós-modernismo .....</b>	<b>200</b>
<b>5.4</b>	<b>As estratégias e mecanismos da razão instrumental e a gestão da política de saúde mental .....</b>	<b>208</b>
<b>5.5</b>	<b>A arte do possível na operacionalização da política – a mediação da racionalidade burguesa na releitura de seus princípios .....</b>	<b>215</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>228</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>237</b>

## 1 INTRODUÇÃO

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

Fernando Pessoa

Esta tese de doutorado trata da Política de Saúde Mental no Brasil na contemporaneidade e as contradições que perpassam sua operacionalização frente à racionalidade burguesa que tem orientado sua instrumentalidade, em especial, na definição de direção, estratégias e procedimentos no contexto do desenvolvimento capitalista contemporâneo.

É importante destacar que a escolha do objeto, a investigação de suas referências teóricas, bem como o ânimo de apreendê-lo num determinado contexto histórico não foi uma opção casual, mas construída e alimentada na minha experiência profissional e docente e, como aponta Bourguignon (2006, p. 02):

As questões motivadoras da investigação estão, portanto, relacionadas aos interesses do pesquisador e a contextos socialmente determinados. É fruto da inserção do pesquisador no real que, dado a sua complexidade, instiga **a busca, o novo, a superação, o original, a possibilidade de recriação**. Não é casual, portanto, a definição do objeto de pesquisa; é sempre expressão de uma dada experiência pessoal e profissional. (Grifo nosso)

Assim, a minha preocupação pelo estudo das contradições na Política de Saúde Mental e a racionalidade – que tem direcionado sua atuação – está pautada em três modalidades de interesse que se articulam dialeticamente: 1) A minha experiência profissional como assistente social, militante e trabalhadora da saúde mental de um Centro de Apoio Psicossocial - CAPS. Em especial, o trabalho junto às Equipes de Saúde da Família na sistematização e consolidação da rede substitutiva, no processo de desinstitucionalização/reabilitação psicossocial na cidade do Recife desde 2004; e 2) A experiência como docente e pesquisadora no Departamento de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba e do Núcleo de Pesquisas e

Práticas Sociais (NUPEPS<sup>1</sup>) desenvolvendo pesquisas na área de saúde mental; 3) A amplitude que a temática da reforma psiquiátrica tem tomado no atual contexto histórico-político e econômico. Vale salientar: ao mesmo tempo em que cresce o número de serviços substitutivos, crescem os questionamentos sobre a política, seja na comunidade acadêmica, na mídia e ou na sociedade civil organizada.

Ainda são raros os trabalhos voltados para uma investigação da política de saúde mental. A operacionalização da política tem desafiado pesquisadores, como aponta Delgado (2015), segundo o qual são urgentes e necessárias pesquisas que perscrutem os novos desafios da política. Identificamos ainda que, em relação ao debate sobre as contradições que perpassam a política de saúde mental, há uma escassez de estudos que problematizem a temática, em especial em relação às áreas de Serviço Social e de Saúde Coletiva, mas também a todos os que se dedicam ao estudo da saúde mental, dada a relevância de se analisar as contradições da política de saúde mental no marco da expansão da política. Assim sendo, nossa proposta se justifica por sua relevância científica.

Ademais, cabe ressaltar que a própria OMS (2005; 2013) aponta que muitos países não têm legislações atualizadas, de acordo com a reforma psiquiátrica. Assim, a presença de um marco regulatório no Brasil já chama atenção para sua relevância científica e social.

Dessa forma, justificamos o interesse e o posicionamento em relação ao objeto de estudo, que emerge do nosso lugar na divisão social e técnica do trabalho, do compromisso assumido no cotidiano da política quanto à paixão ao interesse teórico e científico pela temática.

Do trabalho na rede de atenção psicossocial da cidade do Recife, emerge o projeto inicial de ingresso no doutorado. Na ocasião, vivenciávamos mudanças na interlocução entre a saúde mental (através do apoio matricial dos CAPS) e as equipes de saúde da família que geraram questionamentos sobre a proposta, que ocorria de forma conflituosa e contraditória, tensionando pontos fundamentais da política. O processo de doutorado representou mudanças significativas, em especial na forma de apreender as questões que emergiam. Operou-se uma verdadeira metamorfose, passamos a trilhar outro caminho, tendo como foco as contradições da política de

---

<sup>1</sup> No NUPEPS – Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais do Departamento de Serviço Social da UEPB, as pesquisas iniciais me deram subsídios para as primeiras inquietações sobre a operacionalização da política de saúde mental.

saúde mental frente às expressões da racionalidade burguesa na atualidade, sob os marcos da sociedade capitalista. Nesse processo, ganham destaque as singularidades do desenvolvimento social brasileiro, em que o estabelecimento de meios para efetivar o enfrentamento da questão social impõe, ao Estado, a reestruturação da máquina administrativa, implantando e implementando instituições, programas de ações, estratégias e instâncias técnicas (GUERRA, 1995).

As disciplinas, os professores, a orientação e a revisão bibliográfica auxiliaram, nos primeiros passos desse esforço, a perceber que existe uma série de mediações que articulam a forma como a política é operacionalizada e sua relação com as atuais estratégias de legitimação da ordem burguesa. E mais, que as contradições geradas na operacionalização da política estão diretamente relacionadas à conjuntura econômica, social e política, ao modelo de proteção social e ao caldo cultural e político que articula o processo de produção e reprodução social.

Após a qualificação<sup>2</sup> do Projeto, reorganizamos a pesquisa, buscando apreender a política de saúde mental na contemporaneidade, suas contradições e sua interface com as estratégias de legitimação burguesa na dinâmica histórica do desenvolvimento capitalista, sob o enfoque do materialismo histórico-dialético.

Chamou-nos atenção o fato de que a implementação da Política de Saúde Mental tem inquietado gestores, pesquisadores, trabalhadores e a sociedade civil organizada na busca por respostas para desvendar os desafios e dificuldades que estão postos na operacionalização da política. Com essa perspectiva, os questionamentos foram dirigidos às contradições que se apresentam na operacionalização na Política, num contexto adverso, marcado pela crise do capital, que tem, como baliza, a hegemonia neoliberal e a cultura de fragmentação do real vivenciada na sociabilidade contemporânea, em especial, no campo das políticas sociais. Esse cenário nos levou a refletir sobre o formato de se absorver as demandas da classe trabalhadora e de se operacionalizar a política social, visto que, no plano concreto das lutas sociais, observamos uma tendência a se tratar a política de saúde mental, muitas vezes, como se ela expressasse plenamente a reforma psiquiátrica, desconsiderando, outras tantas vezes, as mediações que se dão no processo de acolhimento das demandas por parte do Estado.

---

<sup>2</sup> A qualificação do projeto contribuiu significativamente para direcionar o trabalho, pois, na ocasião, foram solicitados alguns ajustes e contribuições, sendo acordado ao final, que a proposta deveria centrar-se na discussão da política em nível nacional, e não local (Recife).

Assim, delineamos, como objetivo geral, analisar as contradições que se manifestam na operacionalização da política de saúde mental no Brasil, procurando desvendar a racionalidade que tem pautado essa política nos marcos das atuais estratégias de reprodução do capital, ligadas aos mecanismos ideológicos de reprodução da hegemonia burguesa. Traçamos, ainda, alguns objetivos específicos a saber: a) Identificar e analisar a política de saúde mental em sua constituição histórica, e analisar como as estratégias ideológicas de legitimação da ordem burguesa aparecem e rebatem na política de saúde mental, em especial, na operacionalização dos seus princípios e diretrizes; b) Identificar e analisar como as novas estratégias de hegemonia burguesa aparecem na operacionalização da política de saúde mental e se expressam através dos novos arranjos institucionais: os sujeitos, suas agendas e as principais tendências da política na atualidade; c) Prover informações sobre a operacionalização da política de saúde mental, direção, racionalidade, identificando suas principais contradições, em especial no que tange à efetivação dos direitos; d) Contribuir no processo de lutas políticas e sociais, com subsídio teórico para a consolidação da reforma psiquiátrica, para sua crítica no atual contexto e, sobretudo, para a constituição de estratégias contra-hegemônicas.

Apreendemos que as categorias marxistas: totalidade; contradição e mediação são fundamentais para a apreensão da complexa dinâmica que envolve a operacionalização, visto que a política de saúde mental faz parte da realidade viva, em devir constante, constituída das contradições históricas resultantes da luta de classes – própria desta formação econômica e social. Neste sentido, a política de saúde mental é tomada em movimento e não como resposta mecanicista e estática. É apreendida do movimento do real, da relação entre o desenvolvimento das forças produtivas e relações de produção; expressa, assim, as contradições imanentes desse processo e a dinâmica da luta de classes.

Empreender tal iniciativa implicou a escolha de caminhos direcionados para uma melhor compreensão do processo de operacionalização da política de saúde mental no Brasil. Assim, como aponta Netto (2011), nosso objeto de pesquisa tem uma existência objetiva independente da nossa consciência. É um produto histórico. Desse modo, é importante perceber suas origens e desenvolvimento. A sociedade, a reprodução social e a política estão diretamente relacionadas às mudanças nas forças produtivas, discussão que Marx coloca na Miséria da Filosofia, de modo que as

mudanças nas forças produtivas não só acarretam alterações no modo de produção como também na relação que os homens estabelecem entre si e nas ideias que perpassam as suas relações e práticas; desse modo, a análise se insere numa perspectiva de totalidade, colocando em evidência interesses estratégicos dos projetos de classe e a lógica que controla a execução, bem como o contexto em que se insere essa política.

Sendo assim, traçamos o nosso caminho. Diante das inquietações erguidas, partimos da hipótese de que a política de saúde mental brasileira na contemporaneidade articula traços de inovação e conservadorismo em sua configuração, seguindo a tendência das políticas sociais na atualidade.

Nessa perspectiva, o processo de pesquisa procurou contemplar o conhecimento da realidade de forma dinâmica, buscando desvelar as mediações entre aparência e essência.

O processo de apropriação da matéria agregou dados da revisão bibliográfica e exigiu uma análise documental, que, juntos, nos possibilitaram uma interlocução concreta com a operacionalização da política.

Na revisão bibliográfica, procedemos à reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo – as contradições da política de saúde mental. Nesse processo, procuramos aprofundar as categorias e os conceitos utilizados na pesquisa: contradição; dialética; renovação; restauração; conservadorismo; crise do capital; racionalidade burguesa; instrumentalidade; reforma psiquiátrica; hegemonia; transformismo e historicidade.

Assim, procuramos nos apoiar em autores nacionais e internacionais, em vários veículos de publicação, livros, capítulos de livros, revistas especializadas. Utilizamos, ainda, artigos e matérias publicados em jornais e revistas do país que corroborassem a discussão. Dialogamos com autores que tratam a crise capitalista, penetramos no debate histórico da reforma psiquiátrica no Brasil nos apoiando nas categorias de inovação e conservadorismo. Esse movimento nos auxiliou a desvelar as contradições da política de saúde mental na contemporaneidade.

No que tange à análise documental, a pesquisa foi moldada pelas limitações de tempo e recursos (DUNKERLEY, 1988, p.86 apud MAY, 2004, p.216). Desta forma, tendo sempre em mente os objetivos da pesquisa, procuramos levantar a legislação em saúde mental no Brasil. Essa tarefa não foi difícil, visto que são documentos de

domínio público, de fácil acesso. Existem, inclusive, duas publicações da Coordenação Nacional de Saúde Mental/ Ministério da Saúde com uma compilação de Leis, Decretos e portarias (1990- 2004) e (2004-2010), o que facilita muito o trabalho do pesquisador. Mas, para além do uso dessas publicações, procuramos levantar, com o auxílio das ferramentas de busca, a legislação, a partir de fontes oficiais, visto que o período que nos dispomos a analisar ultrapassa o período das publicações compiladas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; 2010).

Assim, a análise documental foi realizada a partir do levantamento e análise de leis, portarias, relatórios e boletins periódicos produzidos pela Coordenação de Saúde Mental / Ministério da Saúde, eleitos como fundamentais. Assim, realizamos a leitura da legislação, todavia elegemos algumas leis e portarias como fundamentais para desvelarmos a natureza contraditória de sua operacionalização, a saber: Lei 10.216 (2001) – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Portaria 336 (2002) estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. As Portarias nº- 53 e 54/GM/MS (2004) tratam da redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país. A Portaria 3088 (2011, e republicação em 2013) Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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. A Portaria 3089 (2011) dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Portaria 1966, (2013) altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Por fim, a Portaria nº 130 (2012), QUE redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Os documentos desse primeiro bloco foram agrupados em um quadro em que identificamos o tipo de documento (Lei, portaria ou decreto), ano de publicação, origem, o que é ou do que trata e os destaques em que nos guiamos pelo questionamento – o que nos diz?

Modelo do quadro de coleta de informações documentais – leis/portarias/decretos

Tipo de documento (Portaria/Lei/Decreto)	Ano de publicação	Origem	Do que trata	O que nos diz? – Destaques
---	----------------------	--------	--------------	-------------------------------

Como apontaremos adiante, a exposição dessa discussão seguirá, na verdade, não uma ordem cronológica, mas os documentos serão analisados em articulação com outras fontes de informação, que dispõem de dados sobre a operacionalização da política, bem como sobre a implantação desses serviços no território nacional. Esse outro bloco de documentos é composto por: - Relatórios de gestão produzidos pela Coordenação de Saúde mental 2003-2006 e 2007-2010 e 2011-2015; - Publicação Saúde Mental em Dados – Um Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Publicado pela Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde que traz, de forma sucinta, os resultados quantitativos da política de saúde mental. A última publicação foi em outubro de 2015.

Esses documentos foram produzidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e procuramos identificar, neles, a implantação e a distribuição dos serviços substitutivos, bem como informações sobre a implementação da política. A partir dos dados extraídos desses documentos construí quadros, tabelas e gráficos, que serão apresentados nos capítulos 3 e 4.

Outros documentos foram utilizados para levantar informações sobre os sujeitos políticos identificados no processo de implantação da política de saúde mental e luta pela reforma psiquiátrica, tais como: - Matérias publicadas nos jornais do país e no jornal do Senado Federal; - Pesquisas nos sites, Facebook, redes sociais dos Movimentos Sociais Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e Rede Nacional Internúcleos de Luta Antomanicomial; - Documentos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); - Documentos produzidos pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Procuramos nos guiar pelo questionamento acerca de como os principais sujeitos políticos têm pautado o Estado, como têm organizado suas agendas presentes. Assim, procuramos informações sobre os movimentos de reforma psiquiátrica, sobre a Associação Brasileira de Psiquiatria e, nesse processo, aparece como esses movimentos têm pautado o legislativo.

Utilizamos, ainda, as anotações pessoais realizadas durante minha participação no I Encontro da RAPS, promovido pelo Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental na cidade de Curitiba/PR, do qual participamos, ocasião em que registramos as temáticas debatidas, os encaminhamentos e as

discussões a partir das temáticas. O registro das informações foi utilizado ao longo da tese, procurando apontar a fala dos trabalhadores.

Após a investigação e análise dos dados, escolhemos sistematizar e expor o conjunto de nossa análise estruturando a apresentação em quatro capítulos e considerações finais.

No segundo capítulo, discutimos a conjuntura em que se processou a reforma psiquiátrica e o complexo contexto de implementação da política de saúde mental.

Com vistas a conhecer as determinações da atual crise capitalista, procuramos autores que nos auxiliassem nessa empreitada, problematizando o atual contexto. Mézáros nos ajudou na discussão sobre a racionalidade burguesa e sobre a atual crise, com sua discussão de crise estrutural. Sem dúvida, são de grande importância as reflexões de David Harvey, em especial, as que tratam das condições que criam essas situações em escala mundial; neste contexto, ele discute o caráter imperialista do capital e a atual dinâmica societária.

Na discussão da atual crise e das abordagens que tem procurado dar conta desse complexo contexto, o conceito de crise orgânica cunhado por Gramsci toma um lugar em destaque, pela vivacidade do método em sua atualização dialética, a partir de elementos concretos da sociedade no período entre guerras. Em especial seu Americanismo e Fordismo, do volume 4 dos Cadernos do Cárcere, que nos oferece uma rica discussão para entender os desdobramentos da crise atual e sua complexidade nos coloca frente à necessidade de entender os novos processos de legitimação da ordem burguesa, bem como a reafirmação do papel do Estado nesse processo.

A atual conjuntura marcada pelas políticas de austeridade, pelas discussões sobre o fechamento das fronteiras e os refugiados, pelo aumento do desemprego, pelo corte nas políticas sociais, em especial, as políticas de saúde – só para citar alguns dos processos vivenciados – expressam uma nova correlação de forças entre capital e trabalho, que traz implicação para a formatação da política social.

Ao discutir as contradições na operacionalização da política, concebemos a necessidade de inseri-la na realidade social, numa conjuntura marcada pela crise capitalista, pelo ideário neoliberal, mas, sobretudo, pelas novas estratégias de legitimação burguesa.

Sob esse aspecto, resgatamos a discussão sobre a racionalidade na filosofia burguesa e, nela, a decadência ideológica da burguesia discutida por Lukács. Procuramos apontar como se constitui a racionalidade burguesa e desvelar como se apresenta nas atuais estratégias de desenvolvimento, acumulação e perpetuação do capitalismo, seja quanto ao modo de ser ou aos modos de conceber a vida.

Nesse capítulo, apontamos para a necessidade de se refletir sobre o movimento imperialista do capital, mas também refletir sobre os movimentos de revolução/restauração (GRAMSCI, 2013) brasileiros, em especial, a contemporaneidade nos convida a refletir sobre as estratégias ideológicas de restauração, e suas manifestações, no campo da saúde mental. Assim, tratamos da atual crise do capital, e sua relação dialética com o neoliberalismo.

Diante da ofensiva ideológica burguesa e da passagem da racionalidade burguesa para o campo das políticas sociais, resgatamos a discussão sobre a racionalidade da filosofia burguesa, tida como uma expressão da decadência ideológica da burguesia, procurando, assim, elementos para pensar a atual investida ideológica conservadora. Ao final deste capítulo, debatemos esse processo no Brasil.

No capítulo 3, o conceito de miséria da razão (COUTINHO, 2010b) vai nos guiar tanto na discussão das críticas internacionais ao Hospital psiquiátrico, em grande maioria de caráter reformista, que buscavam melhorar, mas manter o manicômio, como para discutir traços do processo de institucionalização da loucura na sociedade brasileira – a decadência ideológica materializada na racionalidade do manicômio.

Por sua vez, sobre esse aspecto, a formação política-econômica-brasileira nos convida a buscar as categorias Gramscianas para entender a dialética de renovação e conservadorismo que tem se feito presente nos nossos processos de mudanças.

Procuramos, desse modo, tratar teórica e historicamente a problemática da política de saúde mental, na medida em que desvelamos as determinações que fizeram com que se constituísse a política, mas sobretudo aquelas responsáveis por suas contradições, na medida em que compreendemos que embora tenha se travado uma luta pela reforma psiquiátrica e a política de saúde mental expresse essas lutas sociais, sabemos que esse é um processo que se insere em condições históricas mais amplas, trazendo à tona novos desafios a serem incorporados à agenda da política social, tendo em vista a conquista de direitos sociais pelos usuários dessa política. Nessa perspectiva, ao contextualizar a questão, consideramos as determinações que

se colocam em sua gênese e trajetória. Como um processo histórico, refletimos sobre a relação que se estabelece entre sociedade e Estado no enfrentamento à questão da loucura e à assistência aos usuários de saúde mental.

É possível inferir que a política de saúde mental, em seus 15 anos de implementação, acumulou uma vasta legislação, procurando dar conta do acúmulo de demandas não atendidas.

Na trilha dessa discussão, a mudança da rede assistencial vem sendo implementada através do fechamento de hospitais psiquiátricos e abertura de novos serviços, tidos como substitutivos do modelo manicomial, o que tem gerado uma série de discussões sobre o rumo das modificações, nas quais se incluíam as dificuldades na implementação e as discussões sobre os riscos de desassistência às pessoas que necessitam de atenção em saúde mental.

Assim, ao discutir a trajetória histórica da política de saúde mental no Brasil, falamos da *aliança com o conservadorismo*, procurando mostrar a relação histórico dialética entre o novo e o velho que se faz presente nesse processo. Destacamos a luta pela Reforma Psiquiátrica e, nela, os dilemas da emancipação política e a construção da política de saúde mental.

O Capítulo 4 trata da operacionalização da Política de Saúde Mental na contemporaneidade, de modo que abordamos as tendências e traços de sua racionalidade, ao destacarmos a instrumentalização do direito. A discussão sobre a instrumentalização do direito implica refletir sobre a racionalidade burocrática e a negação do direito. As raízes conservadoras da sociedade brasileira tendem a reproduzir estratégias que tolhem ou abafam e negam as conquistas da classe trabalhadora. Discutimos como a racionalidade burguesa se manifesta na acessibilidade da política, cuja proibição de acesso termina por consubstanciar moeda de troca a partir da cultura do favor, e alimenta, como decorrência, as raízes conservadoras da nossa história. Percebe-se que há uma relação dialética e contraditória entre o velho e o novo, que vai trazer implicações para a operacionalização da política.

Identificamos os principais sujeitos e suas agendas em tempos de neoliberalismo, apontando as tendências contemporâneas da Política de Saúde Mental no Brasil: o Avanço dos CAPS, a redução dos leitos e o financiamento da política. Eis que essas tendências ao mesmo tempo que mostram o avanço da política,

nos mostram, também, as contradições impressas nas formas escolhidas de se implementar.

No Capítulo 5, a narrativa se dá em meio ao turbulento contexto político vivenciado na política de saúde mental, marcado na cena política nacional pelas estratégias de conciliação do PT com as elites conservadoras, procurando evitar o impeachment, e por fim, com a concretização do impeachment e o avanço do conservadorismo. Nesse processo, o Ministério da Saúde e a Coordenação de Saúde Mental são entregues ao PMDB, gerando protestos em nível nacional por parte dos trabalhadores, usuários e militantes da política de saúde mental.

A discussão nos faz questionar a política de saúde mental nos governos do PT (2003-2016) e frente ao transformismo do PT que traz implicações para a política de saúde mental e para a luta pela reforma psiquiátrica.

Procuramos analisar, ainda, as principais contradições da política de saúde mental na atualidade nos marcos das atuais estratégias de reprodução/legitimação do capital, – em especial, àquelas ligadas aos mecanismos ideológicos de reprodução da hegemonia burguesa e suas implicações para a efetivação dos direitos dos usuários de saúde mental.

Por fim, é importante ressaltar que o presente estudo procura contribuir para uma ampliação das discussões no campo da política de saúde mental, trazendo subsídios para todos aqueles que desejam trabalhar no planejamento, gestão e implementação da Política de Saúde Mental ao desvendar alguns dos impasses da sua operacionalização, desde sua complexa e contraditória articulação com as atuais estratégias de legitimação burguesa até a instrumentalidade dessa política no campo dos direitos sociais.

Ressalta-se, ainda, a importância do estudo na área do conhecimento do Serviço Social, considerando que a intervenção profissional se realiza também nas instâncias da formulação de diretrizes e de tomada de decisões acerca das políticas sociais. Como assistente social, destaco, ainda, que os resultados da pesquisa serão agregados ao debate sobre os impasses e desafios da política de saúde mental na atualidade, dada a necessidade do desvelamento das dificuldades, conflitos e contradições dessa política, na medida em que se mostra um campo fértil para a luta pelos direitos sociais na atualidade.

Por sua vez, ressaltamos que, no âmbito acadêmico e científico, esperamos contribuir para a construção de uma análise crítica da política de saúde mental no Brasil.

A discussão das condições em que se processou a luta pela reforma psiquiátrica e o complexo contexto de implementação da Política de Saúde Mental, objeto de discussão dessa tese, exige abordar as transformações recentes na ordem societária, visto que essas transformações lançam novos desafios às políticas sociais e, nelas, à política de saúde mental, com a criação e ampliação de novos serviços, espaços ocupacionais, exigindo que se problematize o atual momento em busca do desvelamento das estratégias de reprodução do capitalismo na contemporaneidade. Um desafio significativo, em especial, se pensarmos que, em se tratando da Política de Saúde Mental, operou-se uma verdadeira inversão na lógica assistencial que ordena a política, em menos de vinte anos, e, nessa conjuntura bem peculiar, de avanço do neoliberalismo. A política de saúde mental passa a sofrer os impactos da atual conjuntura, seja nas restrições orçamentárias, que a comprometem, seja na inversão de sua lógica, como veremos.

## **2 O CONTEXTO EM QUE SE DESENVOLVE A REFORMA PSIQUIÁTRICA – A CRISE DO CAPITAL, A SOCIALIZAÇÃO DA POLÍTICA E AS ESTRATÉGIAS DE LEGITIMAÇÃO DA ORDEM BURGUESA**

*Entre o pessimismo da inteligência e o otimismo da vontade*  
Antonio Gramsci

As transformações na Política de Saúde Mental passam a se desenvolver, no contexto internacional, diretamente relacionadas às mudanças econômicas e sociais impulsionadas pela expansão capitalista no Pós Segunda Guerra Mundial e, constituídas pelas ferramentas políticas e econômicas do momento. Nesse processo, destaca-se o papel da luta de classes, visto que as condições para a mudança foram construídas a partir das tensões e contradições da relação de classes.

A passagem do modelo hospitalocêntrico baseado no padrão biomédico – centrado em grandes hospitais psiquiátricos para o modelo substitutivo – de base comunitária, tem levado a um debate fecundo sobre o rumo das mudanças que vêm acontecendo no âmbito da saúde mental. Apesar da expansão de seu ideário, na atualidade, sabe-se que esse é um processo que se insere em condições históricas mais amplas, trazendo à tona novos desafios a serem incorporados à agenda da política social, tendo em vista a conquista de direitos sociais pelos usuários dessa política. Com essa perspectiva, é importante – ao contextualizar a questão – considerar as determinações que se colocam em sua gênese e trajetória. Como um processo histórico, é imprescindível refletir sobre a relação que se estabelece entre sociedade e Estado no enfrentamento à questão da loucura e à assistência aos usuários de saúde mental.

A implementação da Política de Saúde Mental no Brasil, tomada no atual contexto, nos traz como desafio narrar e não apenas descrever a realidade atual. Isso me faz lembrar o romance Ana Karenina de Tolstói (2013), visto que a narrativa é feita a partir do ponto de vista dos participantes, do destino pelos quais passam a seguir, da relação desses sujeitos com a vida. É desse parâmetro que procuramos discutir a política de saúde mental, a partir da realidade atual, refletindo sobre a implantação da reforma psiquiátrica na contemporaneidade, pois os sonhos e desejos se materializam

em lutas, escolhas, direções, políticas e programas que acontecem num determinado contexto histórico e em meio às suas múltiplas determinações.

O cenário contemporâneo de crise do capital remete à busca de novos processos de legitimação da ordem burguesa assim como à reafirmação do papel estratégico do Estado no sistema de reprodução social, em coerência com o modelo de acumulação. É importante refletir sobre o atual contexto de crise capitalista mundial e seus rebatimentos na reforma psiquiátrica.

Compreende-se que os últimos anos têm sido marcados pela tensa relação entre o desenvolvimento capitalista e as políticas sociais, em que se observa o risco de retrocesso até mesmo em países que já têm seus processos de reforma psiquiátrica consolidados, como a Itália e Espanha, pois, em meio à atual crise, tem-se percebido uma nova correlação de forças. Ao ampliarmos o foco de análise, verifica-se uma redução do investimento nas políticas sociais em escala mundial (BELCHIOR, 2012) que passa a ter repercussões na política de saúde mental.

O atual momento histórico tem sido objeto de fecundos debates. Muitos autores têm apontado a intensidade da atual crise capitalista (MÉSZÁROS, 2015; HARVEY, 2012), frisando que ela não é pontual nem localizada, em um único país ou bloco geográfico, mesmo que apareça dessa forma, em vários momentos, trata-se de um acontecimento processual e global. Atinge não somente os países que têm tradição e acúmulo, no que tange às políticas sociais e à reforma psiquiátrica, singularizando a questão, mas que também abrange países cuja socialização da política e ampliação do Estado (GRAMSCI, 2013) ocorreram de forma tardia, como no Brasil em que a experiência de reforma psiquiátrica ainda está sendo construída. A crise atual e a dinâmica societária nos colocam a refletir sobre o processo hegemônico que vem sendo implementado pelos setores dominantes (OLIVEIRA, 2010).

## 2.1 O contexto em que brota a política: A Crise do Capital e suas manifestações

O debate sobre a crise contemporânea tem levado a se refletir sobre a dinâmica contraditória por que passa o sistema capitalista, visto que, mesmo entendendo que as crises são intrínsecas ao capitalismo, algumas tomam dimensões maiores. Muitos autores (DUMÉNIL; LÉVY, 2014; BOSHETTI, 2010) têm apontado que a atual crise se alastra pelo menos desde 2005 – com o estágio final do “boom” da habitação nos Estados Unidos e o declínio que segue os anos posteriores e, como apontam Duménil e Lévy (2014) o ano de 2008 se destaca pelo caráter global da crise de hegemonia financeira.

Os autores, ao discutir a crise do neoliberalismo a partir da crise econômica gestada nos Estados Unidos em 2007/2008 (DUMÉNIL; LÉVY, 2014), apontam que ela toma corpo entre 2005 e 2006, quando se percebe que as medidas adotadas para conter a crise recessiva de 2001 não conseguem segurar a breve onda expansiva alavancada através uma ofensiva do capital no foco da crise – os Estados Unidos, via setor imobiliário. O declínio da onda de investimentos imobiliários e tecnológicos eclode e se manifesta inicialmente com o endividamento das famílias e do setor produtivo. Logo em seguida, vivencia-se a queda do mercado imobiliário<sup>3</sup> e a crise do setor financeiro do país – expressa na perda de liquidez de suas instituições financeiras e nos crescentes riscos de falência, assim, estava instalada o que se chamou de “crise da bolha imobiliária”, levando a uma crise maior em 2008. (DUMÉNIL; LÉVY, 2014; MÉSZÁROS, 2015). A crise das *hipotecas subprime* evidenciou a crise do setor financeiro, cunhada com a fusão e quebra de vários bancos.

A crise se alastra, as vendas caem, o desemprego aumenta significativamente, as lojas fecham, algumas fábricas também fecham, outras ameaçam fechar as portas. Só para lembrar, a General Motors esteve prestes a fechar as portas e precisou de socorro financeiro do Estado para se manter de pé. Inicialmente, a crise econômica

---

<sup>3</sup> É importante apontar que a especulação no setor imobiliário já vinha ocorrendo há pelo menos duas décadas. Harvey (2011) nos lembra que ainda no final dos anos 1990 a população negra americana já vinha apresentando dificuldade para pagar o financiamento das habitações. Entre os anos de 2007 e 2008 a crise se amplia e atinge a “[...]” classe média branca, tomando maiores proporções no país. O autor lembra que 2 milhões de pessoas perderam suas casas, e outras tantas estavam com dificuldade de pagar e corriam risco de serem despejadas” (HARVEY, 2011).

vivenciada – especialmente a do setor financeiro nos Estados Unidos – leva a crer que a hegemonia norte americana estava comprometida, de modo que alguns analistas chegavam a discutir quais os países que tinham maior chance de se sobressair; historicamente tudo levava a crer que a União Europeia (UE) sairia fortalecida. Todavia, a União Europeia *herdou a crise* –seja porque os bancos europeus tinham ativos no setor imobiliário norte americano, seja porque a União Europeia ainda seria politicamente fraca. Desse modo, a crise detona o sistema bancário e os tesouros de vários países europeus, como aponta Coggiola (2015):

[pela] Primeira vez depois da Segunda Guerra Mundial, a dívida pública superou em média 100% do PIB nos países avançados, atingindo uma média de 88% na Europa, 103% nos EUA, e 230% no Japão. O problema não era novo: nos países da OCDE, as dívidas públicas já ultrapassavam US\$ 13 trilhões em 1995, quase o valor do PIB dos EUA. Somente nos EUA, a dívida pública cresceu cinco vezes (atingindo US\$ 5 trilhões em 1996) durante o período republicano Reagan-Bush (o pai). Depois da crise de 2007-2008, o grande acúmulo de dívida governamental fez estourar a capacidade de endividamento dessas nações, provocando o temor geral de que não pudessem “honrar seus compromissos” e decretassem o calote da dívida. (COGGIOLA, 2015, p.16).

Os dados de Coggiola (2015) mostram que a tendência de crise não foi resolvida, mas apenas deslocada do ponto de vista geopolítico. As ações construídas para aliviar a crise carregam em si contradições, que ora procuram dar conta do lucro que cai, ora precisam dar conta dos preços que despencam, ora falta demanda. As respostas a essas questões carregam o cerne da próxima crise. Ultimamente, o socorro à crise tem aumentado o endividamento de países, e a consequente submissão deles aos cortes de cunho neoliberal.

As manifestações da crise têm sido amplamente discutidas a partir da situação de alguns países da Europa: Islândia; Letônia; Portugal; Espanha e Grécia são exemplos do tamanho da crise. Na verdade, com exceção da Alemanha, os demais países da Europa não têm conseguido crescer nos últimos anos. Ainda em 2008, a Islândia, diante da crise financeira, nacionalizou os 3 principais bancos (Landsbanki, Glitnir e Kaupthing) do país. Em seguida, foi a vez da Letônia ser atingida pela crise, ainda em 2008 assinou um acordo com a União Europeia e com o FMI no qual se comprometeu a fazer o maior de seus ajustes orçamentários (cortes de 17% do PIB) em troca de crédito (7,5 bilhões de euros). Por sua vez, outros países da periferia europeia também estão em crise. O endividamento de alguns países tem

comprometido fatias consideráveis do PIB: Portugal (296%), Espanha (506%) e Grécia (479%) (2010), como aponta Behring:

A crise se manifesta de forma contundente na forma de dívida dos Estados que evolui de forma explosiva após as operações de salvamento das instituições financeiras em 2009, e a resposta a esse crescimento da dívida vem sendo programas de austeridade, o que inclui o corte nos gastos públicos, inclusive sociais. (BEHRING, 2013, p.153)

A crise foi fortemente intensificada pelas políticas de austeridade e pela crise fiscal dos Estados; em Portugal, por exemplo, o desemprego chegou a 21% entre 2005 e 2011 (PESCHANSKI, 2012). Os dados mais recentes apontam uma situação mais crítica do que a já apresentada. De acordo com a pesquisadora Raquel Varela em entrevista recente, a taxa de desemprego de 2013 em Portugal chegou a 25,7% (LARA; SILVA, 2015), a pesquisadora também aponta para o aumento do trabalho precário, lembrando que é um conceito complexo e não se limita a contratos a prazo, visto que o modelo de acumulação flexível permite que se aumente a precariedade do trabalho em várias formas, como as diferentes apresentações da terceirização do trabalho e, lembra ainda, os processos que aparentam transformar alguns trabalhadores em pequenos empresários, que encobrem, na verdade, relações de trabalho e dependência com a grande indústria. Embora apareçam juridicamente como pequenos empresários, trata-se de fato de trabalhadores precarizados em seus vínculos laborais. O grande objetivo dessa manobra seria burlar e desconstruir os direitos trabalhistas. Esse arranjo, todavia, não é, com certeza, uma peculiaridade portuguesa. Essas novas configurações do trabalho escondem a essência do trabalho na contemporaneidade.

Nesse cenário, a crise chega à Grécia, um país que, como a grande maioria dos países europeus, passou por uma revolução burguesa violenta e tardia. O país consegue entrar no circuito de acumulação quando, em meio à crise de 1929, a procura de mão-de-obra barata se transforma na alavanca para expansão da indústria grega. Um fato curioso é que, mais de 80 anos depois, a Grécia esteja no foco da atual crise sistêmica do capital e, mais curioso ainda, é que o país onde se origina a democracia coloque em questão a contradição entre democracia e capitalismo (WOOD, 2003).

Os desfechos políticos na Europa que envolvem o atual cenário de avanço do capitalismo e as respostas à crise apontam as fragilidades das instituições do capital.

Em agosto de 2015, o mundo assistiu a um desenlace democrático controverso na Grécia, noticiado pela imprensa de todo o mundo, visto que mesmo após um plebiscito popular (2015) em que o povo disse “não” às negociações com os credores, o governo grego recua e assina um contrato de negociação sob ameaça de ser expulso da União Europeia. Um trágico desfecho para a já frágil relação entre capitalismo e democracia. Na verdade, desde o triunfo ideológico do neoliberalismo, tem-se apontando a fragilidade dessa relação. Essa questão vem sendo reafirmada com o corte nas políticas sociais e, em consequência, nos direitos conquistados ao longo de anos de luta pela classe trabalhadora.

A crise tem afetado os países tanto na Europa como na América Latina em diversos modos e intensidade – de acordo com a relação entre o desenvolvimento capitalista e a luta de classes em cada país. A crise atual, contudo, que tem seu epicentro na Europa, além do pacote neoliberal já amplamente divulgado e conhecido, tem tido como receita à crise, um programa de austeridade fiscal e novas regras de empréstimos que, além de beneficiar o banco credor, sacrifica o país que solicita o empréstimo (o que mostra o caráter de socorro aos bancos) e afeta profundamente as políticas sociais.

É importante percebermos, por sua vez, as dimensões reais da atual crise. A que se iniciou nos Estados Unidos da América passa a se localizar nos PIIGS (Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha) aparecendo inicialmente como recessão e desemprego nesses países (COGGIOLA, 2015; MOTA; 2013; PESCHANSKI, 2012; ŽIŽEK, 2015). Os países europeus que não estavam em crise, liderados pela Alemanha que nesse processo se destaca como grande potência europeia, organizam programas de socorro à crise dos PIIGS. Eis a questão, o real sentido dos programas de socorro implementados, visto que, em troca de empréstimos que procuravam diminuir o desemprego, os pacotes contemplavam socorro ao setor financeiro, assim, o que se observa é o aumento da dívida pública dos PIIGS, e os bancos se erguem às custas do grande endividamento dos governos.

A crise europeia evidencia a fragilidade da União Europeia, visto que ela não conseguiu resolver a questão da desigualdade entre os países membros, muito menos montar estratégias unificadas destinadas a se lidar com situações de crise, como aponta Coggiola (2015):

As desigualdades econômicas e sociais dentro da UE se aprofundaram desde a introdução do euro. A renda anual média de um trabalhador em uma grande companhia variava em um fator de 20, entre € 43.000 na Dinamarca e € 1.900 na Bulgária. A UE não tinha mecanismos institucionais que pudessem prestar socorro a sócios que enfrentassem graves problemas de caixa. Europa continuava sendo o “gigante econômico e pigmeu político”, com seus quase 500 milhões de consumidores (o maior “mercado interno” do planeta), mas incapaz de ter uma política unificada diante de problemas internos ou externos graves. (COGGIOLA, 2015:18)

Os constantes pedidos de refinanciamento das dívidas, agravados pela consequente ampliação do déficit público dos PIIGS eleva a percepção de risco de não pagamento da dívida. Assim, a Troika (Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional e União Europeia) impõe uma série de medidas de austeridade como condição para negociação e liberação dos pacotes políticos financeiros de ajuda. O tema da moratória volta a ser discutido, o delicado vínculo da União Europeia emerge não só do ponto de vista econômico, mas sobretudo, político. A Alemanha se beneficia da especulação financeira, mas é no campo político seu maior ganho, pois sai desse processo com grande força política e econômica do continente.

Concomitantemente, as políticas de austeridade estimulam a redução de políticas sociais, o arrefecimento de salários e a destruição de direitos que haviam sido garantidos anteriormente, gerando medidas governamentais contra os sindicatos, funcionários públicos e populações imigrantes. Portugal e Itália vêm ao longo dos anos diminuindo os direitos dos funcionários públicos e legislações específicas. Peschanski (2012) lembra dos ataques aos sindicatos ocorridos na Itália pelo primeiro-ministro Silvio Berlusconi, mas aponta que não foi uma exceção à condição italiana, mas quase uma regra nos países PIIGS, em que houve um verdadeiro ataque aos direitos sociais dos trabalhadores. O sindicalismo entra em queda não apenas pelos assaltos diretos, mas sobretudo pela precarização do trabalho. As novas modalidades contratuais, a informalidade, os novos “empresários-trabalhadores” e as ofensivas aos direitos sociais – em especial, aos trabalhistas, potencializados desde os anos 1990 – vêm a configurar um dos maiores ataques à organização da classe trabalhadora.

Reparamos que as medidas de austeridade contraditoriamente implantam uma crise maior que aquela que se propõem a combater, isto é, impedem o suposto desenvolvimento que deveriam estimular, além de implantarem uma verdadeira “cultura da crise” (MOTA, 1995). A crise tem origem nas especulações do capital

financeiro, de modo que o socorro à crise fomenta a dívida pública dos estados envolvidos.

O cenário atual também tem trazido a discussão à tona sobre as políticas e movimentos contra as populações imigrantes. Essa discussão estava nos bastidores da política, até que navios cheios de refugiados começaram a naufragar, sem poder aportar em nenhum país. Na verdade, como aponta Peschanski (2012), desde 2007 os governos da Europa adotam medidas rígidas quanto à população imigrante:

Sarkozy iniciou em 2010 um programa de criminalização e deportação de minorias étnicas, especialmente ciganos do leste europeu. O programa de Sarkozy foi alvo de críticas de organizações de direitos humanos em toda a Europa. A chanceler alemã, Ângela Merkel, declarou em 2010 que a imigração era prejudicial à economia europeia, uma das causas da crise. Sarkozy, Merkel e outros políticos que adotaram políticas anti-imigrantes fazem parte de uma crescente onda xenófoba na Europa (PESCHANSKI, 2012:05)

Essa questão dos refugiados tem chamado a atenção da imprensa internacional e dos grupos ligados aos direitos humanos, e precisa ser analisada de acordo com o atual momento pelo qual passa a Europa (CALLANO, 2015). O bloqueio nas fronteiras tem deixado milhares de pessoas encurraladas na Grécia, de modo que há imagens de pessoas tentando passar por muros de arame farpado nas fronteiras; tudo amplamente veiculado pelos diversos meios de comunicação, em especial pela internet. A situação fez com que, pela primeira vez, a União Europeia criasse um “Fundo para necessidades humanitárias”, todavia, evita-se discutir os impactos do modelo de desenvolvimento adotado na crise humanitária. No cerne da crise dos refugiados – eis uma questão – de onde vêm esses refugiados? Síria, Líbano, Iraque, Líbia, Somália, Congo, enfim, vêm da África e do Oriente Médio. Constatamos que essa situação é gestada no centro do atual imperialismo; ela é fruto da expansão e da acumulação imperialista que temos nos dias atuais.

Por sua vez, fala-se em aumento do desemprego, corte nos gastos, nas políticas. De outro lado, evidenciamos uma preocupação com as consequências das políticas de austeridade sobre os *sistemas de saúde*, com diminuição das despesas com saúde. Desviat (2014) registrou um aumento de 50% no número de suicídios na Grécia. Ademais, tem sido apontado o impacto da crise na saúde da população. De

acordo com Manuel Desviat<sup>4</sup> se registra um aumento de 20% das depressões em Espanha e Portugal e, quanto à Grécia, o autor aponta que existem estudos atuais que registram aumentos de até 50%, mas também há registros de aumento dos transtornos mentais comuns. Instituições como a Asociación Madrileña de Salud Mental, em publicações recentes em seu site (2015) também tem apontado os efeitos perversos da crise na saúde mental. Assim, não se pode pensar na Política de Saúde Mental sem entender que seu desenvolvimento atual – e em especial, as contradições que permeiam sua implementação – emanam desse complexo contexto.

Apreendemos que é imprescindível refletir-se sobre as condições sociais que criam essas situações em escala mundial. David Harvey (2013) trouxe uma grande contribuição para discutir a atual crise apontando o caráter imperialista do capital, na contemporaneidade. Na verdade, como bem lembra o próprio Harvey, o primeiro a levantar essa discussão sobre o capital imperialista foi Lenin.

A reflexão sobre as crises capitalistas nos interessa em especial, pois nos dão elementos para discutir e entender a dinâmica da luta de classes na sociedade burguesa que, como formação social – ou nos termos de Hegel, na condição de relação social – conjuga contradições que gestam as crises. Mas é importante pensar também que, nesses momentos, a busca de respostas à crise envolve um emaranhado de propostas em que o próprio sistema é questionado e, nessas, as possibilidades de transformação social emergem. Nesse sentido, desde Marx (2011b; 2013) vários estudos como os de Gramsci (2013), Mészáros (2011), Mandel (1999) e Poulantzas (2000) têm contribuído para a discussão sobre as contradições da sociedade capitalista que gestam as crises.

Nesse processo, o Estado tem ficado responsável por garantir condições para um crescente aumento da produção, que geraria empregos e impostos para o Estado investir. Todavia, como aponta Mészáros (2012), as contradições do sistema impulsionam a crise, pois o capital tem um sociometabolismo incontrolável. Assim, a questão das crises persiste: a incontrolabilidade do capital.

Por sua vez, é importante lembrar que o cerne das crises do capitalismo está diretamente relacionado à própria mola propulsora do sistema em que a riqueza

---

<sup>4</sup> Conferência proferida no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC-UFBA, promovido pelo Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental – NISAM e Grupo de Mobilização da Rede de Atenção Psicossocial – Núcleo Bahia (em 15 de abril de 2014. Disponível em: <<https://youtube.be/41YcVt6UZsE>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

socialmente produzida é apropriada e acumulada por uma minoria detentora dos meios de produção (MARX, 2011b). A atual crise tem levantando uma série de discussões sobre a intensidade, origem e respostas à crise. Uma das produções mais substanciais sobre a crise é do filósofo húngaro István Mészáros que trabalha com o conceito de crise estrutural do capital. De acordo com Mészáros, o capitalismo é um sistema estruturalmente em crise, mas a atual crise é estrutural. Para defender tal discussão, o autor aponta quatro aspectos:

- 1) Seu caráter é universal, em lugar de restrito a uma esfera em 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 do 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 se quer as convulsões mais veementes e violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na “administração da crise” e no deslocamento mais ou menos temporário das crescentes contradições perder sua energia. (MÉSZÁROS, 2012, p.795-796)

Concordamos com os aspectos apontados, todavia, concebemos que existem outros a serem debatidos na dinâmica histórica. Não podemos discutir esses aspectos isolados da luta de classes no último século. Entendemos que a experiência do socialismo num só país (mesmo com – ou a partir de – todos os problemas e questionamentos que cercam essa questão) tem um significado decisivo na luta de classes, e sua análise implica algumas mediações. Acreditamos que é importante pensar o que representou a experiência socialista em termos concretos na luta de classes em parâmetro mundial, bem como entender o crescimento da social democracia e seu significado e relação com a experiência socialista e, sobretudo, entender a relação entre economia e política na concretude histórica.

Nessa perspectiva, compreendemos que a obra de Antonio Gramsci traz uma grande contribuição para a discussão da luta de classes na atualidade.

No Brasil, autores como Fontes (2010) e Castelo (2013), partem das contribuições gramscianas e admitem que, de fato, tivemos uma crise orgânica<sup>5</sup>, nos termos gramscianos, nos anos 1970. Todavia, entendem que há uma reconfiguração do bloco histórico em torno do neoliberalismo, o qual representa uma resposta à crise naquele momento e que, a partir de 2001, o aprofundamento das desigualdades tem sido uma forma de expansão das relações capitalistas. Em aula proferida no Departamento em Serviço Social em Campina Grande, Castelo (2015) chega a questionar como podemos estar há 40 anos enfrentando uma crise estrutural. Ressaltamos que o momento atual é bastante complexo, estamos vivendo uma crise orgânica de grande intensidade, visto que os elementos econômicos e políticos têm apontado uma crise dessa natureza (CASTELO, 2012; FONTES, 2010; MOTA, 2012;).

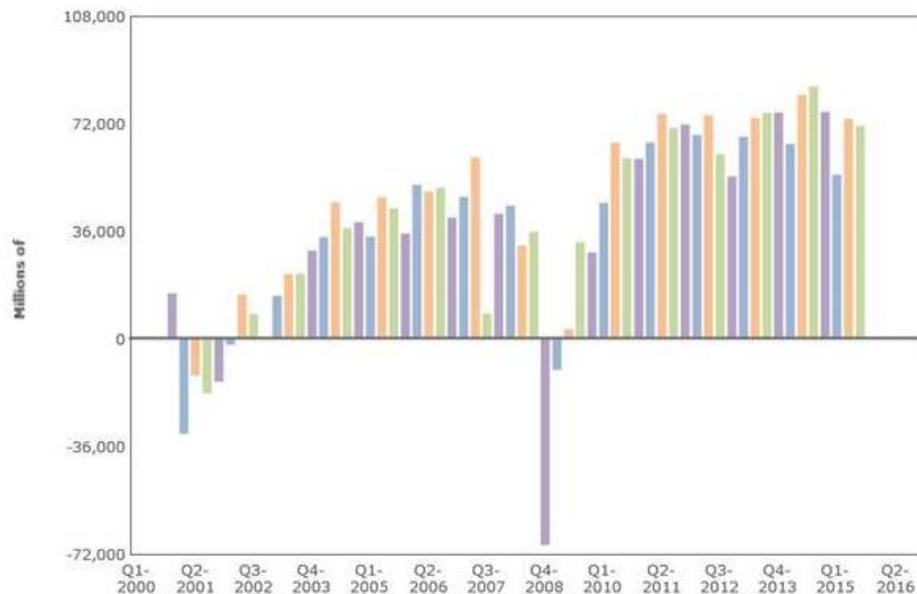
Recentemente, o professor José Martins (2016) em sua “Crítica Semanal da Economia” defendeu que, ao contrário do que muitos apontam, o mercado mundial está em plena fase de expansão. A afirmativa se baseia na análise que ele fez da economia norte-americana, a partir dos dados da Quarterly Financial Report (QFR) Manufacturing, Mining, Trade, and Selected Service Industries. São informações sobre a economia norte-americana disponibilizados pelo United States Census – Bureau em dezembro 2015, que trazem dados estatísticos agregados sobre os resultados financeiros e posição das corporações norte-americanas. A QFR apresenta, entre outros dados, as demonstrações estimadas de rendimento, lucros acumulados, balanços e índices financeiros e operacionais relacionados no processo produtivo. A partir dos dados disponibilizados sobre os lucros operacionais das indústrias de bens de consumo duráveis norte-americanas, Martins (2016) constrói uma série histórica (Gráfico 01).

O gráfico nos mostra visivelmente o impacto das duas crises da última década. A de 2001 que teve uma recuperação fraca e lenta e a de 2008, da qual já em 2010 não restavam grandes vestígios na indústria americana. O autor sustenta que o mercado mundial continua em larga fase expansionista. Por outro lado, Martins (2016) chama atenção para a fragilidade dos BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China, South África. Desta forma, estaríamos vivendo em pleno avanço imperialista.

**Gráfico 01** - EUA: Lucros Operacionais da Indústria de Bens de Consumo Duráveis

---

<sup>5</sup> Sobre Crise orgânica ver: Castelo, Rodrigo. Gramsci e o conceito de Crise Orgânica. In: Margem Esquerda, nº19, outubro de 2012.



Fonte: Martins (2016).

Os dados da QFR e a sistematização construída por Martins (2016) nos mostram a face imperialista do capitalismo e nos fazem refletir sobre o real significado da atual crise na atualidade: o avanço do imperialismo.

A relação entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento além de expressar as desigualdades latentes do sistema, ainda marca o caráter imperialista da atual investida do capital, visto que a crise nos países desenvolvidos tem tornado alguns países emergentes atrativos, seja porque esses países continuam, mesmo em menor grau, sendo fonte de matérias-primas, seja pelo mercado interno desses países, ou ainda como fonte de mão-de-obra menos politizada.

## **2.2 A crise no capitalismo financeiro e a sociabilidade burguesa – o mundo das coisas ou a ofensiva ideológica do capital**

Inicialmente, vamos pensar na dinâmica do capitalismo atual, o que Chesnais (1996) chamou de “mundialização do capital”, o capital em todos os lugares, com grande grau de integração e interdependência e uma grande velocidade na comunicação, com uma busca incessante por novas formas de acumulação. De acordo com Chesnais (1996) estamos diante de um novo modo de acumulação do capitalismo – a acumulação financeira.

No exercício de apreender a atual crise e dinâmica da acumulação financeira, debruçamo-nos sobre os escritos de Marx para refletir sobre o funcionamento do

capitalismo, suas contradições e, acima de tudo, sua dinâmica dialética e sua historicidade. A obra de Marx nos mostra que as categorias não são tipos ideais como apontava Hegel, mas são cunhadas para dar conta de uma realidade concreta. Na obra “O Capital”, Marx trata do funcionamento do capitalismo, mas não fala em modelo ideal, de tipos weberianos construídos sob os pilares acadêmicos; ele discute a temática a partir de uma realidade concreta – a vivida na Inglaterra –, pois, na ocasião, morava em Londres. Destacamos essa questão, pois muitas vezes perdemos essa dimensão da obra marxista – a compreensão histórica. Muitas vezes tomados pela racionalidade burguesa, somos convidados a pensar a teoria marxista desprovida de história, como se fosse uma sucessão de passos. A análise da obra de Marx nos mostra o oposto: Marx viveu intensamente as questões de sua época, dos lugares que o marcaram. A Ideologia Alemã e A Sagrada Família são reveladoras dessa historicidade, pois falam das questões que movimentavam o debate da sociedade alemã de sua época, *in casu*, o hegelianismo.

Quanto a “O Capital”, no primeiro livro, Marx abordou o processo de produção do capital a partir da discussão da realidade da sociedade em que vivia. Os exemplos que toma ao longo do livro apontam as formas de sociabilidade e as relações sociais de sua época contemporânea.

É importante chamarmos a atenção que na contemporaneidade, o capitalismo tem demonstrado grande plasticidade, ora capital produtivo, ora capital fictício – mas lembremos, sempre capitalismo. Como aponta Marx (2015), “as metamorfoses” são as funções que o capital vai ocupar no seu ciclo: “O que transforma estas em função do capital é o seu papel determinado no movimento do capital e também, portanto, o nexo entre a fase em que elas aparecem e as outras fases do seu ciclo” (MARX, 2015, p.110).

Então, o capital assume diferentes formas, dinheiro, mercadoria etc. Marx chama atenção para o fato de que a primeira metamorfose é o uso de dinheiro para a compra de força-de-trabalho e destaca que, para haver circulação de capital, é necessário que a força de trabalho compareça no mercado como mercadoria. Por outro lado, entendemos que a dinâmica atual, cravada como capitalismo financeiro tem peculiaridades, que são importantes, e devem ser analisadas para se entender a crise atual. Necessitamos compreender as dimensões históricas e teóricas da atual dinâmica do capital e suas implicações na luta de classes na atualidade.

A busca por mais acumulação é casada com uma grande ofensiva ideológica. Em muitas discussões da atualidade, sob comando do capital financeiro, o dinheiro parece

brotar do ar. As ações se valorizam e se desvalorizam, e tudo isso parece não ter absolutamente nada a ver com o trabalho. Eis mais um enigma do capital (HARVEY, 2011).

Entendemos que a seção VII do livro I (MARX, 2013) traz uma importante contribuição para o entendimento da contemporaneidade. Ao discutir o processo de acumulação capitalista Marx (MARX, 2013) vai apontar para as formas de reprodução, para a necessidade de encontrar meios de se perpetuar o sistema, mas não são apenas as relações econômicas que são reproduzidas:

Seja qual for a forma social do processo de produção, ele tem de ser contínuo ou percorrer periodicamente, sempre de novo, os mesmos estágios. Assim como uma sociedade não pode deixar de consumir, tampouco pode deixar de produzir. Portanto, considerando do ponto de vista de uma interdependência contínua e do fluxo contínuo de sua renovação, todo processo social de produção é simultaneamente processo de reprodução. [...]. As condições de produção são, ao mesmo tempo, as condições de reprodução. (MARX, 2013, p.641)

O fetiche da mercadoria vai a níveis inimagináveis. E essa dinâmica não serve apenas para a acumulação financeira propriamente dita, ela diz respeito ao capitalismo em sua totalidade, assim, serve para perpetuar as classes sociais. O trabalhador entra no processo de trabalho já estranhado do objeto que produz. Não se reconhece nele. Marx desvela, no texto, que, mesmo que existisse um capital original, com o tempo, o trabalhador produz um valor com o seu trabalho superior ao que lhe é pago, e a acumulação desse valor permite dizer que o trabalhador produz constantemente a riqueza objetiva com capital (MARX, 2013). Pois bem, na nossa sociedade, o capitalismo adquire um novo fôlego para o caráter fetichista da mercadoria. O atual mercado é algo bastante complexo e envolve as relações monetárias da atualidade, o dinheiro e as ações tornam a mercadoria, cada dia, algo distante do trabalhador, mais do que nunca “[...] uma relação social determinada entre os próprios homens que aqui assume, para eles a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (MARX, 2013, p.147).

Na atualidade, com a flexibilização do trabalho e a desconcentração espacial da produção esse estranhamento é renovado de diversos meios e formas. As novas modalidades de trabalho implicam, em última instância, na verdade, a superexploração do trabalho. A fragmentação do trabalho chega a níveis jamais imagináveis. Como pensar que um automóvel pode ser lançado com peças produzidas em várias partes do mundo. A desconcentração da produção tem buscado novos mercados, tanto de força de trabalho quanto consumidores, os atrativos fiscais, as possibilidades criativas de precarização, que

vão desde a ideologia do empreendedorismo, até trabalhadores subcontratados por peça. Essa busca de superlucros e novos mercados tem impactado na luta de classes, o trabalhador não só não se reconhece no produto final, como também muitas vezes sequer, o conhece. Esse processo de alienação tem tido muitas consequências no processo de organização da classe trabalhadora. Os trabalhadores têm sido convidados a não ser ver mais como uma classe. Esse não reconhecimento tem gerado uma fragmentação de pautas e lutas, fragilizando a classe trabalhadora.

Dessa forma, concebemos que a análise marxista é contemporânea, em especial, se observarmos a atual ofensiva ideológica. Marx, ao trabalhar o caráter fetichista da mercadoria e seu segredo, no primeiro capítulo do primeiro livro vai apontar em que consiste esse caráter enigmático que toma a mercadoria e faz com que ela apareça não como uma relação social entre pessoas, mas como “relações reificadas entre pessoas e relações sociais entre coisas” (MARX, 2013, p.148). É o que Marx chama de fetichismo, o produto do trabalho, pensado pelo homem, produzido pelo homem, que parece ganhar vida própria no mercado. Quando falamos de capitalismo financeiro, as finanças ganham uma certa autonomia frente à sociedade, de modo que o dinheiro aparece produzindo dinheiro e, no mercado de ações, as relações fetichizadas chegam ao seu ápice.

A concentração de capitais (financeiro/industrial) tem apontado a discussão de que o trabalho não é mais necessário, ou ainda, que se produz valor sem trabalho. A fórmula  $D-M-D'$ , que Marx desenvolve no capítulo 5, onde discute a transformação de dinheiro em capital, aparece milagrosamente como  $D-D'-D''$ , o dinheiro parece ganhar vida própria no capitalismo financeiro, a mercadoria desaparece, e dinheiro passa a criar mais dinheiro, e cada vez mais dinheiro, sem a mediação de mercadorias, isto é, sem a mediação da força de trabalho, que, transformada em mercadoria, é a única mercadoria capaz de criar valor. O capital parece criar valor, pela primeira vez na história, mas de uma forma inexplicável. Entendemos que esse é o marco da grande ofensiva ideológica que vem se processando: a ideia de que o trabalho não é mais central nesse sistema e de que a concentração de capitais conseguiu descobrir uma nova fórmula de acumulação que não passa pelo trabalho.

Percebemos a contextualização de uma sociedade que a cada dia apresenta uma divisão do trabalho mais complexa, com uma crescente ampliação do mercado,

do comércio e da produção de mercadoria. Nesse conjunto, o dinheiro<sup>6</sup> ganha modelações definitivas, visto que “[...] a necessidade da troca e o meio de troca imediato desenvolvem-se em relação inversa. Daí a necessidade de um meio de troca universal ali onde o produto determinado e o trabalho determinado têm de ser trocados pela permutabilidade” (MARX, 2011, p.146).

No modelo mercantil, o dinheiro possibilitou uma divisão do trabalho, na qual se permitiu que o produto do próprio trabalho pudesse ser comprado mediante trabalho alheio. O dinheiro, nesse momento, vai cristalizar a relação de dependência entre os produtores, visto que objetos de diferentes valores de uso, advindos de trabalho concreto, assumem a forma de mercadoria e, no ato da troca, tornam-se “iguais”, de modo que o dinheiro assume a função de equiparar diferentes. O duplo caráter da mercadoria é percebido seja pela utilidade seja pelo seu valor no processo de troca. Nesse processo, cria-se tanto uma extensa alienação do indivíduo frente a si mesmo e aos demais, quanto universalidade e multilateralidade de suas relações e habilidades. (IAMAMOTO, 2007; MARX, 2011).

Na atualidade, o capitalismo entra numa nova onda expansionista, com aumento da interdependência entre os países facilitada pelo dinheiro fantasmagórico: as ações. O chamado capital fictício, que muitos autores têm trabalhado como parasitário (CARCANHOLO, 2003), que *a priori*, não produz, que vive da venda de ilusões. Essa imagem é verdadeira, todavia, essa fragmentação serve para disseminar a possibilidade do capital realmente poder gerar dinheiro sem trabalho. Não podemos esquecer o ciclo produtivo que se esconde por trás desse processo. A expansão das relações capitalistas e a intensificação do trabalho têm ocorrido em escala mundial e de forma brutal. Mas a mesma fórmula que leva à rentabilidade máxima também leva a crises de grande intensidade, afinal de contas, a mundialização da economia acirra a interdependência (CHESNAIS, 1996). A concentração de capitais (industrial e financeiro) procura mostrar que a acumulação pode se dar ignorando as condições de produção e de realização do valor, isso só se realiza com estratégias geopolíticas muito precisas, a mundialização implica uma grande investida imperialista, na busca de novos mercados consumidores e novos mercados produtores, e na constituição de novos trabalhadores assalariados e, para isso, necessariamente, novas expropriações (FONTES, 2010; MARX, 2013).

---

<sup>6</sup> Para uma discussão mais detalhada do assunto ver: Karl Marx. Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política – Capítulo do Dinheiro (pag. 67 - 182). São Paulo, Boitempo, 2011.

Fontes (2010), ao discutir a atual dinâmica capitalista, utiliza o conceito de capital-imperialismo, resgatando a discussão de Marx (2013) sobre o processo de acumulação capitalista, e a questão do imperialismo abordada por Lenin (2012). A autora defende que estamos vivendo um momento de expansão das relações sociais capitalistas, esse movimento ocorre na expansão das condições que disponibilizam trabalhadores para o capital (FONTES, 2010, p. 44) isto é, em que ampliam, se renovam e se reproduzem as condições de expropriação no curso dos processos de concentração e centralização de capitais.

Ao analisar a concentração de capitais na atualidade, notamos que as expropriações persistem em sua forma original (MARX, 2013), mas sobretudo, passam por novos processos de expropriações intensas e aceleradas. Fontes (2010) aponta novas expropriações, as “expropriações secundárias”, que decorrem do desmantelamento dos direitos sociais no século XX e em curso, que aparecem também nas novas modalidades de trabalho – desregulamentado – sem direitos – o chamado trabalho precário e suas variações na sociedade atual, desde os pseudo-empresários – na verdade, trabalhadores sem direitos que através de regimes intensificados de trabalho continuam a “prestar serviço” para a mesma empresa; que emergem também no crescente número de desempregados que, com a atual crise, contribuem para diminuir o valor da força de trabalho; que aparecem no uso inclusive da força militar no controle de matérias-primas; que aparecem no uso do conhecimento, sem falar na mídia. Como aponta a autora em todas essas discussões, tem um ponto em comum: a captura de recursos, para transformá-los em capital.

O aumento do desemprego, e do trabalho informal precarizado, que substancialmente quer dizer aumento da superexploração da força de trabalho tem fragilizado a luta da classe trabalhadora. É importante pensar no capital na condição de relação, dessa forma, também ampliamos nossa análise, visto que não são apenas relações econômicas que são reproduzidas, mas a totalidade da vida social.

Nesse sentido, compreendemos que estamos vivendo um momento histórico de expansão das relações capitalistas, expresso através dos mecanismos de acumulação atuais do capital e das novas expropriações que têm aprofundado a pobreza e a desigualdade social. Nesse movimento, destacamos a luta de classes e as contradições que passam a ser geradas pelo próprio sistema no foco da atual crise.

É importante ainda chamarmos a atenção para a historicidade da teoria marxista. Cremos que pensar que o capitalismo está numa crise desde 1970, implica dizer que estamos vivendo um padrão linear desde então, de modo que as crises cíclicas parecem ficar à margem nessa perspectiva. Precisamos resgatar a dimensão histórico-dialética dessa questão, em especial, porque compreendemos que ela envolve uma grande ofensiva ideológica com foco na luta de classes. O capitalismo cristaliza um modo de ver a vida e de viver a vida, constituindo em torno da crise uma racionalidade que em última instância busca perpetuar o capital.

No cerne dessas questões, o campo da política passa a despertar o interesse de muitos pesquisadores que procuram entender suas contradições. Se, de um lado, constatamos o avanço das políticas sociais, por outro, apreendemos também uma tendência à transformação delas em ações pontuais, instrumentais e compensatórias.

Diante dessas questões que têm pautado o atual contexto, procuramos trabalhar economia e política a partir de uma relação dialética, na medida em que entendemos que não são duas coisas de ordem completamente diversa, mas constituem uma totalidade histórica. A despeito das tentativas deterministas vivenciadas pela teoria marxista ao longo dos anos, Marx (2008) na “Contribuição à crítica da economia política” já apontava a necessária articulação dialética, apontando que as transformações produzidas na base econômica transformam a superestrutura dialeticamente.

Ademais, essa separação termina por servir às estratégias de legitimação da ordem burguesa, na medida em que se passa a discutir o marxismo, única e exclusivamente como um método, uma forma de conhecer a realidade, mas deslocado da prática, da história.

Na atualidade, assistimos a um grande número de autores que, diante do agravamento da questão social passam a discutir a sociedade de forma fragmentada, a partir de recortes. Nesse cenário, para alguns, existe uma nova questão social (ROSANVALLON, 1998), outros defendem uma terceira via (GIDDENS, 2005) em que não teria mais sentido a divisão entre direita e esquerda no mundo atual e dentro dessa perspectiva, um certo quantitativo de autores chegaram a defender que o Brasil havia entrado num momento de pós-neoliberalismo (RODRIG, 2002; SADER, 2011) no mandato de Luiz Inácio Lula da Silva.

Assim, o que concebemos é que estamos diante de uma grande ofensiva ideológica em curso, visto que para se manter, de forma hegemônica, como o modo de organização econômica política e social, o capitalismo necessita da difusão de uma visão de mundo, de uma racionalidade condizente com a ordem estabelecida, ao mesmo tempo que legitime essa ordem. A razão burguesa contemporânea tem buscado negar os antagonismos, as contradições de classe, como se elas não fizessem parte das problemáticas atuais, tivessem ficado presas no passado. Por sua vez, até mesmo as estratégias reformistas têm sido abandonadas, a situação atual parece não ser abalável, como se estivéssemos em um beco sem saída, há uma difusão de que “não há alternativa” (MÉSZÁROS, 2012).

Na atual conjuntura, é importante refletir sobre o movimento imperialista do capital do ponto de vista global, mas também refletir sobre os movimentos de revolução/restauração (GRAMSCI, 2013) brasileiros. Em especial, a contemporaneidade nos convida a refletir sobre as estratégias ideológicas de restauração, e suas manifestações no campo da saúde mental, num momento em que aumentam as preocupações em conciliar desenvolvimento e equidade, como alguns estudos apontam (BRAGA, 2012; CASTELO, 2013; MOTA, 2012). Outros estudos avançam na análise de elementos da revolução passiva à brasileira (BRAGA, 2010).

O desvelamento da operação ideopolítica que tem disparado essa questão, implica analisar o campo da reprodução social, a partir de uma perspectiva de totalidade que a dinâmica e contraditória relação entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção exigem na contemporaneidade, evidenciando seu nexos “necessário e vital” (GRAMSCI, 2013).

### **2.3 Crise e Neoliberalismo – a hegemonia nasce na...dialética do estar dentro estando...fora da fábrica<sup>7</sup>**

A análise de um período de crise é um grande desafio, seja porque as causas das crises capitalistas não são exatamente as aparentes, são profundas e complexas; seja porque abarcam contradições que provêm da base material e da luta de classes.

---

<sup>7</sup> Uma referência modificada à expressão “[...] a hegemonia nasce na fábrica” de Antonio Gramsci em Americanismo e Fordismo. Cadernos do Cárcere, vol IV, 2014.

Por sua vez, as respostas às crises desnudam a historicidade e contradições de uma época, apontando para o desenvolvimento das forças produtivas e a dinâmica e força das lutas sociais.

Instigante mesmo foi apreender a atual crise a partir das contribuições de Antonio Gramsci, na verdade, um desafio prazeroso, pois, mesmo compreendendo que a discussão da crise na perspectiva de análise erguida por István Mészáros tem significado um grande ganho na compreensão dos processos atuais e, entendemos que na contemporaneidade, a dinâmica do capital envolve uma grande ofensiva ideológica e tem sido marcada por uma reorganização da luta de classes. Nesse sentido, à medida em que avançávamos na leitura dos escritos gramscianos e, éramos desafiados a entender o contexto dos fragmentos, essa compreensão nos apontava a atualidade da discussão ali contida, em especial para capturar a dimensão dialética da atual crise e da *praxis* histórica. Cabe assinalar que a leitura dos volumes que tratam do Americanismo e Fordismo (vol. IV) e do *Risorgimento- Notas sobre a história da Itália* (vol. V) explicitam reflexões teórico-metodológicas que podem contribuir para uma melhor discussão acerca da atual crise.

Na obra, Antonio Gramsci traz anotações valiosas para uma perscrutada análise da atual crise. Naquela ocasião em que o italiano sardo escreveu sua obra, o mundo estava frente à extensão da crise de 1929 e, Gramsci nos fala, a partir do desenrolar dos acontecimentos na Itália, com a origem do fascismo naquele país. Nos chama atenção a discussão teórico metodológica em que se desenvolve a discussão.

[[...]] O Estudo dos acontecimentos que assume o nome de crise e que se prolonga de forma catastrófica de 1929 até hoje de verá atrair atenção especial. 1) será preciso combater a todos os que pretendem dar destes acontecimentos uma definição única [[...]] trata-se de um processo que tem muitas manifestações e no qual causas e efeitos se interligam e se sobrepõem [[...]] 2) Quando começou a crise? A questão está ligada à primeira. Trata-se de um desenvolvimento e não de um evento[[...]] 3) A crise tem origem nas relações técnicas, isto é, nas respectivas posições de classe. (GRAMSCI, 2014, p.316-317)

Com esses três pontos Gramsci (2014) aponta que a crise é um processo complexo, muitas vezes relacionada a guerras – atualmente imperialistas – e tem origens nas contradições do modo de produção, e não nos fatos políticos (GRAMSCI, 2014, p.317). Nesse sentido, Gramsci (2014) chama atenção que uma crise orgânica não é um fenômeno isolado, mas um movimento orgânico com vários fatores

relacionados. Ao discutir americanismo e fordismo Gramsci analisa a crise orgânica, e aponta que os mesmos:

[[...]] resultam da necessidade imanente de chegar à organização de uma economia programática e que os diversos problemas examinados deveriam ser os elos da cadeia que marcam precisamente a passagem do velho individualismo econômico para a economia programática[...] (GRAMSCI, 2014, p.241)

Gramsci (2014), ao considerar a crise orgânica de sua época, vai apontar a necessária articulação entre economia e política e, que a resposta à crise vai muito além da retomada econômica, é bem mais complexa. Ao revelar essa complexidade, chama atenção para o sistema de ideologias produzido pelo capital, em que a “hegemonia nasce da fábrica e necessita apenas para ser exercida, de uma quantidade mínima de intermediários profissionais da política e da ideologia” (GRAMSCI, 2014, p.247-248), mas envolve a totalidade social, “[...] conseguindo centrar toda a vida do país na produção” (GRAMSCI, 2014p. 247).

O que estava posto naquele momento e o que está posto na contemporaneidade é que embora a crise geralmente se geste no lócus econômico, ela rapidamente se move para o ambiente político e, as respostas à crise vão demandar rever as estratégias de dominação ideopolíticas, ou seja, uma nova ofensiva do pensamento burguês. No contexto histórico da crise orgânica de 1929/30 as respostas do capital à crise não criaram apenas as condições econômicas, constituíram novos padrões de racionalidade impostos à população, novas formas de pensar o trabalho e a vida. O fordismo nasce na fábrica, mas vai imprimir um modo de vida à população americana, e transpor para o mundo uma nova forma de pensar o trabalho, o lazer, a cultura (GRAMSCI, 2014). A racionalidade burguesa extrapola os muros da fábrica, o fordismo não cria apenas um modo de trabalhar, mas um modo de viver.

Por sua vez, não podemos pensar nessa crise sem refletir sobre o nosso tempo, sobre as mudanças reais por qual passaram os processos produtivos, a concentração de capitais, a produtividade, as novas conformações geopolíticas e sem dúvida, o papel do Estado e a configuração da luta de classes no neoliberalismo.

Uma crise orgânica tem vários detonadores, como nos lembra Castelo (2013), os processos sociais, políticos, econômicos e culturais aparecem como pontos máximos da crise. Nos *Cadernos do Cárcere*, Gramsci lembra que controlar uma crise

orgânica “é impossível” (GRAMSCI, 2013, p.447) e ela, ao mesmo tempo que coloca a possibilidade de superação-revolução, também coloca a possibilidade de uma reorganização sociopolítica e ideopolítica da dominação imperialista do capitalismo. Ela se dá em todos os planos, como na crise dos anos 1970 na qual as manifestações da crise estavam em todos os lados. A crise do petróleo é a mais enfatizada nas análises – visto que gerou uma alta inflacionária em escala mundial, num momento em que se vivenciavam outras crises como uma recessão em escala mundial, a desvalorização do dólar e a crise de liderança norte-americana. O desemprego crescia sem parar e o que Harvey (2013) chamou de “estagflação<sup>8</sup>” tornou-se a marca do final dos anos 1960 e de boa parte dos anos 1970. Um dos pontos mais apontados nas análises da crise dos anos 1970 foi a rigidez do fordismo-keynesianismo, tanto quanto aos investimentos de capital fixo em larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa, quanto dos contratos de trabalho.

Na verdade, “nem todos eram atingidos pelos benefícios do fordismo” (HARVEY, 2013, p.132), as desigualdades entre os setores já existiam, como contradições inerentes ao sistema, todavia nos anos 1960 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. Aumento das desigualdades e a piora das condições de vida provocaram vários movimentos de contestação. O que estava posto é que o pacto fordismo-keynesianismo já não conseguia manter o nível de acumulação desejado pelo capital, não conseguia conter as contradições inerentes ao capitalismo, nem do ponto de vista econômico, nem do político e nem do ponto de vista cultural, visto que se iniciaram vários movimentos culturais contestatórios.

Do lado da classe trabalhadora, aumentaram as críticas à ordem burguesa. Nesse contexto, a busca de respostas emergia de diferentes lados, num primeiro momento, se defendia o aprofundamento do controle e da regulação estatal, sob esse aspecto, muitas medidas seguindo essa linha foram tomadas em vários países, contudo, não se conseguiu retomar a acumulação do capital. Entre as respostas à crise, destacam-se as dos anos 1960 e 1970 nas potências imperialistas, com relevo

---

<sup>8</sup> Expressão utilizada por David Harvey para designar Estagnação na produção de bens e alta inflação de preços.

para os Estados Unidos, a busca da retomada da economia através da adoção de medidas militares como a guerra do Vietnã e o apoio às ditaduras na América Latina – uma resposta que alia o imperialismo bélico com a ampliação da demanda efetiva.

Mas é importante lembrar que a crise da década de 1970 fez com que ela ficasse conhecida como interminável, como nos lembra Hobsbawm (1995) uma década intensa de acontecimentos fazendo com que o mundo revisse completamente os conceitos de tempo e espaço (HARVEY, 2012). Alguns autores chegam a discutir que temos a precipitação de uma crise política, isto é, do ponto de vista político, Castelo (2013) assinala as manifestações do maio de 1968, defendendo que “a política foi o campo no qual germinou a crise orgânica” (CASTELO, 2013, p.152). O autor chama atenção ainda que os sujeitos mais ativos desse movimento eram os trabalhadores e o foco das manifestações, mesmo com a diversidade de pautas, era a contestação da ordem burguesa. As manifestações culturais da época criticavam o consumo de massa alienado e que reproduzia a cultura burguesa. Assim, o autor assinala que temos uma crise de hegemonia no final dos anos 1960. Ainda do ponto de vista político, percebem-se outras tantas reações ao imperialismo capitalista, como os movimentos no Líbano, no Chile e a Revolução dos Cravos em Portugal (VARELA, 2011) que tirou do poder uma das mais duras ditaduras. Nesse sentido, chamamos a atenção para as relações entre cultura, política e economia como manifestações da mesma totalidade. Assim, mesmo entendendo que a economia é onde se gesta a crise, diante da sua organicidade, envolve toda totalidade.

Existe uma vasta bibliografia que trata da crise capitalista dos anos 1970 (CHESNAIS, 2003; DUMÉNIL; LEVY, 2003; HARVEY, 2012; HARVEY, 2012a; MANDEL, 1990). A acumulação flexível, como chama Harvey (2012) confronta-se com a rigidez do fordismo, “ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (HARVEY, 2012, p. 140). Surgem novos setores de produção, novos serviços financeiros, novos mercados e inovação tecnológica, ampliando significativamente o setor de serviços. Harvey (2012), Duménil e Levy (2003) apontam as transformações ocorridas nas relações de produção e nas forças produtivas como elementos decisivos para pensarmos a superação da crise dos anos 1970.

Desse modo, constatamos que a resposta à crise (anos 70/80) envolveu um grande investimento em tecnologia e na robótica, com destaque para a revolução

científica, técnica e informacional. As novas configurações de espaço-tempo (HARVEY, 2012) apontam para a busca de novos focos de acumulação em países sem tradição na industrialização e reestruturação do mercado de trabalho para dar conta da flexibilização. Por outro lado, cada vez mais nos dias atuais tem se colocado que os avanços que têm sido produzidos desde a década de 1970 no campo da ciência e da tecnologia se mostram cada vez mais desconectados das necessidades humanas.

O processo de reprodução social nesses termos envolve uma dinâmica em que as estratégias de coerção e consenso são atualizadas em meio uma nova ofensiva ideológica. Como aponta Harvey (2012):

A familiarização dos assalariados foi um processo bem prolongado (e não particularmente feliz) que tem de ser renovado com a incorporação de cada nova geração de trabalhadores à força de trabalho. A disciplinação da força de trabalho para os propósitos de acumulação do capital [...] controle do trabalho”[...]. Ela envolve em primeiro lugar uma mistura de repressão, familiarização, cooptação e cooperação, elementos que tem de ser organizados não somente no local de trabalho como na sociedade como um todo (HARVEY, 2012, p.119)

Na verdade, as bases dessa discussão foram apontadas por Marx (2013) ao discutir a acumulação primitiva no capítulo 24 (MARX, 2013) no qual relata o movimento histórico que transforma produtores em trabalhadores assalariados<sup>9</sup>e as diferentes formas de coerção utilizadas pelo capital nessa empreitada.

Por sua vez, Gramsci mostra que os elementos de coerção e consenso não são antagônicos, mas complementares: “Quanto maior é a massa de apolíticos, tanto maior deve ser a contribuição das forças ilegais. Quanto maior são as forças politicamente organizadas e educadas tanto mais é preciso ‘resguardar’ o Estado legal”. (GRAMSCI, 2013, p.265)

---

<sup>9</sup> Ao discutir esse processo, Marx discute a situação na Inglaterra e denuncia a violenta expropriação (de terras) que constituiu o processo de subjugação do trabalhador. Ressalta como a legislação sanguinária (MARX, 2013: 805) contribuiu ou favoreceu esse processo, ao combater violentamente a vagabundagem que, supostamente, passa a existir na Inglaterra, como primeiro fruto da expropriação – um produto político-social. As sucessivas leis que vão de Henrique VII (1530) na Inglaterra até Luís XVI (1777) na França têm um caráter punitivo/assistencial, puniam, de alguma forma aqueles que não aceitassem de imediato vender sua força de trabalho, aqueles que não aceitassem se transformar em trabalhadores assalariados. Sob esse aspecto, é importante apontarmos que, na França, a criação dos hospitais psiquiátricos se dá nesse contexto, em meio às medidas de controle da classe trabalhadora, apontadas por Marx (2013), o Hospital psiquiátrico vai mesclar o moderno e o arcaico, e emerge como mais um instrumento de controle, ameaça, contribuindo para subjugação do trabalhador ao capital.

É importante entender as estratégias de manutenção da ordem utilizadas pelo capital para analisar a intensidade de uma crise e da complexidade que a resposta demanda. Na década de 1970, os trabalhadores encontravam-se em plena retomada de sua atividade política, com greves, revoluções, e uma extensa pauta de reformas. A coerção que marca muito da dinâmica capitalista, não se traduz em única resposta do sistema, que na maioria das vezes traz e implementa elementos de consenso, visto que a coerção por si só não impede e muitas vezes alimenta os movimentos de resistência – recolocando e reconfigurando a luta de classes num dado contexto histórico, trazendo a necessidade de estratégias mais refinadas de consenso (GRAMSCI, 2013).

No caso da resposta da crise dos anos 1970/80 o avanço tecnológico, as inovações da robótica, trazem profundo impacto nas relações de produção. A revolução tecnológica não busca apenas o resgate dos patamares de acumulação do capital, busca, sobretudo, reestabelecer o consenso em prol da sociedade burguesa, pois, como argumenta Gramsci, “a hegemonia nasce na fábrica”, todavia, a fábrica agora tem novas dimensões de espaço e tempo. Nesse contexto, sobram análises apressadas sobre o *fim do trabalho*, o *fim das classes*, em especial, o *fim da classe trabalhadora*, sobre o *capitalismo eterno*, enfim, sobre o fim da história, num cenário de avanço e aprofundamento do caráter fetichista do capitalismo, que entra no seu ápice.

Nesse sentido, a queda do Muro de Berlim provocou uma onda de conforto dentro do modo de produção capitalista, sobressaindo as análises que apontavam que a saída da crise deveria ser dentro da ordem, aperfeiçoando o sistema. Diante de uma reestruturação produtiva, que logo fica conhecida como revolução tecnológica e, a um mundo cada vez mais globalizado, o receituário neoliberal emerge no cenário mundial.

Na verdade, o que conhecemos hoje como neoliberalismo começa a ser aplicado no final dos anos 1970, inicialmente com medidas pontuais, experimentações que são aprofundadas e discutidas de acordo com as demandas do processo de acumulação do capital em cada país. Como Harvey (2012a) aponta, a neoliberalização passou a ser experimentada pelos países diante da crise dos anos 1970, buscando reestabelecer as condições de acumulação e a hegemonia política e cultural do capital. Para Harvey (2012a), o neoliberalismo não foi muito eficaz para revitalizar a acumulação global do capital, mas consegue reergue-lo do ponto de vista

político. Castelo (2013), ao discutir a questão, assinala que o neoliberalismo consegue dar conta dos dois objetivos, se o analista não o comparar com os períodos de ouro do Estado de Bem-Estar Social.

O neoliberalismo de fato, nasce na década de 1940, com as ideias de Friedrich Hayek que lança um livro: “O Caminho da Servidão” (1944), no auge do Estado de Bem-Estar Social. O alvo, se assim quisermos chamar, era o socialismo e, criticava o caminho que estava sendo trilhado pelos estados capitalistas ao aderirem ao Estado de Bem-Estar Social. Gostaríamos de chamar a atenção, inicialmente para os dois interessantes prefácios, o primeiro, original da publicação britânica escrito em 1944, durante a segunda guerra mundial, e o segundo prefácio da publicação norte-americana, escrito em 1975. Ressaltamos essa questão, pois a obra é considerada o marco do neoliberalismo e, apesar de toda a discussão econômica sobre suas ideias, Hayek tem muita clareza de seus objetivos e explicita já no prefácio da edição inglesa: “Este é um livro político” (HAYEK, 1944, p.09) que intencionalmente Hayek dedica “aos socialistas de todos os partidos” fazendo referência, na verdade, à grande amplitude que as ideias socialistas tomaram durante a segunda guerra mundial. As ideias gerais do livro já haviam sido publicadas numa versão sintética em 1938 na Revista *Contemporary Review* e, numa outra versão mais detalhada como panfleto na Universidade de Chicago.

Inicialmente, o livro tem grande aceitação dentro dos muros acadêmicos da Universidade de Chicago, entre os alunos de Milton Friedman, os “Chicago boys”. Fora dos muros de Chicago, alguns criticavam a discussão que Hayek empreendia sobre o totalitarismo (entendido como um sistema centralizado no Estado) um conceito que tinha o grande objetivo de transformar socialismo, keynesianismo, nazismo e fascismo em variantes do totalitarismo. Hayek defendia que a política do planejamento econômico em que se pautava o Estado de Bem-Estar Social era uma política dominada por ideias socialistas e, assim totalitárias, contra a liberdade, nesse sentido, nada mais oportuno que a abertura da introdução do livro com a seguinte frase de Lord Acton “*Poucas descobertas são mais irritantes do que as que revelam a origem das ideias*”. No auge do Estado de Bem-Estar-Social não era interessante esse tipo de comparação para o modo de produção capitalista. Até porque, rompia com a discussão que se iniciava em muitos debates, entre capitalismo e democracia. Todavia, no período da Guerra Fria a ofensiva ideológica da burguesia precisa de

reforço e, com a crise dos anos 1970 abre-se espaço para a crítica incisiva à planificação estatal e o receituário neoliberal.

Hayek defendia que o sistema de livre concorrência era mais eficiente que o da planificação econômica, tanto do ponto de vista econômico como das consequências políticas dessas escolhas, apontando que aderir ao socialismo seria negar a evolução do pensamento econômico, negar a liberdade. Ao longo da obra, a crítica à planificação é o fio da discussão, assim como a necessidade de retomada do caminho perdido, o da livre concorrência. A peleja sobre o socialismo e a necessidade de discutir sobre bases mais profundas a questão do caminho a ser retomado, o liberalismo, fez com que Hayek organizasse uma reunião em Mont Pelerin, uma localidade de Montreux – uma comuna suíça, a reunião virou uma organização – a Sociedade Mont Pelerin, que existe até hoje com o objetivo de estudar os sistemas de economia de mercado e tem grande influência na difusão do neoliberalismo pelo mundo.

A discussão sobre a liberdade é uma das linhas-mestras da discussão trazida por Hayek, a liberdade individual, comercial, produtiva e proprietária. Nesse sentido, acredito que Hayek antecipa, em 30 anos, a discussão que será corrente nos anos 1970 e 1980: a expansão imperialista e seus limites no Estado de Bem-Estar-Social: “Em nenhum outro campo o mundo pagou tão caro por abandonar o liberalismo do século XIX como naquele em que esse abandono se iniciou: o das relações internacionais” (HAYEK, 1944, p.205). Não nos esqueçamos que a globalização se tornou a bandeira dos anos 1980/1990, noutros termos, a palavra de ordem do capitalismo.

Por outro lado, a doutrina neoliberal aplicada desde então não segue à risca as recomendações de seus formuladores, em especial, quanto à regulação do Estado, de modo geral, visto que não é uma reedição do liberalismo econômico, segue as determinações da sociedade burguesa contemporânea e o movimento da luta de classes.

As ideias neoliberais foram concretizadas pela primeira vez no governo do Chile, com Pinochet, especialmente, a partir de 1975 com uma série de privatizações; no governo de Margareth Thatcher (1979) na Inglaterra com medidas de privatização, redução de impostos, contribuindo na flexibilização e no combate e enfrentamento dos sindicatos. A “dama de ferro” como ficou conhecida, entendia que o neoliberalismo ia

além das reformas econômicas: “[...] a economia é o método, mas o objetivo é transformar o espírito” (HARVEY, 2012a, p. 32). Nos Estados Unidos, as ideias emergem no governo de Ronald Reagan, que teve como conselheiro, Milton Friedman<sup>10</sup>, integrante da Sociedade Mont Pelerin.

Na verdade, a materialização do neoliberalismo nos diversos países não se dá de forma linear, mas de acordo com a luta de classes em cada país. O marco da adoção do neoliberalismo, em especial, na América Latina vem com o “Consenso de Washington”. Esse processo é plenamente identificado no momento em que os organismos internacionais de financiamento (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional – FMI e Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – Bird) organizam uma reunião com governantes latino americanos e o governo americano em 1989 que fica conhecido como Consenso de Washington.

A reunião tinha um grande propósito: procurava organizar e sistematizar respostas para a crise dentro da ordem, ou seja, buscava o “reestabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas” (HARVEY, 2012a, p.27). Para tanto, foi construído um “receituário” de recomendações que passam a ser disseminadas, em especial, pelas agências de financiamento internacional. As recomendações do Consenso de Washington orientam reformas econômicas em 10 áreas: 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. As medidas estavam diretamente relacionadas às duas ordens de fatores identificadas como geradoras da crise: 1) o crescimento do Estado (Estado de Bem-Estar-Social) e da política keynesiana e 2) o populismo econômico, incapaz de conter a força dos sindicatos.

O Consenso de Washington passa a ser aplicado em vários países, em especial na América Latina. Muitos autores chamam atenção que o neoliberalismo não conseguiu revitalizar a acumulação capitalista global, pouco conseguindo fazer pela crise do capitalismo, visto que de acordo com a perspectiva desses autores, a neoliberalização não conseguiu alterar os índices de recessão e o baixo crescimento

---

<sup>10</sup> Milton Friedmam escreveu Capitalismo e Liberdade em 1967, quando a crise econômica já estava instalada.

econômico (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; HARVEY, 2005). De acordo com Netto (2012, p.417), o projeto neoliberal restaurador se viu resumido no tríptico mote da “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), da “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal).

Consideramos, nesse sentido, que segue a base para a qual foi fundado – a manutenção do capitalismo, ou melhor para dar nova vitalidade ao sistema. O Consenso de Washington, divulgado no mesmo mês da queda do Muro de Berlim, tem um duplo significado. Primeiro, de revitalizar a economia capitalista – uma resposta à crise econômica, o capitalismo demandava uma nova investida imperialista, com novos padrões de acumulação; o segundo, se faz no plano político e, nesse, os impactos ainda estão sendo estudados dada sua amplitude e complexidade, mas, sem dúvida, deu-se o seu apogeu hegemônico nesse plano.

Do ponto de vista histórico, o Estado de Bem-estar-Social assegurou o desenvolvimento capitalista numa dada conjuntura. Após a Segunda Guerra Mundial era necessária uma resposta democrática, que firmasse “um acordo” de classes, para a continuidade do sistema, dada a ameaça comunista. Passado mais de meio século, a conjuntura é outra, o comunismo já não apresenta ameaça concreta, e a classe trabalhadora tem amargado grandes derrotas políticas. Uma das questões mais significativas que vem ocorrendo é a transformação da bandeira da socialdemocracia a partir dos princípios neoliberais. Não podemos pensar no capitalismo e na resposta neoliberal, sem refletir sobre essas questões.

Não podemos nos esquecer que na última década as respostas do Estado à crise têm provocado a reflexão sobre o mesmo, na medida em que percebemos uma crescente burocratização de sua intervenção legal e política, apresentando uma complexidade alinhada à manutenção da atual ordem burguesa. Vários autores (BEHRING, 2010, CHESNAIS, 2010; MÉSZÁROS, 2011; 2015) apontam para o papel do Estado no desenvolvimento capitalista, chamando atenção que “[...] o Estado se afirma como pré-requisito indispensável para o funcionamento permanente do sistema do capital...” (MÉSZÁROS, 2011, p.108-109). A atual crise só reforça essas questões. Os Estados têm sido essenciais no socorro ao capital, como vimos anteriormente. Entendemos que, na crise atual, o neoliberalismo se atualiza, numa dinâmica dialética de conservação e superação. Basta analisar as recomendações do Consenso de

Washington e as políticas de austeridade que têm sido aplicadas na Europa, para perceber sua completa atualidade.

O capitalismo vivenciou várias crises e o enfrentamento dessas crises tem acontecido de acordo com o desenvolvimento capitalista, com a organização das classes sociais e com o desenvolvimento do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Por sua vez, na atualidade, a internacionalização da produção, enquanto uma das estratégias de busca de manutenção e aumento da lucratividade por parte do capitalismo foi e é utilizada nos marcos expansionistas do capital, na procura de novos espaços produtivos e novos mercados consumidores, ao mesmo tempo que são criados novos produtos, novos desejos e novas necessidades, buscando a maximização dos lucros pelo controle dos mercados (NETTO, 2011). Precisamos nesse processo estar atentos para a luta de classes e para o papel do Estado, tendo em vista que a “mão invisível”, de fato, nunca chegou a ser eficaz ao sistema, que sempre utilizou da regulamentação e intervenção do Estado.

Ao analisar os acontecimentos em tempo real, incide em se arriscar num caminho desconhecido, erros e acertos são possíveis, é preciso se aventurar, é preciso olhar a história, o presente nos fornece a chave da dinâmica capitalista. Temos que olhar o século XXI com os olhos do século XXI. O que temos percebido é que, por algum motivo, tem-se tentando voltar a história, resgatar o elo perdido entre capitalismo e democracia, como se esse elo algum dia tivesse de fato existido (WOOD, 2007). O Estado de Bem-Estar-Social, o modelo Keynesiano-fordista, e todas as conquistas da classe trabalhadora são frutos da relação capital-trabalho, da luta de classes, e das respostas construídas historicamente a partir da tensão constituída pelo comunismo real e concreto.

A partir dos anos 1990, temos uma nova conformação de forças, na verdade, a crise dos anos 1970 trouxe, em sua resposta, uma manifestação da direção dessa correlação de forças. Precisamos entender a dinâmica da relação de classes, pois ela nos dá a chave para decifrar o *enigma do capital* no século XXI (HARVEY, 2011).

O grande dinamismo que marca o modo de produção capitalista se desenvolve e se dá no marco de grandes contradições e conflitos que fragmentam o sistema de diversas formas e na busca de uma racionalidade que contribua para a hegemonia do capital. Nesse momento, chamamos a atenção para a ofensiva ideológica burguesa, e, lembramos que não é algo novo, faz parte das estratégias do capitalismo na busca

de manutenção da ordem burguesa. Sob esse aspecto, é importante refletirmos sobre a decadência ideológica da burguesia.

#### **2.4 A racionalidade na filosofia burguesa – a decadência ideológica da burguesia**

Em especial, os períodos tidos como de crise, nos têm despertado o interesse para a discussão sobre o sistema de reprodução social, em especial a dinâmica entre a luta de classes num determinado contexto histórico, as relações de produção e a sistematização das ideologias via sistema de proteção social: nessa discussão, ganha destaque a razão burguesa.

Marx, no “Dezoito de Brumário de Luiz Bonaparte”, já colocava em discussão a problemática da razão, possibilitando uma reflexão sobre a racionalidade e a práxis histórica. Naquele momento histórico, chamava a atenção de Marx a dissolução do hegelianismo, que, como aponta Lukács, “[...] assinala o fim da última grande filosofia burguesa” (LUKÁCS, 2010, p.51). Coutinho (2010, p. 23) defende que a dissolução da filosofia de Hegel culminou em dois movimentos:

O primeiro, concretizado pelo marxismo que se apropria da dialética hegeliana e a submete a uma crítica materialista, como se pode perceber nas obras “*A sagrada família*” de 1845 e “*A ideologia Alemã*” de 1846, ambas escritas por Marx em parceria com Engels e que marcam a crítica ao idealismo alemão inaugurando a crítica à economia política, a partir do materialismo histórico dialético. Marx vai discutir que a dialética:

[[...]] constitui um escândalo e um horror para a burguesia e seus porta-vozes doutrinários, uma vez que, na inteligência positiva do existente, inclui ao mesmo tempo, a inteligência de sua negação, de seu necessário perecimento. Além disso, apreende toda forma desenvolvida no fluxo do movimento, portanto, incluindo o seu lado transitório; porque não se deixa intimidar por nada e é, por essência, crítica e revolucionária (MARX, 2013, p.91)

Tanto na obra “*El assalto a la Razón*” com na “*Ontologia do Ser Social*” Lukács sustenta que a dialética (que Marx trabalha a partir de Hegel) representa um salto na reflexão filosófica, e o irracionalismo representa fuga à razão dialética, fuga da realidade, da complexidade do real. Como aponta Kotic (1976, p.97):

A razão dialética não existe fora da realidade e tampouco concebe a realidade fora de si mesma. Ela existe somente enquanto realiza a própria

razoabilidade, isto é, ela se cria como razão dialética só enquanto e na medida em que cria uma realidade razoável no processo histórico.

E, sem dúvida, esse é o corte que caracteriza esse movimento, herdeiro da dialética (Hegel/Marx), que, de acordo com Lukács na obra “El asalto de la razón” (1976) representa um salto na reflexão filosófica na busca de apreender o real.

O segundo movimento filosófico que passa a ser trilhado pela filosofia burguesa é caracterizado por rejeitar a dialética, como aponta Coutinho (2010). Vejamos a produção dos economistas burgueses entre o século XVII e início do século XIX, ela é pautada em obras que apontam para a dinâmica da história, a exemplo de Smith e Ricardo que olham para a realidade e relatam um mundo em movimento, em transformação, mesmo que se registre que esses escritos são ausentes de críticas sobre a base econômica, como aponta Marx (2013). Contudo, percebe-se uma cisão nessa linha, visto que, tão logo a burguesia assume o poder político e econômico, o que se percebe é que o historicismo, o humanismo, bem como, a discussão sobre o movimento e a transitoriedade histórica passam a ser deixados de lado pelos economistas e intelectuais burgueses, em nome da manutenção da ordem. Passado o contexto histórico de luta contra o regime absolutista feudal, as forças progressistas que até então representavam o Terceiro Estado se dividem e, de um lado, o proletariado emerge como classe autônoma, do outro, percebe-se uma tosca aliança entre as tendências filosóficas progressistas e reacionárias do antigo regime, convertendo-se numa racionalidade conservadora, interessada em perpetuar e justificar a ordem, no caso, o desenvolvimento burguês. Ao mistificar o capitalismo como algo natural, a-histórico, e tentar ocultar as principais contradições da ordem burguesa, a burguesia entra num movimento consagrado por seu giro conservador, chamado por Marx (2012) de decadência ideológica.

É importante apontar que o debate se compõe a partir da filosofia clássica alemã, na medida em que a mesma é o núcleo fundador das modalidades de conhecimento e interpretação do mundo construído pela modernidade e pela cultura burguesa, ou seja, a essência de sua racionalidade.

Netto (1978), pautado em Lukács (1976) defende que a evolução do pensamento burguês se fez em três períodos evolutivos: O primeiro que vai até 1848, em que se desenvolve a filosofia burguesa clássica, caracterizada pela “preocupação com grandes concretos das ciências naturais e sociais” e pela universalidade,

historicidade e dialética, comprometida com os ideais de mudança e de progresso – que estava ligada ao momento histórico vivenciado na época de superação do absolutismo feudal, o que permitiu a seus pensadores grande independência teórico-ideológica frente à sua própria classe social. O segundo período se inicia em 1848, com a entrada do proletariado na cena política, fato que interrompe bruscamente a atuação progressista da filosofia burguesa que passa a abandonar as categorias progressistas e passa a justificar a ordem vigente, vai caracterizar o período de decadência ideológica da burguesia, como apontou Marx no Dezoito de Brumário (2012).

O rompimento com a dialética hegeliana se dá a partir da negação das contradições e do movimento da história, como enfatiza Coutinho (2010, p.22) “Entre o que a burguesia agora apressava-se a abandonar estava, talvez, em primeiro lugar, a categoria da razão”, que passa a ser vista com ceticismo ou renegada como instrumento do conhecimento. Ao discutir a questão Netto (1978, p.18) acrescenta que:

A crença no poder da razão transforma-se em agnosticismo (manifesto quer no positivismo, quer no neokantismo) e a reflexão abandona as grandes temáticas sócio históricas para converter-se em “guarda-fronteiras” das ciências: “para que ninguém ouse tirar das ciências econômicas e sociais conclusões que poderiam desacreditar o sistema”[...]

O terceiro estágio é o da fase imperialista do capitalismo, que faz com que a filosofia burguesa, diante da crise do sistema e da práxis do proletariado, se organize em torno do irracionalismo, numa mistura de crítica e apologia ao capitalismo, transformando e mistificando a condição do homem no capitalismo imperialista “em uma condição humana geral e universal” (NETTO, 1978, p.20). Assim, percebemos que o abandono da razão dialética se configura na decadência ideológica da burguesia.

Lukács (1976) aponta que a razão está diretamente relacionada ao desenvolvimento histórico do capitalismo, neste sentido, não pode ser considerada como neutra, acima das classes, ou imparcial “sino que refleja siempre el carácter racional (o irracional) concreto de una situación social, de una tendencia del desarrollo” (LUKÁCS, 1976, p.5).

Seguindo essa perspectiva, entendemos a racionalidade como uma forma de apreensão da realidade, o modo de conceber a realidade, que expressa o movimento,

a direção da história. Estudar a racionalidade implica compreender que práticas sociais ela legitima.

Coutinho (2010), ao discutir a temática na atualidade, cunha a partir da sua leitura de Lukács a categoria “miséria da razão” e aponta que, na contemporaneidade, o pensamento ideológico da burguesia tem se expressado ora através do estruturalismo, via racionalismo formal (em momentos históricos de estabilidade para a burguesia); e, ora, a partir do irracionalismo subjetivista (nos momentos de crise). Concorda-se com Coutinho quando ele aponta a necessidade de superar a unilateralidade das duas propostas, na medida em que são expressões do pensamento burguês, e tem seu núcleo no abandono da historicidade, do humanismo e da dialética. Essa relação de complementaridade entre o racionalismo formal e o irracionalismo desempenha uma função ideológica, na cultura do capitalismo contemporâneo: “[...] entre a ‘angústia’ e a ‘segurança’, operam constelações ideopolíticas sobre as quais se erguem ‘concepções de mundo’ conservadoras/estabilizadoras da ordem” (NETTO, 2010, p.245)

Para além de entender como esse tipo de raciocínio se torna hegemônico, como se constitui o que chamamos de racionalidade burguesa, é fundamental apreender como ele se apresenta nas atuais estratégias de desenvolvimento, acumulação e perpetuação adotadas pelo regime burguês, que tem como marca na atualidade a contínua perda de sua dimensão ontológica. A tarefa de desvendar como essa racionalidade tem se apresentado na atualidade tem sido objeto de pesquisas, seja no âmbito da filosofia, da política, e do serviço social (GUERRA, 1995; SOARES, 2010); o que demonstra a complexidade do tema e, ao mesmo tempo, a relevância e o encantamento na tarefa do desvelamento, considerando que o problema da racionalidade afeta, diretamente, a forma de ser, os modos de vida, de ver a vida. E, ainda, no contexto atual, a racionalidade subjacente às políticas sociais engloba, também, o papel do Estado e da própria sociedade civil.

## **2.5 Brasil – Crise e decadência ideológica – a encruzilhada das políticas sociais no Brasil**

Até 2013, a crise vivenciada nos Estados Unidos, especialmente, no período 2006-2010 e na Europa de 2006 até os dias atuais era vista como “marola<sup>11</sup>”. Os acontecimentos que sucederam as manifestações de junho de 2013<sup>12</sup> têm transformado a “marolinha” num tsunami. Rompia-se, assim, o pacto em torno do neodesenvolvimentismo no Brasil. Desde 2002, com o governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tem-se discutido o neodesenvolvimentismo como se o país tivesse encontrado a terceira via da qual falava Giddens (1999; 2005). Governantes, empresários, imprensa e vasto número de pesquisadores, inclusive, de tradição de esquerda, alardeavam, aos quatro cantos, a experiência brasileira de pós-neoliberalismo.

Na verdade, compreendemos que as bases para essa discussão foram construídas nas últimas décadas. Entendemos que o modelo de expansão do capitalismo adotado no país deve ser analisado à luz da história no Brasil. Temos, historicamente, uma burguesia que constrói seu projeto hegemônico sob a premissa de afastar os trabalhadores da decisão política, e, para tanto, podemos perceber que existe toda uma ofensiva ideológica nesse sentido. À revelia dessa empreitada, os anos 1970 e 1980 foram anos de muita luta e de conquistas, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária, Movimento de Reforma Psiquiátrica, fundação da Central única dos Trabalhadores (CUT), fundação do Partido dos Trabalhadores (PT), luta pela democracia e pelas eleições “diretas”.

Nesse sentido, o cenário dos anos 1980 no Brasil destoava em muito do estava acontecendo nos países centrais. Enquanto ainda festejávamos e discutíamos os rumos da abertura democrática, em que uma nova constituição é debatida e caracterizada pela ampliação de direitos, países como Inglaterra e Estados Unidos implementam sérias medidas de restrições de direitos. As ideias neoliberais que passam a ser aplicadas nos anos 1980 no mundo não conseguem espaço no cenário

---

<sup>11</sup> Em 2008, o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante uma visita à cidade de São Bernardo do Campo, ao ser questionado sobre a crise dos Estados Unidos da América e seus efeitos no Brasil: “Lá (nos EUA), ela é um tsunami; aqui, se ela chegar, vai chegar uma marolinha que não dá nem para esquiar”. Leia mais sobre esse assunto em <http://oglobo.globo.com/economia/lula-crise-tsunami-nos-eua-se-chegar-ao-brasil-sera-marolinha-3827410#ixzz40Ave4Us3>

<sup>12</sup> As Manifestações de Junho, Manifestações dos 20 centavos ou Jornadas de Junho foram um conjunto de protestos ocorridos no Brasil em junho de 2013, inicialmente impulsionados pelo aumento do preço de passagem do transporte coletivo, mas que diante da grande repressão ao primeiro dia de protesto, incorporaram inúmeras outras insatisfações populares.

local brasileiro de então. Estávamos saindo de uma ditadura, num momento de grandes mobilizações populares e com inúmeras contradições e tensões entre as classes dominantes no país, em que o “moderno se alimenta do atrasado” (OLIVEIRA, 2003, p.32).

Sob esse aspecto, é importante destacar as características da nossa burguesia, que nunca rompeu com as dominações anteriores, nem se revestiu de revolucionária, antes preferiu aliar-se, beneficiar-se dela, procurando mobilizar as vantagens do “atraso”, do “desigual”, procurando dessa forma dificultar o acesso aos direitos sociais e conservando marcas ditatoriais nas políticas implementadas. Assim concebemos uma complexa relação do cenário brasileiro dos anos 1980 e a acumulação capitalista dependente, nos fazendo pensar sobre o debate sobre a estrutura de classes no Brasil, a burguesia local e internacional e as repercussões disso para a relação Estado e Sociedade. Procurava-se:

[...] assegurar um saldo de concentração de capitais e reduzir as reivindicações populares a uma gestão de conflitos negociáveis, despindo a democracia de sua capacidade igualitária. Tratava-se, pois, de controlar as rédeas eleitorais, de destroçar o caráter igualitário das reivindicações populares, adequando-as à “modernidade” (como vimos no caso paradigmático da Força Sindical) através de intensas expropriações, de velhos e de novos formatos. (FONTES, 2010, p. 319)

Por outro lado, o país enfrentava uma de suas maiores crises econômicas com crescimento da dívida externa, fazendo com que cada vez mais se tornasse dependente do financiamento das instituições internacionais, como FMI, ficando assim refém de seus pacotes de desenvolvimento, e também a inflação desenfreada, que chegou a passar dos 80%/mês.

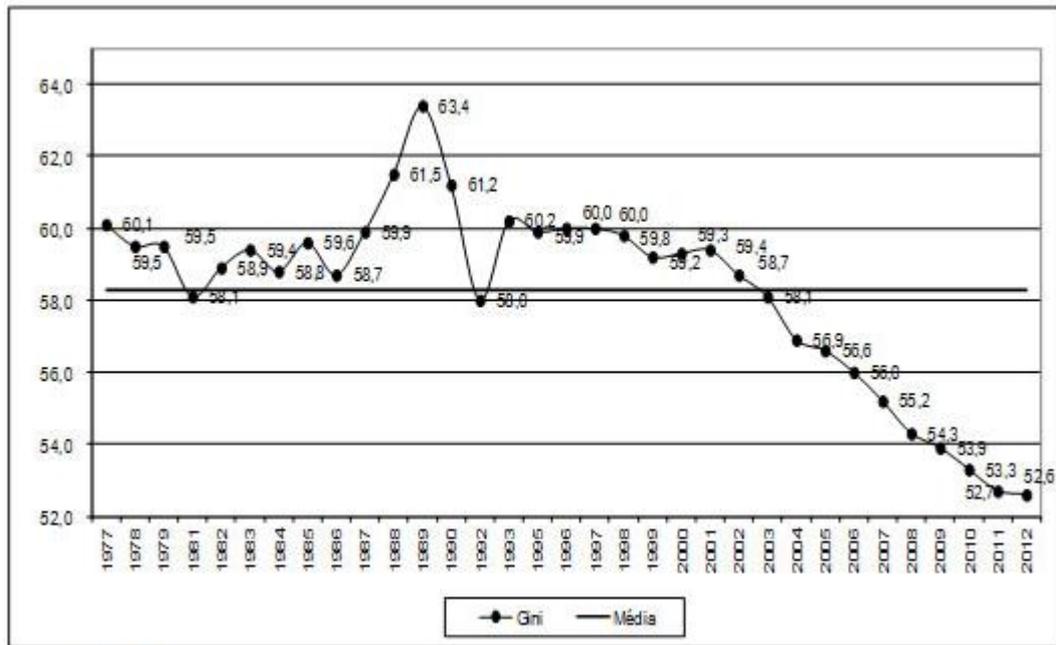
Nos anos 1990, o projeto neoliberal vem com a eleição de Fernando Collor de Melo (1989), sendo um projeto inacabado, diante dos processos de corrupção que culminaram numa grande mobilização popular e no impeachment do então presidente e, exigiram um reordenamento da classe dominante na busca de novo consenso. Os governos que sucederam o presidente Collor procuraram dar seguimento às orientações do Conselho de Washington (1989). Entende-se nos anos 1990 que os processos de financeirização da economia dão o ritmo e direção. As privatizações, inclusive, mostram esse caminho. Durante esse período o estado brasileiro privatizou diversas empresas estatais, além de fornecer elementos e estímulos ao “empreendedorismo”, com destaque para as demissões voluntárias. Percebe-se que

a ideia de que todos devem ser investidores e, a abertura do próprio negócio disseminou-se ao mesmo tempo que em se observaram medidas econômicas de austeridade e de corte nos gastos sociais. Nesse contexto, percebe-se um avanço dos processos de privatização das políticas sociais, ao mesmo tempo em que se avança na precarização do trabalho.

Por outro lado, na última década, a suposta guinada à esquerda que teria tomado o neoliberalismo, o transformando em pós-neoliberalismo, é de fato uma encruzilhada de um cenário mais complexo (CASTELO, 2013), visto que a classe trabalhadora e a sociedade como um todo reagiram a essas medidas – um período marcado por greves, ocupações e várias manifestações públicas contra as medidas. Boa parte dessas manifestações foi duramente reprimida pelo Estado. Diante das manifestações de resistência ao neoliberalismo, tenta-se agregar a ele um caráter mais humanitário, caracterizado pela preocupação com a pobreza.

Assim, sob o lema “desenvolvimento com equidade” e a tese do fim da pobreza, o modelo brasileiro passa a ser exemplo para outros países latino-americanos, bem como, objeto de várias pesquisas. Em uma década, parecia que o país havia acabado com a pobreza, e a desigualdade vinha sendo colocada como um mal necessário, desde que estivessem todos fora da linha de pobreza. Destaca-se a instituição do Programa Fome Zero e do Bolsa Família. Esse último, um programa de transferência de renda. Por outro lado, estudos chegam a apontar uma tendência da diminuição da desigualdade nesse período a partir do índice de Gini que, em 2000, era de 63,9 e, em 2009, diminuiu para 57,6 (GONÇALVES, 2012), a partir da “queda das médias e das medianas do coeficiente de Gini para o Brasil” (GONÇALVES, 2012, p. 17). De acordo com a PNAD, essa tendência persiste até 2012, visto que o índice continuava caindo, como podemos ver a seguir:

**Gráfico 02** – Índice de Gini/ PNAD



Fonte: PNAD, vários anos.

Fonte: Gonçalves (2012).

Essa tendência de diminuição do índice de Gini deve-se, sobretudo, à política de assistência social empreendida pelo governo, que tem, como carro-chefe, o Programa Bolsa Família. Como mostra Sitcovsky (2012), existia uma tendência à expansão dos investimentos em assistência social:

Basta observar o período que vai da criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) em 2004 até 2012. Na verdade, nesse intervalo de 8 anos, o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) saltou de R\$ 8 bilhões para R\$ 32,7 bilhões. (SITCOVSKY, 2012, p.236)

Pensemos: o PT, ao assumir o poder e implementar uma política direcionada aos menos assistidos, implantou uma política direcionada à pobreza e isso foi um feito histórico. Não estamos defendendo o modelo da política de assistência implementada, mas precisamos entender que a aparência não é o oposto da realidade, mas uma parte dela, a parte que pode aparecer. Pois bem, a política assistencial veio atender a uma demanda da população que, empobrecida, após ciclos de expropriação necessitava de uma política emergencial. Todavia, como vem mostrando a história real e concreta, uma política assistencial que não esteja ligada a uma política de geração de empregos e de desenvolvimento industrial tem poucas chances de ir além de uma ação assistencialista.

Por sua vez, essa política não é desinteressada, sua implementação é permeada de contradições. Assim, ela vai atender à demanda dos grupos financeiros do país. O volume de dinheiro que o Bolsa Família fez circular nos bancos não pode ser minimizado. Por sua vez, criou um novo público consumidor, colaborando para o processo de acumulação capitalista.

Percebemos, ainda, que há um vasto incentivo do estado à privatização. Na área de educação, houve repasses ou privatizações do fundo público via financiamento de instituições de ensino superior particulares. Basta olhar a quantidade de vagas ofertadas, como também a quantidade de instituições privadas de ensino superior na última década. Isso foi possível através do PROUNI, um programa de estímulo à iniciativa privada que, inegavelmente, também ampliou o acesso à universidade no Brasil, todavia, com subsídio à educação privada como nunca houve no país, como aponta Leher (2004) “[...] contribuindo para o apagamento da fronteira moderna entre o público e o privado, convertendo a educação em mercadoria e a universidade em lugar de capitalismo acadêmico” (LEHER, 2004, p.867)

Na saúde, a discussão gira em torno da contenção dos gastos públicos. Enquanto se percebe uma tendência à diminuição do orçamento da saúde (4,67% do orçamento da União em 2009 para 3,98 em 2014) de acordo com dados da Auditoria Cidadã da Dívida (2010; 2015), os mecanismos de privatização avançam em passos galopantes com contratos com empresas privadas e filantrópicas em prol da governabilidade. As prefeituras passam a se utilizar da terceirização com as organizações sociais contratadas para executarem as políticas sociais, em especial, a política de saúde. No Governo Dilma, vimos a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio para administrar os hospitais universitários de todo país, sendo um marco no avanço da privatização, no crescimento do grande capital no loteamento das políticas de saúde.

Ainda no governo Lula, notamos que algumas bandeiras de lutas sociais são incorporadas pelo governo, muitas vezes, via estratégias de transformismo, na busca de legitimidade e do estatuto de “moderno”, “desenvolvido”. Esse processo de conservação e renovação vai marcar muito a luta pela Reforma Psiquiátrica até os dias atuais. Depois de 15 anos de aprovada a Lei, mais de 2000 serviços foram abertos em todo o país e, ainda sabendo que nunca se avançou tanto em termos de

reforma psiquiátrica, os riscos de retrocesso nunca foram tão evidentes como na conjuntura atual, como trataremos melhor no capítulo 5, ao discutir o transformismo.

Nas últimas décadas, muito se tem falado das dificuldades vivenciadas na operacionalização da política de saúde, alguns autores chegam a falar em contrarreforma (SOARES, 2010), prefiro tratar essa discussão ainda nos marcos da revolução passiva à brasileira, apreendendo-a dentro dos parâmetros de renovação e conservadorismo, visto que na política de saúde mental, existem particularidades históricas a serem apreendidas, a dialética moderno e conservador está inscrita nos processos sociais que criam as condições históricas de reprodução, ao mesmo tempo que criam os mecanismo de intervenção sobre a problemática social da loucura, retirando e instituindo direitos.

Por sua vez, nos últimos anos, as políticas carregam um forte conteúdo ideológico com a ideia de que o país mesclava o desenvolvimento e o atendimento às camadas menos favorecidas. Compreende-se uma tensa relação dialética entre inovação e conservadorismo e que, nos marcos da atual política, traz uma grande investida ideológica, sendo implementada até meados de 2014, como social-liberalismo e com neodesenvolvimentismo.

Reparamos, na atual conjuntura, traços do projeto conservador, fundamentados numa racionalidade que instrumentaliza e naturaliza as relações sociais, em última instância, novas expressões para o irracionalismo (COUTINHO, 2010). Essa racionalidade até pouco tempo era travestida de um “novo” modelo de desenvolvimento em que a financeirização da economia era combinada com políticas sociais<sup>13</sup> sob uma mistura nebulosa de globalização neoliberal e cultura pós-moderna, o que nos faz lembrar o professor Coutinho:

Os ideólogos do neoliberalismo gostam hoje de se apresentar como defensores de uma suposta ‘terceira via’ entre o liberalismo puro e a social-democracia ‘estatista’ e, assim, como uma posição essencialmente ligada às exigências da modernidade[...] (COUTINHO, 2010a, p.35).

Como apontava Castelo (2012; 2013) o neodesenvolvimentismo não teria sustentabilidade, a ideia de que, finalmente, a sociedade brasileira seria integrada aos níveis de desenvolvimento dos países do primeiro mundo, não conseguiu se sustentar

---

<sup>13</sup> Sobre o assunto é interessante o artigo de Grace Livingstone “Na América Latina, a direita procura inventar um discurso social”, publicado no “Le Monde Diplomatique Brasil” em Maio de 2014.

por mais de uma década. Como lembra Castelo, a sociedade brasileira já experimentou o desenvolvimentismo e, resgatando Marx, no “Dezoito de Brumário de Luiz Bonaparte”, o autor lembra que a história não se repete, a não ser como farsa. Nesse sentido, os acontecimentos de junho de 2014 e da última eleição apontam como é frágil a relação com a burguesia, visto que é incoerente acreditar no retorno de seu potencial revolucionário.

Como tragédia ou farsa, o fato é que o atual contexto tem nos forçado a refletir sobre as novas estratégias de expansão, acumulação e de reprodução utilizadas no curso da legitimação e desenvolvimento imperialista do modo de produção capitalista.

Na verdade, precisamos analisar a atual conjuntura a partir das determinações do capital mundial e a realidade histórica do país, com o modelo de revolução passiva adotado (GRAMSCI, 2013; COUTINHO, 2012) numa articulação dialética de renovação-restauração.

Sem dúvida alguma, percebe-se uma reinvenção nas formas de dominação burguesa, em especial durante os dois governos Lula, que buscou, a todo custo, a recuperação do atraso. Mesmo em meio à crise mundial de 2008, o governo Lula continuou mantendo um alto índice de crescimento, inclusive, segundo o Valor Econômico, mais alto dos últimos 30 anos. Todavia, o governo Dilma não consegue manter esses parâmetros de crescimento no primeiro governo, de modo que esse mostrou-se abaixo do esperado e, no segundo mandato, a administração foi marcada pela recessão econômica. Na verdade, a escolha de redistribuição de renda como plataforma secundária atrelada à reprodução capitalista contribuiu para aumentar o poder da burguesia e das classes médias conservadoras.

Todavia, o cenário que temos vivenciado desde as jornadas de junho e, em especial, a crise política atual enfrentada com a “operação Lava Jato” dão mostras de que a frágil aliança entre desenvolvimento com equidade ruiu na mesma velocidade com que seus resultados foram festejados. Trata-se de uma crise econômica e de uma crise política simultâneas.

Caso refletirmos em termos da geopolítica dos governos de esquerda latino-americanos, o panorama social das oposições tem se pautado, salvo poucas exceções, em burguesias nacionais cada vez mais próximas econômica e culturalmente dos EUA, temos visto ainda grandes meios de comunicação de massa agindo em conjunto, o Brasil tem dado grandes demonstrações, mas ao meu ver o

caldo que articula essas questões é a reação conservadora, os influxos conservadores da sociedade. Recentemente, temos tido, ainda, o poder judiciário como protagonista de alguns processos em análise de ilegalidades e corrupções nos governos de esquerda, em que o caso brasileiro é emblemático.

Por sua vez, esse processo sócio-político aponta para ofensiva conservadora do pensamento burguês, a racionalidade burguesa que está no substrato de todo esse processo de fetichização e fragmentação da vida social. O corte conservador com roupagem inovadora que vai reproduzir na implementação das políticas, ora um excessivo culto aos instrumentos racionais, um racionalismo exacerbado, ora uma prática subjetivista, intuitiva, na verdade, como bem demonstrou Coutinho (2010) são expressões da mesma moeda, do mesmo movimento da “miséria da razão” burguesa (COUTINHO, 2010, p.16).

No processo de reprodução social, temos observado mecanismos ideológicos mais refinados desde que o saudoso Vinícius de Moraes, conhecido como “o poetinha” observou que “o operário faz a coisa e a coisa faz o operário” (MORAES, 1959). A coisa tem expandido sua forma de pensar, a investida ideológica se expande procurando socializar uma forma de pensar e viver compatível com o capital, não se trata de se identificar ou não com o produto final, mas de nem conseguir refletir sobre essas possibilidades.

A consolidação desse processo só é possível a partir de um suporte ideológico, da racionalidade burguesa nas relações de reprodução social. Em meio às contradições que emanam desse processo, as políticas sociais refletem e atendem, ao mesmo tempo, às demandas do capital e do trabalho, de forma dialética, ao mesmo tempo em que atendem aos interesses da classe trabalhadora, e exatamente por isso, também, as políticas sociais vão contribuir para o processo de acumulação. Ademais, as políticas sociais, e nelas a política de saúde mental se inclui, expressam os diferentes interesses de classes e emergem, de certa forma, como um termômetro das lutas de classes, apontando para os diferentes projetos que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade. A política social exprime, assim, um determinado modo de conceber a realidade, na qual está implícito ou explícito o entendimento da relação Estado e Sociedade sobre as relações de trabalho, sobre os direitos sociais, sobre a relação de classes e sobre a hegemonia.

Assim, a política de saúde mental, na condição de política social, tem seu núcleo nas relações de produção social, onde está o cerne das contradições do sistema, e, enquanto parte constituinte das políticas sociais, situa-se no campo da reprodução social, e, se constitui como um espaço dialético, de projetos contraditórios em disputa, em confronto, estabelecendo-se no limite da luta de classes na esfera do Estado. Entendemos que a atual política de Saúde Mental é fruto desse movimento. É uma tentativa do Estado em acolher as demandas, entrar no campo tenso das negociações, mas, sobretudo, possibilitar a ressignificação das demandas, dos pleitos da reforma psiquiátrica.

### **3 A MISÉRIA DA RAZÃO NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

#### **3.1 Os Preâmbulos da Reforma Psiquiátrica – contradições e avanços no rastro da ampliação do Estado**

No encadeamento da Segunda Guerra Mundial, temos um reordenamento da luta de classes em escala mundial. Tem início um movimento de reconstrução econômica e social, em especial na Europa ocidental, que dinamiza e impacta o capitalismo, um período muito próspero de crescimento econômico, mesmo com as crises periódicas. Nesse período, percebe-se uma mudança de relação do Estado com a economia através da adoção do Estado de Bem-Estar Social, que propunha, entre outras coisas, a intervenção estatal para reativar a produção. Caracteriza-se por um conjunto de estratégias interventivas, entre as quais destacamos: a política salarial, os subsídios, a oferta de créditos, a política de pleno emprego, a política de juros e as políticas sociais. Essas estratégias buscavam mesclar produção em massa e consumo em massa, buscando estabilidade e desenvolvimento econômico, uma saída para as crises do capitalismo, dentro do próprio capitalismo. Nesse processo, as políticas sociais são estendidas a vários países através da adoção da política keynesiana. Por sua vez, essa nova fase do capitalismo, a monopolista, traz uma grande onda de desenvolvimento que altera todo o ritmo das dinâmicas sociais, na medida em que potencializa as principais contradições do sistema capitalista, produzindo e reproduzindo novas contradições (NETTO, 2011).

A conjuntura de ampliação de políticas sociais e de estabilidade econômica torna-se terreno fértil para as discussões sobre a democracia e direitos sociais, e constitui as condições históricas para a emergência dos processos de reforma psiquiátrica no Mundo e no Brasil.

É nesse contexto que se observa a ampliação das discussões internacionais sobre direitos humanos, potencializadas no pós-guerra, trazendo fortemente a questão da reabilitação para o cenário político e econômico. O fim dos conflitos, em especial da segunda guerra, coloca o desafio de reabilitar os que sobreviveram à guerra, num panorama bastante complexo, em que o Estado procura recuperar sua legitimidade. Ao mesmo tempo em que se amplia o “mercado” da reabilitação, os

hospitais psiquiátricos passam a ser questionados em sua função, seja porque não conseguem se modernizar dentro da nova fase capitalista, seja porque, com o fim das guerras, ampliam-se as discussões sobre direitos humanos, de modo que a sociedade mundial se depara com as denúncias do cotidiano dos hospitais (ROSA, 2003; VASCONCELOS, 2004).

As críticas ao modelo hospitalocêntrico emergem desde denúncias das condições de trabalho até às relativas ao tratamento nas instituições asilares. Percebe-se que, após a Segunda Guerra Mundial, evidencia-se um conjunto de produções diretamente relacionadas às experiências que passaram a fazer a crítica à estrutura asilar, contudo, em uma grande parte dessas produções buscava modernizar, modificar ou reformar os hospitais psiquiátricos, sendo assim, não rompiam com o modelo hospitalocêntrico.

Dentro da Escola Norte-Americana, podemos citar Gerald Caplan com seu livro “Princípios da Psiquiatria Preventiva”, publicado pela primeira vez em 1964, inaugurando o que se passou a chamar de Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. O autor defendia a necessidade da existência do aparato hospitalar, propondo três níveis de prevenção: primário – em que aponta as condições individuais na formação da doença; secundário – o diagnóstico e terciário relacionado à readaptação à vida. Inúmeras críticas se fazem ao modelo proposto por deixar intacta a lógica institucional e centrar no indivíduo o processo de produção de saúde.

Uma experiência de grande repercussão foi a Psiquiatria de Setor da França em 1945, a partir das ideias de um grupo de psiquiatras, como Lucien Bonnafé, que defendia que a passagem pelo hospital seria transitória no tratamento. Nessa perspectiva, o hospital era dividido em setores, como uma região da comunidade, buscando manter os hábitos e costumes regionais na população interna.

Implantadas na Inglaterra e nos Estados Unidos nos anos 50 e 60, as Comunidades Terapêuticas procuravam resgatar o caráter terapêutico do hospital. De acordo com Maxwell Jones (1972), isso seria possível através da transformação da dinâmica institucional por meio de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes. Essa proposta teve grande importância na Itália, visto que foi a partir de sua implantação, avaliação e crítica que se discutiram as contradições e limites, buscando a superação desse modelo. No Brasil, foram implantadas a partir de

algumas adaptações, mas de forma isolada, em alguns estados brasileiros, como no Rio de Janeiro e Pernambuco.

Já a Antipsiquiatria aparece nos anos 60 na Grã-Betanha com forte crítica à psiquiatria e psicopatologia, e rompe com o ciclo de discussões reformistas. Autores como David Cooper e Ronald Laing questionam as concepções dominantes entre razão e loucura, apontando que o saber psiquiátrico não respondia à questão da loucura, pois a entendiam como um fato social, ligado às estruturas sociais.

Em meio a esse contexto, uma das contribuições de maior repercussão no Brasil vem da chamada “Escola Francesa Revolucionária”, composta pelos Escritos de Michel Foucault e Robert Castel, na segunda metade do século XX, e se caracterizam pela desmistificação da institucionalização e crítica ao saber psiquiátrico. A tese de doutorado do pensador francês Michel Foucault, *História da loucura na Idade Clássica* (do francês “Histoire de la folie à l’âge Classique”), de maio de 1961, realiza um recorte temporal que compreende o período renascentista e a modernidade, analisando o momento histórico da institucionalização da loucura:

A internação é uma criação institucional própria do século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão [...] Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 1995, p.78)

O livro, que este ano (2016) completa 55 anos, tem larga influência nas discussões sobre a reforma psiquiátrica na Europa e América Latina, sendo apontado como um marco revolucionário na compreensão das relações entre razão e a loucura, na constituição da subjetividade ocidental. Foucault passa a ter grande importância no panorama das mudanças que vinham sendo discutidas na área, especialmente por desnaturalizar o hospital psiquiátrico, analisando o momento histórico da institucionalização da loucura.

A obra<sup>14</sup> largamente utilizada na atualidade, já foi alvo de vários e acirrados debates, em especial, pelo método empregado pelo autor: a arqueologia. A partir dela,

---

<sup>14</sup> Curioso é que inicialmente o livro sofre inúmeras críticas, em especial ao prefácio, que discute o método e traz uma crítica dura à razão moderna, em especial à Descartes. Esse prefácio é

Foucault faz uma detalhada descrição dos fatos históricos, que nos faz lembrar Nana de Zola<sup>15</sup>, visto que muitas vezes transforma ‘processos históricos concretos em fetiches imutáveis’” (COUTINHO, 2010, p.169) como a discussão em que defende que a “loucura vai ocupar o lugar da lepra” na exclusão social e, assim, elimina a história da narrativa. Ao deixar a categoria historicidade de lado, elege a relação entre o saber e a loucura como eixos de uma discussão pautada no âmbito das ideias, em que o próprio Foucault afirma que o livro busca tratar “[...] da própria loucura em sua vivacidade antes de toda captura pelo saber” (FOUCAULT, 2004, p.157). Todavia, o saber emana como um princípio misterioso imóvel, em que a história contada se desprende da *praxis* humana, das relações sociais de produção da época. O desenvolvimento das forças produtivas e a emergência de um novo modo de produção aparecem como peças frouxas com pouca conexão com as profundas mudanças nas relações sociais, das quais o encarceramento é produto.

Mesmo sendo alvo de várias críticas no momento de seu lançamento, aos poucos, o livro passa a ser aceito, tendo em vista tanto a conjuntura de muitas críticas ao decadente modelo psiquiátrico vigente, como a crise do marxismo e o avanço das teses reformistas. O livro rapidamente se tornou o baluarte da Reforma Psiquiátrica em vários países, inclusive o Brasil, em que o manicômio era visto como o lugar dos loucos nessa sociedade.

Outra obra que contribuiu muito para a crítica à institucionalização, lançada no mesmo ano da “História da Loucura” de Foucault, vem da Escola de Chicago com Erving Goffman. A obra “Manicômios, prisões e conventos” (2001) publicada em 1961 é resultado de uma pesquisa empreendida por Erving Goffman nas enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde, em especial, o trabalho de campo realizado durante um ano no Hospital Elizabeth, em Washington (EUA) que traz para

---

substituído na segunda edição do livro nos anos 70 por um prefácio que faz uma crítica aos prefácios. A esquerda francesa o acusou de estar se afastando do comunismo, sendo o livro muito criticado na França. Já na Inglaterra o livro teve uma boa aceitação na Antipsiquiatria inglesa, que termina fazendo uma outra leitura do livro. Entre os principais críticos se destacavam Robert Castel, que inicialmente identificou o livro como de direita e Sartre que acusou o pensamento de Foucault de ser a “última barreira que a burguesia erguia contra Marx” (ERIBON, 1990, p.168). Contudo, logo em seguida, os desdobramentos do maio de 68 que levam a esquerda europeia a se decepcionar com o socialismo, e em meio à ascensão do reformismo, a obra de Foucault passa a ser vista de forma positiva pela esquerda mundial, visto que o irracionalismo e a transgressão passam a ser discutidos como possibilidades de luta e mudança.

<sup>15</sup> Émile Zola escreve Naná em 1880. A história de uma prostituta – Naná que se sobressai num momento de decadência da sociedade. Todavia, é narrada como uma sucessão de quadros, rica em detalhes, mas com uma conexão frouxa do enredo, em que as questões são tratadas com superficialidade. Ver: ZOLA, Émile. Naná. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

a discussão acadêmica a análise das instituições totais. O Estudo é pautado na discussão sociológica da “estrutura do eu” e o autor discute a instituição a partir da percepção dos internados. É um tratado sobre as características das instituições e fornece elementos instigantes para uma discussão ética entre indivíduo e sociedade.

Na obra “*A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*” Robert Castel (1978) faz uma crítica a partir de uma discussão sobre as características do saber psiquiátrico na França, no século XIX. O autor aponta que a loucura, como um problema social, nasce com a Revolução Francesa e analisa ao menos três grandes aspectos: 1) o conceito de alienação mental como distúrbio da razão, que torna o “alienado” alguém incapaz de exercer a cidadania; 2) o princípio do isolamento, recurso necessário para afastar o alienado do ambiente ambíguo e desordenado em que vive e introduzi-lo em uma instituição disciplinar gerida por normas, regulamentos e rotinas, que deveriam reorganizar o interior e a vida do alienado e o resgatariam para a razão e 3) o tratamento moral, um conjunto de medidas que submeteriam o alienado ao arcabouço de ordem e de normas institucionais. Esses três aspectos também são conhecidos como síntese alienista de Castel.

Uma das discussões mais significativas vem da Psiquiatria Democrática Italiana, que se constituiu como a maior ruptura epistemológica e metodológica no atendimento às demandas na área de saúde mental e instituiu uma crítica radical à instituição psiquiátrica. Franco Basaglia, após participar de um trabalho em Gorizia (Itália) com base nas experiências de Comunidade Terapêutica, conclui que o manicômio não consegue tratar as pessoas e que se tornou um lugar de segregação, violência e morte (BASAGLIA, 1991). A experiência de Gorizia foi importante pra pensar nos limites da instituição manicomial, visto que mesmo com as melhores intenções, a racionalidade do manicômio continua hegemônica. Já em Trieste, Basaglia dá início a um processo de desinstitucionalização com a desconstrução do aparato manicomial e transforma completamente a assistência em Saúde Mental a partir da extinção dos manicômios e construção de novos espaços de cuidado – os Centros de Saúde mental que foram estruturados de acordo com a necessidade de cada sujeito que precisasse de cuidados de saúde mental. A experiência foi consolidada na Lei 180, conhecida como Lei Basaglia que direciona o fechamento dos hospitais e sua substituição por serviços territoriais.

No Brasil, a experiência italiana passa a ser conhecida e a impactar num contexto de vários embates sociais. Na segunda metade dos anos 1970, assiste-se à reorganização dos movimentos sociais contra a ditadura militar, após uma fase de grande e violenta repressão, ao mesmo tempo que as condições de saúde da população passam a ganhar espaço no cotidiano das lutas sociais, de insatisfação da população, passando a ser bandeira de luta num momento em que o modelo de saúde implementado e o próprio regime militar passam a ser duramente criticados. No campo dos Movimentos Sociais, destacamos o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro e, nele, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que, através de denúncias das condições de trabalho, das condições de tratamentos dos usuários nos hospitais psiquiátricos e da privatização da assistência psiquiátrica no Brasil, conseguem mobilizar a imprensa e a sociedade brasileira para discutir a reforma psiquiátrica.

Todavia, antes de discutir as lutas pela saúde pública e saúde mental, é importante entender os determinantes da política de saúde mental na nossa sociedade, como o manicômio se consolida diante da resposta às demandas.

### **3.2 A institucionalização da Loucura na sociedade brasileira – a decadência ideológica materializada no manicômio**

Ao discutir a dinâmica da Política de Saúde Mental no Brasil é necessário o desvelamento dos determinantes históricos dessa política e suas contradições na sociedade capitalista. Nesse sentido, procura-se contextualizar a montagem do modelo manicomial no Brasil e sua contraditória aliança entre a modernidade e o conservadorismo que passa a marcar o sistema manicomial brasileiro.

O processo de institucionalização psiquiátrica tem início no Brasil com a vinda da família real e a urbanização do país. Em 1841, o “problema” dos alienados passou a ser discutido na sociedade local, visto que a presença deles andando pelas ruas da cidade ou internados indevidamente na Santa Casa promoveu incômodos nos setores dominantes da sociedade local. Dessa forma, logo após o ato de maioridade do imperador, ele assina o decreto de 18 de julho de 1841, deliberando sobre a criação do Hospício de Alienados Pedro II, aclamado pelos médicos que, sob influência francesa, defendiam o slogan: “aos loucos, o hospício”. Na busca de modernizar e

organizar as cidades, o louco passa a ser impedido de circular pelo espaço público. O hospício passa a ser o lugar designado para recuperá-lo.

Assim, nasce o Hospício D. Pedro II em 1852 na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, o primeiro manicômio no Brasil. A proposta é permeada de contradições desde o princípio, inspirado nos moldes franceses é inaugurado num casarão em estilo neoclássico, luxuoso, sendo conhecido como “palácio dos loucos”. É comemorado na época como baluarte da ciência, do moderno, todavia, o majestoso lugar é numa chácara afastada do Centro da Cidade (AMARANTE, 1995:). Essa ideia original vai acompanhar a intervenção na loucura 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.

Desde o princípio, observa-se, no modelo brasileiro, a combinação do conservador com o moderno. Mesmo apresentando-se como baliza de modernidade e da ciência, visto que sua implantação está alicerçada no discurso da modernidade, no Brasil, desde o começo, agrega as práticas mais arcaicas de cuidado. Poucos anos após sua criação, já apresentava superlotação e as funções asilares superavam em muito, as questões de saúde.

Ao mesmo tempo em que se institucionaliza o cuidado psiquiátrico, o moderno e o arcaico se aliam em nome de um modelo centrado no assistencialismo e na coerção. O palácio do louco se afirma junto às transformações no mundo do trabalho, as necessidades que emergem nessa conjuntura. Observa-se que as bases desse processo se fincam desde o império, como nos lembra o realismo de Machado de Assis ao trabalhar a questão de forma provocativa em “O Alienista” (1882), conto no qual, aparece o hospício como a reprodução dos similares franceses, e uma forte crítica aos padrões que estabelecem os limites da normalidade X anormalidade. Nessa obra, o escritor nos convida a refletir, sobre o processo de institucionalização da loucura no Brasil, chamando a atenção para a internação como principal recurso do modelo então adotado: grandes hospitais, superlotados, nos quais se percebe o avanço da cronicidade e a perda de direitos.

### 2.2.1 A trajetória histórica da política de saúde mental no Brasil – a aliança com o conservadorismo

No início do século XX, observamos a constituição da Liga Brasileira de Higiene Mental, com uma proposta reformista, comprometida com o modelo de desenvolvimento adotado, num contexto em que a saúde emerge como “questão social” (BRAVO, 2001) em meio ao avanço da divisão social e técnica do trabalho em que as medidas higienistas ganham grande visibilidade, como aponta Resende (1994):

A Saúde Pública e a Psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desorganização que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade. (RESENDE, 1994, p.45)

A política higienista procurava responder às exigências de uma sociedade que estava reestruturando suas relações de produção, depois da abolição da escravatura, assim, procurava a reorganização urbana, visto que a chegada dos trabalhadores estrangeiros na década de 1920 trouxe uma nova dinâmica na sociedade local e um novo contorno à história das cidades e dos processos de urbanização e industrialização, ainda que incipiente, no país. Nesse contexto, a psiquiatria passa a compor o modelo de desenvolvimento adotado, percebem-se ações higienistas clássicas como a classificação brasileira das doenças mentais e a tentativa de devolver os doentes para os países de origem, através do pedido aos consulados de origem de “repatriação do material defeituoso que nos enviaram” (RESENDE, 1994, p.46). São desse período também a abertura dos hospícios do tipo colônias agrícolas, implantadas de forma a complementar os hospícios urbanos. De acordo com o discurso oficial, procurava-se recriar o ambiente rural pré-capitalista, procurando estimular os pacientes a cuidarem da terra, em propriedades adquiridas distantes dos perímetros urbanos, contraditoriamente, num país que se urbanizava a cada dia. Na realidade, as colônias representaram a expansão das estratégias de acumulação capitalista na saúde mental, tendo por base a cultura política brasileira, em que os processos de transformação se dão pelo alto (COUTINHO, 2011). As colônias se caracterizaram como espaços de medicalização que seguiam à risca a orientação higienista de limpar a cidade, num momento em que a questão social era tratada como caso de polícia e o Estado procurava punir rigorosamente qualquer manifestação contra a ordem estabelecida (ROSA, 2003; IAMAMOTO, 1992).

Os hospícios são inseridos na sociedade brasileira a partir do ideário liberal importado do modelo francês, adequado à racionalidade emergente na sociedade brasileira. Sua implantação confronta-se, mas sobretudo, alia-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.

Na era Vargas, constatamos que a criação da estrutura asilar acompanha as demandas e necessidades do processo de industrialização/urbanização, que passava a receber uma massa de assalariados com péssimas condições de vida e de trabalho. Essas precárias condições de vida vão se transformar numa das principais pautas da classe trabalhadora nesse período, provocando a redefinição do papel do Estado – a ampliação do Estado tendo em vista viabilizar o desenvolvimento capitalista também vai atender à classe trabalhadora através das políticas sociais, seja de regulamentação das condições e venda da força de trabalho, seja no âmbito da reprodução da força de trabalho. É importante entender em que contexto se dá a política na área da saúde mental, o Estado, nesse período busca induzir, estimular e dar as condições necessárias ao desenvolvimento industrial através do controle social da classe trabalhadora, diante da luta de classes (IAMAMOTO, 2007). O hospital psiquiátrico aqui atende à demanda por saúde da classe trabalhadora, ao mesmo tempo 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. As conquistas precisam ser analisadas tendo em vista a nossa dinâmica histórica. Não tivemos uma sangrenta Revolução burguesa à jacobina, nossa via de transição foi e continua sendo a da “revolução passiva” (GRAMSCI, 2014a). O binômio revolução-restauração é uma característica marcante dos nossos processos históricos-políticos e de nossas lutas sociais. A renovação de fato acontece quando as demandas da classe trabalhadora são ouvidas, assimiladas e postas em prática, todavia, pelas elites dominantes, eis, o elemento de restauração, as elites não saem do poder, há, na nossa história, uma ausência da classe trabalhadora na direção dos processos

históricos, de modo que sempre se percebe uma reação à possibilidade histórica de tomada de poder, que, efetivamente, perpetua as elites dominantes no poder.

Nesse cenário, a Política de Saúde passa a tomar contornos nacionais. No campo da saúde mental, percebe-se o estímulo à criação de hospitais psiquiátricos em todo o país, em especial, a partir da década de 1940, com o decreto-lei 8.550 de 3 de janeiro de 1946, que estimulava a construção de hospitais psiquiátricos. O decreto previa que o governo federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos e o governo estadual responsabilizar-se-ia pela manutenção (PAULIN; TURATO, 2004). Nesse período ocorreu um aumento significativo do número de hospitais, em especial, a construção de colônias, afastadas dos perímetros urbanos.

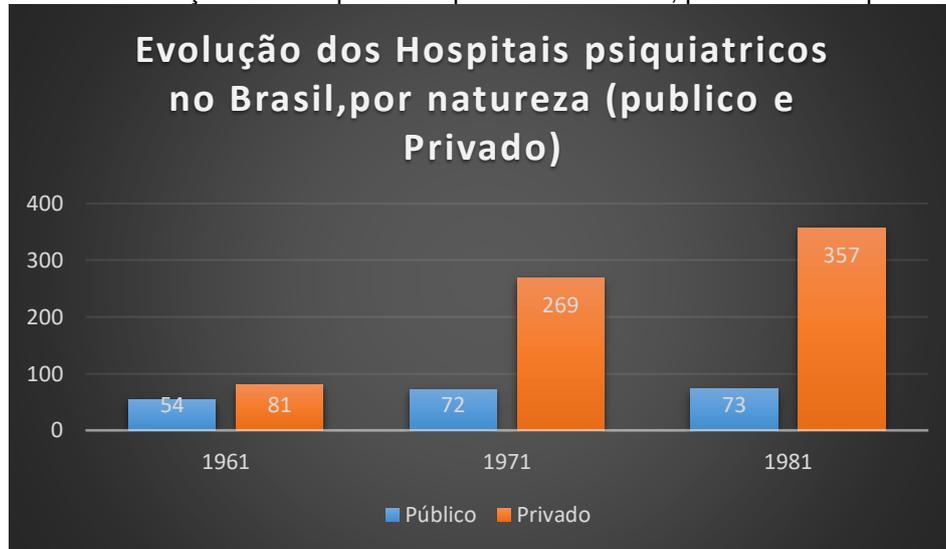
Os hospitais superlotados e o estímulo à organização da estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos vão marcar a política de industrialização, urbanização e desenvolvimento de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que privilegia, ainda, as corporações médicas de interesses capitalistas. Naquele momento, lembramos a marca contraditória que acompanha o padrão hospitalocêntrico no Brasil: ao passo que emergem técnicas e medicações mais modernas e a psiquiatria nacional legitima-se, aumenta o número de hospitais psiquiátricos. É importante refletir essa questão, visto que, naquele momento, alguns países no mundo iniciam uma problematização do tratamento psiquiátrico, enquanto, no Brasil, acontece ainda uma ampliação temerária do hospital psiquiátrico, com uma aliança com as forças mais conservadoras da sociedade.

Ainda em 1950, como aponta Resende (1994) a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica uma resolução de um comitê de peritos recomendando que houvesse investimento em saúde mental por parte dos países em desenvolvimento dado o peso financeiro do adoecimento mental para o processo produtivo (RESENDE, 1994). Essa expansão mescla o novo e o velho num mesmo e dialético processo, visto que é ampliado o número de hospitais e de leitos, e a superlotação e a decadência do cuidado nascem junto com o modelo.

As décadas de 1960 e 1970 são marcantes tanto no processo de institucionalização da loucura no Brasil, quanto no crescimento do setor privado, mostrando o interesse do capital no setor saúde, e na saúde mental. A título de

ilustração, enquanto a população brasileira apresenta um aumento de 30%, o quantitativo de hospitais psiquiátricos cresce mais de 150%, durante os anos de 1960.

**Gráfico 03:** Evolução dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, por natureza – público e privada



Fonte: BRASIL, SIH/DATASUS

Note-se que o aumento dos hospitais psiquiátricos é cinco vezes maior que o da população. Na década seguinte, o ritmo de crescimento diminui, mas fica bem acima do crescimento populacional; simultaneamente, a população brasileira aumenta menos que 20%, o quantitativo de hospitais cresce em 60% durante os anos 1970.

Os dados nos mostram que, entre os anos 1960 e 1980, temos um quadro duplamente preocupante: privatização e mercantilização da loucura. Nesse período, o número de hospitais psiquiátricos aumenta expressivamente, em especial no setor privado. Até 1961 os 81 hospitais psiquiátricos privados representavam 25,0% do total de leitos psiquiátricos no país. Note-se, todavia que, em 1981 além de se observar um crescimento dos hospitais, esse crescimento também tem um significado que não fica expresso nesses números, pela primeira vez os hospitais privados vão ocupar mais de 70% dos leitos psiquiátricos do país (PAULIN; TURATO, 2004). Sendo que nesse período também ocorre o maior aumento do número de leitos da nossa história.

Na ditadura militar o binômio repressão-assistência se reproduz também na saúde mental. A política se consolida de forma burocratizada, privatizada, conservadora com viés modernizador à moda do desenvolvimento nacional. 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, sendo um período de grande crescimento dos hospitais psiquiátricos no país, como podemos observar no gráfico 03.

Desse modo, no Brasil, entre os anos 60 e até os anos de 1980 é possível observar um importante aumento do quantitativo de hospitais psiquiátricos buscando responder às novas exigências advindas do elo entre relações de produção e forças produtivas e, ainda, aumenta sem precedente o número de usuários que passam a morar nessas instituições. O avanço da urbanização e da industrialização traz a marca da mercantilização no tratamento à loucura, na medida em que o Estado e a burguesia passam a se interessar pela administração desses hospitais, mesclando conservação e inovação ou ainda, ordem e lucratividade (AMARANTE, 1995).

O hospital psiquiátrico entra no circuito médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, se consolida a chamada “indústria da loucura”, a concretização do hospício no processo de acumulação do capitalismo monopolista. Nesse processo, destacamos que esses hospícios vão se encher de trabalhadores urbanos, massificados 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. Neste contexto, o desejo por auferir lucros financeiros através desse sistema de internação vai além. Mesmo depois de mortos, são inúmeros os casos de venda/tráfico de corpos de trabalhadores loucos que, tendo morrido nesses hospícios, foram transformados em indigentes, e vendidos para as universidades brasileiras (ARBEX, 2013; BRASIL, 1990). 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.

A consolidação do modelo manicomial se dá no rastro da revolução burguesa (FERNANDES, 2005) no país, diretamente relacionada às transformações ocorridas na divisão social e técnica do trabalho, em razão do acirramento dos conflitos de classe e das novas funções que passam a assumir o Estado no modelo de modernização capitalista operado por revolução passiva, que, como aponta Gramsci

é “[...] uma forma de moderantismo político, que coloca como único método de ação política aquele no qual o progresso e o desenvolvimento histórico resultam da dialética de conservação e inovação” (GRAMSCI, 2013, p.393).

A institucionalização da loucura através dos hospitais psiquiátricos passa, então, a ser incorporada às táticas de desenvolvimento capitalista no Brasil, em especial, àquelas ligadas à manutenção da ordem, à dominação, e logo, passa a entrar na pauta das políticas sociais brasileiras, se constituindo em uma das estratégias que Coutinho (2011) chamou de “mudança pelo alto” (COUTINHO, 2011, p.250). No período da ditadura o chamado “milagre econômico” buscava o crescimento econômico aliado à ideia de segurança nacional, de ordem e progresso do modo do funcionalismo durkheimiano procurava colocar o Brasil como uma grande economia mundial, seguindo interesses do capital. Como aponta Netto “construiu-se um ‘modelo econômico’ com forte investimento do Estado em setores não lucrativos ou de baixa lucratividade inicial, mas imprescindíveis ao crescimento...” (NETTO, 2014, p.147). Na verdade, a entrada do Brasil na economia internacional se dá partir dos interesses do grande capital, e de forma subordinada, em que grandes multinacionais ganham o espaço nacional, tendo impactos consideráveis na industrialização brasileira. A ditadura expressa um período de grandes avanços tecnológicos, conhecida como “modernização conservadora”. O Estado fornece as bases para a consolidação do capital internacional no Brasil, todavia, como Netto (2014) aponta, esse processo é seguido de uma superexploração da classe trabalhadora e de um aumento significativo das desigualdades sociais no país. O Estado autocrático burguês, de um lado, vai responder a essa questão de forma contraditória e dialética, a coerção vai reprimir militarmente, através de diversas técnicas de tortura, inclusive os segmentos mais resistentes da classe trabalhadora. Do outro, as políticas sociais montadas – entre elas a políticas de saúde mental (e nela, o manicômio!) – vai aparecer como resposta técnica, científica, desprovida de conteúdo político. O manicômio brasileiro precisa ser interpretado dentro desse contexto, ele responde às necessidades históricas de um determinado momento social, político e econômico da sociedade brasileira.

Percebe-se um período de grande investimento do Estado em interesses privados, procurando assim viabilizar o desenvolvimento econômico. Se, de um lado,

as empresas crescem, de outro, percebe-se o aumento da desigualdade, assim, a questão social borbulha, e como nos lembra Bravo:

[...]o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2001, p.06)

Curiosamente, é também no período da ditadura militar (1964/1984), que o modelo manicomial sofre grande expansão no processo de privatização da saúde, visto que, com a unificação da previdência social, através da criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1966, passamos a perceber algumas peculiaridades: o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, dentro dos padrões do capital monopolista e seguindo uma racionalidade formal-abstrata. Os hospitais psiquiátricos mesclam uma burocracia weberiana, com verniz modernizador, especialmente voltada para uma racionalidade instrumental com as práticas mais conservadoras de cuidado da sociedade. Nesse cenário, enquanto aumenta a intervenção do Estado na sociedade, diversificam-se as estratégias de consenso e coerção que são utilizadas para manter os trabalhadores fora da cena política, de modo que se percebe um processo de medicalização da vida social.

Nesse período, a política de saúde mental, bem como toda a política de saúde, é tomada por um sistema de despolitização, em que o tecnicismo e a racionalização ganham espaço na lógica hegemônica. Contudo, é importante pensar que essa direção expressa a unidade contraditória e dialética do próprio Estado, que mesclou a repressão militarizada, a repressão cultural, as diversas formas de controle social (entre as quais, se inclui o manicômio), com ampliação dos serviços sociais dentro de um modelo altamente burocrático e alienante, reforçando os traços autoritários da nossa “via prussiana” (LENIN) ou “passiva (GRAMSCI).

A Política de Saúde Mental, no período ditatorial, aparece como uma resposta técnica e racionalizadora, todavia, se materializa sob as práticas mais conservadoras e degradadas da sociedade brasileira. Nos marcos do regime autocrático burguês, percebe-se uma intensificação dos processos de burocratização e instrumentalização que passa a acontecer na saúde, conhecido como “modernização do setor”. Uma modernização que significou um aprimoramento do conhecimento técnico e científico

de uma ciência capturada pelo capital, num contexto histórico em que as demandas trabalhistas são incorporadas como política, todavia, essas demandas são metamorfoseadas na constituição de uma política de saúde fragmentada, restrita, condicionada à inserção no mercado de trabalho. Assim, sua implementação pontual e fragmentada traz o viés privatista que marcou toda a política e contribuiu para a mercantilização crescente da saúde, como diz Scorel (2005). Verifica-se o aumento extraordinário de leitos psiquiátricos no país, chegando a Previdência Social a aplicar mais de 90% do orçamento disponibilizado à política de saúde mental no custeio de internações na rede hospitalar (AMARANTE, 1995).

### **3.3 A luta pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica – os dilemas da emancipação política**

#### **3.3.1 A luta pela Reforma Sanitária no Brasil – contribuições para pensar nos dilemas atuais**

O modelo de desenvolvimento econômico-social adotado no país passa a dar sinais de desgastes no final dos anos 1970. A crise econômica do capitalismo abre espaço para as críticas e para o debate acerca do rumo das políticas sociais.

Como aponta Coutinho (2011), a modernização empreendida pelo regime militar no país promoveu “[...] um intenso desenvolvimento das forças produtivas ainda que a serviço do capital nacional e multinacional” (COUTINHO, 2011, p. 30). Esse desenvolvimento potencializou a sociedade civil, as críticas contra a ditadura crescem e mobilizações aumentam, ao passo que os níveis de desenvolvimento declinam e o governo perde apoio e legitimidade. Esse cenário complexo foi retratado por vários autores, Amarante (1997) aponta que:

O ano de 76, por exemplo, registra o espancamento do Bispo Don Adriano Hipólito; as mortes do operário Manuel Fiel Filho, nos porões do DOICODI, e dos três dirigentes do PC do B em São Paulo; a cassação de inúmeros parlamentares; a edição da famigerada Lei Falcão; as explosões de bombas na ABI, na OAB, no CEBRAP, na Editora Civilização Brasileira. São tempos duros de violência e de resistência. (AMARANTE, 1997, p.163)

Nesse cenário e diante das críticas na área da saúde percebemos a criação de comissões para discutir as diversas dificuldades, todavia, as propostas

implementadas pelo governo autocrático, ao mesmo tempo em que deixava intacta o modelo centralizador implantado, se mostravam incapazes de enfrentar os determinantes da crise que se expressavam na área da saúde.

Assim, na segunda metade dos anos 1970, a partir das contradições gestadas no interior do modelo autocrático burguês, emergem as condições históricas, políticas e econômicas para o fortalecimento dos movimentos de resistência. A ditadura não conseguia mais dar respostas ao desenvolvimento das forças produtivas, por sua vez, percebem-se novos contornos na luta de classe, motivados pelas próprias incoerências do modelo em que a forma de acesso dos trabalhadores às políticas sociais e, particularmente, à política de saúde se deu de forma fragmentada e focalizada, visto que só os trabalhadores formais tinham acesso à saúde pública. O debate sobre democracia e saúde invade as universidades, fóruns, e torna-se bandeira de luta da classe trabalhadora.

É importante pensar nesse momento, pois, em meio a uma nova tentativa de recuperar a legitimidade do regime autocrático burguês, no governo Geisel (1974-1979) a sociedade percebe a crise do modelo autocrático e aumenta a pressão das forças de oposição ao regime.

Inicialmente, a oposição vinha de todos os lados, diante da insatisfação social, partidos clandestinos aumentam significativamente e pressionam a regulamentação, a burguesia local insatisfeita e a religião, que naquele momento, é representada pela Igreja Católica que passa da defesa da família para defesa dos direitos humanos, tendo grande papel naquele momento na organização comunitária, cedendo espaços para encontros e passando a discutir temas de interesse social. Nesse processo, ganham destaque as Associações de Moradores e organizações populares com o Movimento Custo de Vida (1978) que entregou ao Palácio do Planalto um abaixo assinado com mais de um milhão de assinaturas (ESCOREL, 2005). Organizações da classe média e alta, como a Ordem dos Advogados (OAB), A Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e o Movimento da Anistia tiveram significativa importância no fortalecimento da oposição ao regime militar. Por sua vez, o movimento sindical se renova e, em 1978, os metalúrgicos de São Bernardo do Campo deflagram greve, de modo que esse fato mostra a reinserção da classe operária na cena política o que vai se constituir como

fator decisivo na luta contra a ditadura e pela reforma sanitária. O movimento sindical potencializa as demandas democráticas.

Nesses tempos duros de violência e resistência, como descreve Amarante (1997), o movimento estudantil consegue realizar o primeiro Encontro Nacional de Estudantes em 1976, no mesmo ano em que é criado, em São Paulo, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e, sem dúvida, representa um marco na institucionalização da Reforma Sanitária no Brasil, o movimento sai do âmbito acadêmico<sup>16</sup> e ganha novos contornos.

A criação do CEBES também é apontada por Paim (2008) que, ao discutir a Reforma Sanitária Brasileira, propõe a seguinte sistematização: *ideia – proposta – projeto – movimento e processo*. De acordo com Paim o momento/definição *ideia* é marcado pela criação do CEBES e lançamento da Revista Saúde em Debate e pouco depois, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, que juntos expressam a problematização das questões de saúde do país, que tem grande expressão no Dilema Preventista (AROUCA, 1975) e a colocação da questão da Reforma Sanitária de forma explícita e nominada. O outro momento/definição de Paim (2008) é o momento *proposta* que revela “a transformação da *ideia* em *proposta*” (PAIM, 2008, p 150) expresso por meio do documento “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980) e nos relatórios dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara dos Deputados (PAIM, 2008). O momento/definição *projeto* representa o momento em que a Reforma Sanitária passa a ser projeto, ou seja, ser concebida como “um conjunto de políticas articuladas” (PAIM, 2008, p.150) e está sistematizado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Quanto ao momento / definição *movimento* de democratização da saúde ou de reforma sanitária, o autor aponta que nasce com o CEBES e tem atravessado as diferentes conjunturas até os dias atuais. O processo vem acontecendo desde que o fim da 8ª Conferência de Saúde e Paim (2008) lembra que é atravessado pelas diferentes conjunturas políticas e econômicas e pelas práticas sociais e culturais construídas historicamente.

---

<sup>16</sup> Para uma discussão mais detalhada sobre o Movimento de Reforma Sanitária e suas bases, ver: ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. e TEIXEIRA, Sonia Fleury, org. *Reforma sanitária - Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.

O Movimento de Reforma Sanitária entendia que a democracia era a primeira bandeira de luta. Assim, como aponta Paim (2008), a Reforma Sanitária constitui um movimento de reforma social baseada nos seguintes elementos: a) democratização da saúde – em que se destaca a concepção ampliada de saúde, os determinantes sociais e o reconhecimento do direito público e universal à saúde; b) a democratização do Estado – com a ruptura com o modelo autocrático centralizador, respeitando o pacto federativo, a partir da descentralização das políticas com participação social via controle social e a c) democratização da sociedade – com uma reforma intelectual e moral da sociedade, democratização da economia e da cultura etc.

O movimento sanitário constitui-se como um movimento contra-hegemônico à ordem estabelecida e, como aponta Soares (2010), “[...] uma luta contra- hegemônica não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista” (SOARES, 2010, p.35). Por sua vez, vários autores (SCOREL, 1999; PAIM, 2008; SOARES 2010) apontam para a importância, mas sobretudo, a heterogeneidade do movimento.

Esse movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os 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.35)

Os autores apontam que o ponto em comum que unia esses diferentes pontos de vista era a defesa da emancipação política. Para uns, ela era um meio para um fim maior – a emancipação humana e, para outros, ela seria um fim em si mesmo, dentro dos limites impostos pela ordem vigente.

Nesse processo, Paim (2008) aponta que grupos ligados a uma visão mais crítica do movimento de reforma sanitária entendia a Reforma sanitária como parte “um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo”, citando Arouca (2001). Dentro da mesma perspectiva Scorel (1999) traz uma observação feita por Paim e a cita em nota: “O CEBES tem sua maternidade no SBPC, seu berço nos sanitaristas de São Paulo e o Partidão (PCB) como Padrinho”. Entretanto, diante do momento, das articulações e dos diferentes interesses, aos poucos, a ideia hegemônica que passa a dominar o debate é a de uma democratização do Estado sob os limites do capitalismo, destacando-se o predomínio das ideias da social democracia.

### 3.3.2 A luta pela Reforma Psiquiátrica – da luta pela democracia ao dilema da emancipação política

Na segunda metade dos anos 1970, no auge das mobilizações em torno da Reforma Sanitária, na área da saúde mental, diante das fortes críticas que passam a emergir de vários segmentos sociais, o Estado passa a buscar saídas para a situação, entre elas, uma resposta foi a criação de ambulatórios de psiquiatria na rede pública de saúde.

A implantação deles foi pautada na racionalidade instrumental burocrática, de modo que eles não conseguem fazer frente ao modelo manicomial consolidado ao passo que, contraditoriamente, passam a ser “incorporados” ou “engolidos” pelo modelo, isto é, os ambulatórios passam a enviar pessoas para os manicômios. Diante das precárias condições de atendimento e da completa ausência de uma rede articulada para atender à crise, os ambulatórios passam a funcionar como encaminhadores para os serviços manicomiais existentes.

Desse modo, as saídas conciliadoras não conseguem diminuir as críticas e a situação toma novas proporções a partir do descontentamento e denúncia dos trabalhadores em saúde mental sobre as condições de trabalho, bem como sobre a situação dos usuários dos hospitais psiquiátricos, num episódio que ficou conhecido, de acordo com Amarante (1995) como crise na DINSAM<sup>17</sup> (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, encarregado de formular a política do subsetor saúde mental.

Segundo Amarante (1995) a referida crise foi desencadeada a partir de denúncias feitas por alguns médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (uma unidade ligada à DINSAM localizada no Rio de Janeiro) que registram/denunciam, em livro de plantão, as irregularidades da unidade hospitalar, publicando as precárias condições de trabalho e vínculo, visto que o órgão não realizava concurso desde 1957 e que, a partir de 1970, com grande defasagem profissional, passou a contratar “bolsistas” (recém-formados ou ainda cursando a graduação) para atuarem como psicólogos, médicos, assistentes sociais e enfermeiros. Foram denunciadas também

---

<sup>17</sup> Para uma discussão mais detalhada sobre a crise da DINSAM ver AMARANTE, Paulo. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

várias situações de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, além de outras irregularidades em outros hospitais psiquiátricos.

Ao mesmo tempo, trabalhadores de quatro unidades da DINSAM do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) deflagram uma greve (abril/1978), e tiveram como resposta a demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995). Tal fato instigou um movimento maior que seguiu com apoio de vários outros espaços coletivos, como o do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME) e culminou com a instituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro, no final da década de 1970.

O movimento passou a tornar públicas as diferentes formas de violência que aconteciam, bem como a denunciar as condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos. Inicialmente, os pleitos oscilam entre as questões trabalhistas e corporativistas, como salário, número de consultas por turno, condições de trabalho, contrato de trabalho, formação de recursos humanos e as questões da assistência psiquiátrica como o modelo médico assistencial da DINSAM, a cronificação nos manicômios e o uso de eletroconvulsoterapia. Esse bloco heterogêneo de pleitos se aproxima cada vez mais da questão da privatização dos serviços de saúde e da crítica ao uso da psiquiatrização como prática de controle social e reprodução das desigualdades sociais. Não se pode esquecer que esses questionamentos emergem numa conjuntura de muitas críticas à ditadura militar, e de muita insatisfação com o modelo de saúde que vinha sendo implantado.

No campo da saúde mental não foi diferente do que ocorreu na saúde geral, a luta pela reforma psiquiátrica se alia à luta pela democracia, pois o regime autocrático burguês já havia dado mostras de sua aliança com o manicômio em prol da manutenção do sistema. Já se percebem várias denúncias na imprensa sobre as condições de tratamento nos hospitais psiquiátricos. Nesse cenário, dois fatos de bastante repercussão chocaram a opinião pública. Um deles foi a divulgação de uma série de reportagens entre 18 e 27 de setembro de 1979, que vieram a público no Jornal Estado de Minas, realizadas pelo repórter Hiram Firmino intitulada “*Os Porões da Loucura*”, denunciando, inclusive, prática de tortura e venda de corpos. O outro fato foi o lançamento do documentário “*Em nome da Razão*” de Helvécio Ratton (1979)

que chocou o mundo pelo realismo de uma instituição psiquiátrica num país de capitalismo periférico como o Brasil. O documentário foi filmado nas enfermarias do Hospital Psiquiátrico de Barbacena (MG), e mostra um quadro dramático e estarrecedor, seres humanos, abortados de sua humanidade, reconhecidos apenas como mercadorias para o sistema.

O início dos anos 1980 abre possibilidades de lutar pela democracia em busca de uma sociedade mais justa. Assim, o movimento de trabalhadores em saúde mental juntamente com o movimento sanitário combatiam não apenas uma política de saúde elitista, mas contra toda uma racionalidade que sustentava esse modelo, brigavam pela transformação do sistema de atenção à saúde e entendiam que a crise do setor estava diretamente relacionada com o modo de produção capitalista e com a situação política do país, lutavam para democratizar a saúde – entendida a partir de uma concepção ampliada e buscavam democratizar o Estado – rompendo com o modelo autocrático (PAIM, 2008). Nesse sentido, o movimento de luta antimanicomial e o movimento de reforma sanitária passam a lutar por um outro projeto de saúde e de sociedade – buscando integrar a ação política e a discussão teórica. Nesse processo, percebe-se uma forte crítica ao positivismo, em especial à neutralidade científica, pregada por ele. O Movimento de trabalhadores entende a importância da relação entre história, política e saúde. Observa-se uma aproximação com correntes críticas do pensamento social.

No processo de luta pela redemocratização, observa-se uma intensificação dos debates e das críticas à política de saúde e de assistência psiquiátrica adotada no país, ao mesmo tempo, crescem os questionamentos e os embates na área da saúde mental que se aquecem no ritmo das mudanças econômicas e políticas no país durante os anos 1980. É um período muito rico no debate da reforma sanitária brasileira. Segundo Coutinho, temos uma “batalha das ideias” na discussão teórica e política da saúde brasileira. Vários autores tratam da riqueza desse período (AROUCA, 2007; ESCOREL, 2005; PAIM, 2008; SOARES, 2010). O movimento de reforma sanitária enfrenta uma grande batalha nos anos 1980: apropriar-se das mudanças no padrão de desenvolvimento brasileiro e reformular o conceito de saúde, superando a racionalidade burocrática, biológica, preventista-liberal e construir uma outra a partir da leitura do materialismo histórico e dialético. Um movimento plural, com espaços para várias leituras, algumas mais ligadas a um projeto de classe emancipatório, com

uma concepção de saúde ampla e relacionada à forma de produzir dessa sociedade, com as classes sociais e com as lutas entre as classes e, outras, reformistas, que defendiam o aprimoramento do capitalismo e a democratização dele e da bandeira da saúde, de modo a resultar um modelo de desenvolvimento. Essa discussão nos coloca frente à emancipação política e emancipação humana e das possibilidades e limites das propostas reformistas. Soares (2010) traz importante contribuição para o debate apontando que o movimento de reforma sanitária tinha em comum:

[...] a defesa explícita da emancipação política – seja como estratégia para a emancipação humana, seja no limite desta ordem societária. Essa emancipação política tinha no direito à saúde um importante elemento, mas não se restringia a ele. Havia, assim, um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do movimento: com uma concepção de saúde que não está restrita ao corpo e ao indivíduo, mas que está centrada na coletividade, na estrutura social, nas classes sociais. (SOARES, 2010, p. 35-36)

A autora aponta para as potencialidades do movimento no campo político, contudo, reconhece os limites na ordem burguesa, visto que, na ordem do capital, a emancipação política se torna uma condição para as relações de produção entre os homens. A emancipação política “possível” dentro da ordem do capital é capturada pela razão instrumental, utilitarista, dessa forma é moldada aos interesses da ordem burguesa.

No campo da Saúde mental, essa discussão se torna ainda mais complexa diante das polêmicas que envolvem a problemática da loucura e do hospital psiquiátrico como resposta na sociedade moderna. É importante pensarmos que essa relação não se conservou apesar da história, e sim através da história, parafraseando Marx (2010, p.57) ao tratar da questão judaica.

O processo de institucionalização da loucura, ou ainda, a criação de serviços (manicômio/asilo/hospital) específicos, se dá no marco das modificações ocorridas no modo de produção e reprodução da vida social, em que as atividades comerciais e manufatureiras prosperavam de forma vivaz numa Europa em intensa mudança. Com destaque para a Revolução Francesa, visto que a França forneceu os códigos legais, o modelo técnico-científico pautado pela discussão e ascensão da Razão, o vocabulário, além da política liberal-democrática. Enfim, forneceu a base política e conceitual necessária para as transformações em curso. Ocasão em que a loucura é descoberta dentro do horizonte social da pobreza da classe trabalhadora e dos

problemas das cidades na transformação para um novo modo de produção. A discussão acima nos chama atenção para o momento em que a loucura passa a ser enigma na envergadura do nascimento da sociedade moderna. O aumento do pauperismo e a quebra dos tradicionais mecanismos de proteção social apontam para um período de busca de respostas para a questão da loucura.

Entendemos que a análise do processo de institucionalização da loucura precisa ultrapassar as apreciações que buscam, na própria loucura, as condições de seu encarceramento, como se fosse uma abstração. Não estamos discutindo a loucura dos homens de forma abstrata, mas estamos discutindo a resposta que a sociedade burguesa nascente constrói para um fenômeno que passa a ser objeto de preocupação dessa sociedade. Marx (2011) aponta que é importante pensar no concreto como uma totalidade permeada de muitas determinações e relações. Abaliza que “[...] o concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações, portanto, unidade da diversidade” (MARX, 2011, p.54).

Nesta perspectiva, a institucionalização da loucura, constituída em última instância sob a forma de manicômio é resultado de múltiplas determinações, visto que o hospital por si só não explica; o comportamento desviante, tomado isoladamente, torna-se um conceito vago, se não levarmos em conta os sujeitos, a pobreza, a miséria, a ascensão da burguesia, a razão burguesa, a mudança no modo de produção e a nova divisão social e técnica do trabalho, entre outros. As mudanças trazem implicações no âmbito do trabalho e da sociabilidade, fazendo com que os trabalhadores acometidos de transtornos mentais fiquem à margem das conquistas burguesas, inclusive, não são considerados trabalhadores, recebem o estatuto de “alienados” dado por Phillippe Pinell, iluminista, considerado pai da psiquiatria em seu *“Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie” de 1809*. É curioso que no momento histórico em que se publica a “Declaração de Direitos dos Homens e do Cidadão” se crie uma instituição que, a partir de argumentos morais ou científicos lhes usurpa a liberdade.

Contraditoriamente, o mesmo ideário, considerado libertador, é usado para justificar a criação de uma instituição que aprisiona, a partir do primado da razão burguesa. O conceito de alienado construído dentro do ideário iluminista, transforma a pessoa em alguém incapaz de exercer a cidadania, de exercer os princípios da

Declaração dos Direitos dos Homens e Cidadania<sup>18</sup>. Nesta perspectiva, isolamento e o tratamento moral estão relacionados a uma resposta – que se torna hegemônica, a reorganização dentro dos padrões estabelecidos. A institucionalização denuncia a liberdade e igualdade forjadas pela classe burguesa no processo social de constituição e consolidação da sociedade capitalista:

[...] Pois, de fato, o "iluminismo", a convicção no progresso do conhecimento humano, na racionalidade, na riqueza e no controle sobre a natureza – de que estava profundamente imbuído o século XVIII – derivou sua força primordialmente do evidente progresso da produção, do comércio e da racionalidade econômica e científica que se acreditava estar associada a ambos. E seus maiores campeões eram as classes economicamente mais progressistas, as que mais diretamente se envolviam nos avanços tangíveis da época: os círculos mercantis e os financistas e proprietários economicamente iluminados, os administradores sociais e econômicos de espírito científico, a classe média instruída, os fabricantes e os empresários (HOBBSAWM, 2005, p.41).

Hobsbawm (2005) aponta para a ocasião em que a razão burguesa torna-se hegemônica, e o trabalho é reconfigurado a partir de novas bases valorativas em que a igualdade, a liberdade, a reciprocidade, a propriedade e o interesse privado alicerçam o bloco de ideias do liberalismo burguês nascente. Nesse processo, para que o trabalho produza valores de troca (MARX, 2011) é necessária uma igualdade forjada de todos os trabalhos. Sob esse artifício, vários conceitos abstratos ganham uma dimensão inédita, como o “trabalho socialmente necessário”. Nessa rede de relações, o interesse privado aparece como interesse coletivo, e o interesse coletivo parece estranho ao indivíduo. Na verdade, Rousseau já se preocupava com o contrato entre os homens para garantir a propriedade privada, “todos correram ao encontro dos seus grilhões, acreditando garantir sua liberdade” (ROUSSEAU, 1973, p. 275). Ao trazer a questão em seu “Discurso sobre a origem e fundamento da desigualdade entre os homens”, Rousseau chama atenção à problemática do “homem natural vivendo em sociedade” que traz para ordem do dia a discussão da desigualdade. Por sua vez, no “Contrato Social”, Rousseau propõe uma solução para essa questão: a utopia democrática.

Sabemos que os direitos civis, políticos e sociais emergem com o advento da modernidade e da sociedade burguesa e, dessa forma, são gestados a partir desta

---

<sup>18</sup> Essa declaração por sua vez, é fruto da primeira carta constitucional francesa, da qual o então deputado Phillip Pinel – médico, revolucionário e inventor do primeiro hospício do mundo na França – foi personagem bastante atuante.

historicidade guardando em seus princípios os fundamentos da racionalidade burguesa. A luta e conquista desses direitos precisa ser entendida dentro das mudanças empreendidas na sociabilidade burguesa, na qual a igualdade jurídica-política se torna condição para todos os cidadãos se tornarem aptos a comprar e vender a força de trabalho.

Passados mais de dois séculos, a problemática da emancipação política ainda é uma questão polêmica na saúde mental e, torna-se um duplo desafio: a) o de lutar pela conquista da igualdade civil, política e social dos trabalhadores acometidos por transtornos mentais em especial nos tempos atuais de regressão de direitos; b) mas sobretudo, de entender os limites dessa proposta nesse modo de produção, ultrapassar o estágio da conquista dos direitos e investir na discussão sobre a emancipação humana.

Todavia, é importante apontar que a reforma psiquiátrica acontece no concreto, em meio às múltiplas determinações dessa sociedade. Então é delineada, construída e precisa ser pensada dentro das particularidades históricas da sociedade brasileira, em que os movimentos de restauração se caracterizam por grandes ofensivas conservadoras. Desse modo, a dimensão política está inscrita nesse processo.

Importante entender os processos históricos e racionais que se colocam na discussão da emancipação política na atualidade, pois a igualdade jurídico-política é uma ferramenta importante e com grande potência civilizatória; o próprio Marx reconhece que ela representa um progresso, dentro da sociedade burguesa, mas não podemos perder de vista suas determinações na sociedade capitalista e o fetiche em torno da participação nessa sociedade.

Por sua vez, se pensarmos nas particularidades históricas da formação social brasileira, a emancipação política se torna uma etapa estratégica e necessária de ser alcançada, visto que na nossa formação social, econômica e cultural é constituída à moda “passiva” (GRAMSCI, 2013) realizada pelo alto e tende a “afastar a massa do povo dos centros de decisão” (NETTO, 2015). Nesta perspectiva, a década de 1980 traz consigo a definição por parte das elites (NETTO, 2015) de uma tática política – a transição lenta/ inacabada/ pelo alto, que traz repercussões impactantes no que tange às políticas sociais e à organização e mobilização social, que tem, como principal característica, deixar a classe trabalhadora fora dos quadros decisórios.

Diante deste cenário, a classe trabalhadora busca construir estratégias de luta através de inserção no espaço público, através da luta combativa dos sindicatos, das greves gerais. A politização da política de saúde é discutida por vários autores (FLEURY, 2009; PAIM, 2008; SCOREL, 1999) que colocam a necessidade de se romper com a racionalidade instrumental e se coloca ainda nos dias atuais como um dos maiores desafios na política de saúde mental, mas também nas demais políticas sociais. Em meio a essas práticas, ganha destaque uma outra estratégia que passa a ganhar visibilidade nos debates: a ocupação de cargos públicos.

Nesse contexto, rico de múltiplas determinações, é importante observar que uma das estratégias que o Movimento Sanitário passa a utilizar é a ocupação dos cargos públicos por sanitaristas que, 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 (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, percebe-se uma luta pela socialização da política, que implicou a luta contra a ditadura e uma dimensão propositiva da realidade social. Nesse momento, a crítica do que estava posto precisa se confrontar com o positivismo, com o funcionalismo, com o pragmatismo bastante em voga no regime militar. Esse cenário favorece a entrada de concepções críticas, em especial da concepção dialética da história, desvendando o papel classista do Estado e necessidade urgente de socialização do poder político. Na área da saúde se percebe inflexões nas ideias sobre a saúde pública no país.

Na verdade, como nos lembra Breilh (2011), nos anos 1970 e nos anos 1980, a América Latina produziu vários estudos sobre a determinação social da saúde, em que se destacam os trabalhos de Sérgio Arouca, Cristina Laurell e a dissertação de mestrado de Breilh (1976) que traz a discussão da categoria de reprodução social como elemento que define as dimensões da determinação social da vida e da saúde. As categorias marxistas: luta de classe; historicidade; trabalho e contradição passam a fazer parte do debate da Reforma Sanitária e é nesse processo de ampliação da discussão que a Reforma Psiquiátrica passa a integrar as bandeiras de lutas da Reforma Sanitária. Alimentado por essa dinâmica, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental cresce, se revigora de encontros, congressos, trocas com as experiências da reforma psiquiátrica em outros países, sobretudo, na Itália e na

Espanha, num momento em que as discussões sobre democracia e desinstitucionalização se aliam, a partir de uma racionalidade pautada na emancipação política, nesse processo, o movimento se aproxima de autores marxistas, em especial, da obra de Gramsci, dada a influência de setores do movimento de reforma sanitária brasileira, em especial do segmento da Saúde Coletiva (BREILH, 1991; 2011).

Essa aproximação se evidencia na ruptura da análise da loucura pela própria loucura, na medida em que especialmente nos anos 1980, o movimento se aproxima da militância de outros movimentos sociais, de sindicatos combativos e de partidos de esquerda anticapitalista, passando a analisar a estreita relação entre os manicômios e as demandas oriundas dos processos econômicos, políticos, e sociais da sociedade burguesa. Inicia-se uma fase de amplo questionamento do papel do Estado, exigindo a redefinição e apontando a saúde como direito social universal. Como aponta Amarante (1995), existia um claro entendimento de que a transformação da assistência psiquiátrica não seria um objetivo em si, mas estaria relacionada à busca de uma democracia plena e uma organização mais justa de sociedade (AMARANTE, 1995, p.62). O movimento criticava a privatização dos serviços de saúde, da assistência psiquiátrica e as condições de trabalho, apontando a necessidade de uma transformação maior da sociedade.

Certamente, os efeitos da recessão, a baixa na taxa média de lucro, a superprodução, a aceleração da inflação e as manifestações sanitárias reforçam as demandas pela reforma psiquiátrica e pelo redirecionamento dessa política no Brasil num período de intensa discussão política em que a cidadania passa a ser pauta das discussões mais gerais.

Ao longo de toda a década de 1980, aumentam também as denúncias sobre as condições de trabalho e tratamento nos hospitais psiquiátricos: críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, ao mesmo tempo que emergem experiências de base comunitária na assistência psiquiátrica. Na verdade, a sequência de eventos e amadurecimento teórico-político se dá às custas de duros embates. Se de um lado, sabe-se que a 8ª Conferência de Saúde (1986) contou com lideranças importantes, sanitárias que tinham absoluta proximidade com a temática da saúde mental, de outro, a batalha das ideias se fez presente durante a discussão e negociação de várias temáticas com o Ministério da Saúde. Os membros do Ministério divergiam, em muito,

dos diretores da DISAN (que tinha vinculação com o MTSM), acarretando um certo atraso da efetivação da I Conferência de Saúde Mental. Uma das estratégias da DISAN para driblar o impasse, foi estimular a realização das Conferências estaduais e encontros em vários municípios, o que proporcionou um fértil espaço de discussão entre os trabalhadores de saúde mental em vários estados brasileiros, fato que resulta na aprovação de muitas leis estaduais, antes mesmo da Lei Federal.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental cresce durante toda a década de 1980 impulsionado pelas conquistas da Reforma Sanitária, visto que, como aponta Fontes (2013):

As lutas pelo SUS (principalmente das décadas de 1970 e 1980) foram capazes não apenas de exigir uma política pública de teor igualitário, mas conseguiram agregar à definição de saúde as grandes questões sociais – expondo o quanto as dramáticas desigualdades e as condições gerais da existência são não apenas razões de adoecimento, mas integram a condição geral da saúde humana. Ocorreu um encontro peculiar e importantíssimo entre lutas populares com um movimento intelectual, capaz de mobilizar extensos setores de trabalhadores da própria saúde. O SUS é uma conquista, assim como a Seguridade Social a qual ele integra.

No ano seguinte à Oitava Conferência de Saúde, o Ministério da Saúde, após resistir o quanto pode às pressões, convoca a I Conferência da Saúde Mental, sendo realizada de 25 a 28 de junho de 1987, no Rio de Janeiro.

Construída pelo Ministério, a partir de uma pauta burocrática que não contemplava os pleitos da 8ª Conferência, 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:

Ali se exercitou uma tomada de poder pela sociedade civil. Perverteu-se o estabelecido. Todo o Programa da Conferência organizada como se fora um Congresso Psiquiátrico cai por terra para dar lugar a uma assembleia popular conduzida por uma mesa diretora escolhida pela maioria. Também foi esse o critério para escolher uma relatoria representativa das cinco regiões do país. Primeiro exercício democratizante na definição da política de saúde mental para o país, a I Conferência representa, portanto, o início do desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de se lidar

com a loucura e a prescrição da desinstitucionalização como estratégia de reversão da exclusão dos loucos da cena pública. (PITTA, 2011, p. 4584)

Assim, a nova pauta da Conferência proposta pelos trabalhadores traz para a pauta do dia uma discussão inusitada: a relação entre economia, sociedade e Estado e a relação saúde/doença mental. Trazer esse tema para abrir a Conferência marca decisivamente qual a direção que se pretende dar à discussão de saúde mental naquele momento, ou seja, posiciona a saúde mental na luta de classes:

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista. (BRASIL, 1987)

O texto apresentado, construído pelos trabalhadores, mesmo incipiente, reflete uma tendência e a necessidade de continuidade e aprofundamento daquela discussão.

O segundo tema estabelecido pelos trabalhadores da Conferência, foi a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental. Entre os princípios gerais, o documento aponta para necessidade de Reforma Psiquiátrica dentro da Reforma Sanitária, articulando com as reformas agrária e urbana. Aponta para a necessidade de se ampliar a discussão democrática de saúde para que o Sistema Único de Saúde Pública não seja instituído de maneira burocrática. Discute a necessidade de se criar uma comissão para elaboração da legislação específica para reformular a política de saúde mental. Nos princípios básicos, defende radicalmente um Sistema Único de Saúde Pública, sugerindo a estatização da indústria farmacêutica e que:

O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto não se atingir a meta de estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde[...]. (BRASIL, 1987)

Propõe-se que os recursos para o financiamento da Política de Saúde Nacional, venham da receita tributária e que não deveriam ser inferiores a 10% do PIB. O documento traz uma instigante discussão sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e a conseqüente reorganização dos serviços.

Percebemos uma preocupação com a democratização dos espaços. O documento fala na criação dos conselhos, de comissões de trabalhadores e usuários para acompanhamento dos serviços, democratização das informações e do poder das instituições. Defende a reversão da lógica hospitalocêntrica e centrada no saber médico exclusivo, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a abertura de serviços substitutivos. Em seguida, o documento traz à tona a pauta da política de recursos humanos, propõe a entrada para trabalhar na saúde só por concurso público, e abre uma discussão sobre a formação dos profissionais para saúde mental. Se coloca contrário à possibilidade de proprietários de instituições privadas ocuparem cargos públicos. Traz a discussão sobre a cidadania e a doença mental: direitos, deveres e legislação específica, apontando a necessidade de se discutir e garantir direitos civis, políticos e sociais aos usuários de saúde mental.

Por fim, o documento apresenta 7 propostas a serem contempladas pelo Ministério e legisladores, destacando-se, nelas, o reconhecimento de uma relação entre doença mental e as condições que ocorrem a vida produtiva. Todas as propostas estão relacionadas ao trabalhador adoecido, o trabalho, a luta de classes. A loucura, ou o adoecimento psíquico sai de uma discussão abstrata para um debate sobre as condições concretas, a relação entre os determinantes da saúde, as condições de trabalho e o adoecimento psíquico.

A I CNSM teve grande inspiração nos princípios da reforma sanitária concretizados na VIII Conferência Nacional de Saúde. É fruto das discussões dos trabalhadores e, constatamos com clareza, que procura dar conta das temáticas que permearam o debate na última década: o papel do Estado e a política privatizante; as condições de trabalho e o modelo assistencial brasileiro e uma discussão sobre direitos sociais, tudo pautado nas discussões que ocorreram na VIII Conferência: o conceito ampliado de saúde, as determinações sociais, as discussões sobre participação e democratização da saúde (BRASIL, 1988). É importante destacar que a discussão dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais tomou conta de várias mesas e debates, bem como a discussão sobre o internamento. O Relatório Final da I Conferência traz uma rica contribuição e serve de base para construção do Projeto de Lei 3657/89.

### **3.4 O Projeto de Lei 3.657/89 e os desafios da luta política**

A partir das discussões gestadas na Primeira Conferência de Saúde, o Movimento de Luta Antimanicomial constrói, junto com o Deputado Paulo Delgado (PT-MG), uma proposta de modificação da legislação. O Projeto de Lei 3.657/89 é apresentado ao Congresso Nacional, impulsionado também pela repercussão que assume em nível nacional a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela Secretaria de Saúde de Santos. Após constatar a veracidade de denúncias, de várias irregularidades, inclusive óbitos, a Prefeitura intervém e fecha o hospital privado, resultando na implantação de um serviço substitutivo: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos.

O Projeto de Lei 3.657/89 – fruto das discussões acima destacadas – marcava o posicionamento claro do Movimento de Luta Antimanicomial, sendo bastante claro em seu propósito: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (PROJETO DE LEI 3.657/89). Já no primeiro artigo, proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico. Apontava a necessidade da construção de um planejamento de implantação da rede substitutiva nos estados e municípios, exaltando o fim das unidades manicomiais. Apontava prazos para os processos de substituição dos leitos manicomiais por leitos em instituições substitutivas e a constituição dos Conselhos, trazendo ainda, uma orientação sobre a internação compulsória, que pela primeira vez deveria ser comunicada à autoridade judiciária em 24hs, pelo médico assistente. O projeto trazia ainda uma folha de justificativa que fazia uma reflexão sobre o hospital psiquiátrico e a liberdade.

É importante entender que o Projeto de Lei entra no Congresso em 12 setembro de 1989. O mundo, e em especial o Brasil, ainda estavam sem entender o real impacto da queda do muro de Berlim em 13 de agosto daquele ano. No Brasil, estávamos vivenciando a primeira eleição direta depois da ditadura, uma disputa entre Luís Inácio Lula da Silva (PT) e Fernando Collor de Melo (PRN), em que esse último ganha as eleições, no segundo turno.

Pois bem, é nesse cenário que o Projeto entra na Câmara dos deputados. Pereira (2004) aponta que os primeiros debates foram favoráveis, até o PTB trazer a

Federação dos Hospitais Psiquiátricos para o debate. O jogo de interesses, negociações, e a tentativa constante de manutenção do espaço do hospital psiquiátrico foram marcas de um fecundo e tenso debate que foi estabelecido na Câmara dos Deputados até o Projeto de Lei ser aprovado, em dezembro de 1990 e entrar no Senado. A tramitação no Senado é algo que precisa ser objeto de reflexão, não só porque o projeto passa mais de 10 anos para ser aprovado, mas sobretudo para entendermos a historicidade que envolve esse processo.

Enquanto o Projeto de Lei esteve na Câmara dos Deputados, alguns acontecimentos tomam destaque, como a Conferência de Caracas – preparada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) em novembro de 1990, na Venezuela com o objetivo de discutir os rumos da reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina. Como produto da Conferência, foi divulgado o documento “Declaração de Caracas” (OPAS, 1990), que aponta para a necessidade de rever o papel centralizador do hospital psiquiátrico e novos modelos de cuidado comunitário, bem como o atendimento aos direitos humanos e civis dos pacientes. A Conferência de Caracas tem um peso na aprovação na Câmara dos Deputados e a Declaração de Caracas vai ser lembrada e utilizada muitas vezes nos 10 anos de debate no Senado Nacional.

Todavia, é importante refletir sobre o real significado da Conferência, mesmo admitindo que ela se torna uma orientação para reformulação das políticas de saúde mental na América Latina. Percebemos que, no final da década de 1980 e da década de 1990, os projetos estão em disputa por hegemonia (GRAMSCI) na sociedade como um todo.

Na saúde mental, as discussões são permeadas pelo debate sobre a desinstitucionalização a partir da experiência italiana. Nesse momento, a Conferência de Caracas tem um papel significativo, ao mesmo tempo 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, o que “aparece”, para usar um termo que Marx (2013) gostava muito, como contemplação da demanda da classe trabalhadora. A questão é que a classe trabalhadora vinha de um longo período em que ficara de fora do debate e das deliberações políticas, assim, mesmo sendo um ganho parcial, foi amplamente comemorado pela maioria.

É importante entender que, tal como ocorre na Reforma Sanitária, existiam e se reiteram vários projetos em disputa, alguns que pensam as reformas (psiquiátrica e sanitária) como parte de uma mudança maior na sociedade, e outros tantos que pensam essas reformas em si mesmas. Alguns autores, como Amarante (1995) chamam atenção para a inadequação do nome reforma, pois as discussões dos anos 1980 e as propostas iniciais envolviam uma discussão mais ampla. Alguns grupos que disputavam a hegemonia, entendiam a reforma psiquiátrica como a finalidade da luta. Esse bloco, aos poucos, consegue a hegemonia da luta, caracterizando-se pela reforma possível – em que tentava conciliar os interesses dando a parecer que não existiam divergências, ou ainda que a Declaração de Caracas expressava as demandas e as lutas da classe trabalhadora nas últimas décadas. ALVES (2016), em entrevista recente, expressa as ideias que se tornaram hegemônicas: “[...] necessidade de mudar o modelo assistencial, tal como expresso na I Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, e na Declaração de Caracas, de 1990” (ALVES, 2016, p.306). A passagem em questão faz parecer que as Discussões da I Conferência estão contempladas na Declaração, o que de fato não ocorre.

Na verdade, a Declaração de Caracas transforma toda discussão da desinstitucionalização em reorganização da assistência psiquiátrica. Como vimos, a I Conferência de Saúde Mental traz uma crítica aguda à relação Estado/sociedade. Recentemente, Duarte (2016), ao discutir a luta antimanicomial a partir da fala dos militantes, trouxe um trecho de uma entrevista com Paulo Amarante, em que ele assim descreve a Declaração de Caracas:

***A declaração de Caracas entrou como um golpe no meu entendimento*** [...] e muita gente, “ah reforma psiquiátrica [...]”, eles não falam em reforma psiquiátrica, não falam em ruptura do paradigma, eles falam ***reestruturação da assistência psiquiátrica***. Então é muito mais uma ideia de humanização e etc. (DUARTE, 2016, p.57, grifos da autora)

Entendemos assim, 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 resignificadas a partir de uma razão instrumental.

É necessário problematizar essa discussão sobre o significado da Declaração de Caracas, pois a razão instrumental vai orientar a reestruturação da assistência psiquiátrica, não rompendo com o paradigma psiquiátrico, manicomial. Nem assim, o

percurso da socialização da política de saúde mental foi fácil. Na verdade, a tensão que aparece inicialmente na Câmara dos Deputados durante o processo de aprovação do projeto, passa a tomar novos contornos no Senado, em especial devido ao texto do projeto estar pautado nos valores emancipatórios. A oposição ao projeto, em grande parte feita de políticos ligados à autocracia burguesa, organiza-se para defender o hospital psiquiátrico no Senado. Abrem-se várias discussões, e diversas manobras conservadoras, procurando a preservação do hospital psiquiátrico, trazendo para a pauta uma falaciosa separação entre o liberal e o conservador na sociedade brasileira, exigindo a distinção entre hospital psiquiátrico e manicômio, negando claramente a narrativa histórica.

Sabemos que a sociedade brasileira traz uma peculiaridade histórica em mesclar inovação e conservadorismo; o hospital psiquiátrico, por sua vez tem essa marca cifrada em sua história em escala internacional. A instituição que nasce do marco moderno, da invenção, da experimentação do novo, é apropriada e reproduzida na sociedade burguesa com a chancela do conservadorismo. No Brasil, as marcas do conservadorismo e da irracionalidade da proposta emergem com as pedras fundamentais da invenção, edificações luxuosas comportam a desumanidade e a desumanização como expressões máximas da miséria da razão.

Durante os anos 1990, com a onda conservadora com verniz neoliberal, o Projeto foi alvo de inúmeras e longas discussões no senado. A cada ano que se passava, o movimento de luta antimanicomial cobrava agilidade do andamento da tramitação, mas entendia que estava diante de um outro cenário político tanto nacional, como internacional. Em nível nacional, por sua vez, a construção do padrão de proteção social, conquistado na Constituição Federal de 1988, passa a enfrentar grandes desafios para sua implementação, num cenário bastante adverso, visto que a partir de 1990, o então presidente Fernando Collor de Melo passa a implementar a chamada agenda neoliberal, enfrentando inicialmente forte resistência dos partidos de esquerda. Em 1992, Collor sofre impeachment, e o vice, Itamar Franco do PMDB assume e, em seguida, há uma nova eleição entre Luís Inácio Lula da Silva (PT) e Fernando Henrique Cardoso (PSDB) com vitória do último.

O PSDB, à moda do que passa a acontecer nos demais países, após a queda do muro de Berlim, a socialdemocracia passa a ser capturada pela direita neoliberal e deixa o marxismo de lado, como falam alguns marxistas, enterram Marx na derrubada

do muro de Berlim. A discussão sobre esquerda reformista e esquerda revolucionária, que envolveu especialmente a Europa entre os anos 1950 e 1980 perde o norteador. Muitos analistas (BORON, 2006; HARVEY, 2013) apontam o neoliberalismo como uma estratégia política da classe burguesa de se atingir e coibir o processo de democratização da política em curso. Essa discussão é de fundamental importância para entendermos o rumo do Movimento de Reforma Psiquiátrica e em especial a direção que a política toma. O rumo que as discussões tomam no Congresso passam a exigir, além de uma árdua defesa dos seus princípios, uma grande disponibilidade para negociação.

Durante os anos 1990, o deputado Paulo Delgado, representantes do Movimento de Luta Antimanicomial e da Federação Brasileira de Hospitais foram chamados para debater pontos do projeto, em especial, o fim dos hospitais (inaceitável, por grande parte do Senado), a periculosidade dos doentes mentais (tese defendida por grande parte do Senado) e a participação do ministério Público nos processos de desinstitucionalização. Depois de muitas e calorosas discussões, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e o Deputado Paulo Delgado são chamados ao Senado em 1998 para uma difícil tarefa – participar de uma nova redação do Projeto, pois, da forma que estava, o projeto não seria aprovado.

Essa dinâmica chama atenção para as significativas mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade no Brasil, num período de ajustamento a uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se às exigências do capitalismo mundial. Além da queda do muro de Berlim, em novembro de 1989, ocorre o Consenso de Washington, apontando para uma nova correlação de forças adaptada às exigências do cenário internacional para a América Latina, combinada a uma resposta da burguesia local ao subversivismo das classes subalternas (COUTINHO, 2008).

Os anos 1990 transcorrem de um lado, marcados por uma onda expansiva do capital, caracterizada pelos processos de liberalização, privatização e mundialização do capital e, por outro, por um turbulento epílogo na luta de classes concretizada na desregulamentação e desmantelamento dos direitos sociais e decorrente aumento da instabilidade no trabalho e do desemprego. A mundialização do capital (CHESNAIS, 1996) traz muitas mudanças no processo de trabalho e organização da classe trabalhadora, em que se percebe um arrefecimento dos movimentos sociais ligados à questão do trabalho ou ainda, uma revisão em suas pautas de lutas que passam a se

adequar ao novo cenário de diminuição do papel do Estado a partir dos princípios do ideário neoliberal. Há uma rica discussão sobre o neoliberalismo mas, sem dúvida, o seu grande triunfo se deu no campo ideológico, com um profundo ataque à concepção de direitos.

Os anos 1990 marcam anos difíceis na organização da classe trabalhadora brasileira, que estava a experimentar um expressivo embate no alargamento dos direitos nos anos 1980. Mostram, sobretudo, uma nova correlação de forças na relação capital X trabalho, em especial, nas relações sociais de produção em nível mundial, que passam a se expressar nos novos arranjos políticos nacionais. Na área da saúde, em particular na Saúde Mental, esse momento se caracteriza por uma demarcação de resistência na luta de classes pela defesa dos direitos constitucionais conquistados e a efetivação deles através de uma legislação específica que tivesse ressonância com a Lei Orgânica da Saúde, no processo de conquista de hegemonia.

Diante do complexo cenário, enquanto o projeto de Lei tramitava no Senado, são construídas estratégias de luta em nível local, nos estados e municípios, de acordo com a correlação de forças locais. Nesse contexto, percebemos processos específicos, de acordo as lutas locais. Destaca-se também a aprovação da Portaria 189/91 que determina a remuneração (NAPS/CAPS) pelos serviços e da Portaria 224/92, que trata das normas de atendimento. Outra estratégia adotada pelos trabalhadores foi potencializar as discussões em nível local a partir das lutas pela aprovação das Leis Estaduais e Municipais, numa tentativa de mostrar força, mas também de mostrar a reforma como um processo irreversível. Assim, foram criadas as Legislações Estaduais no Rio Grande do Sul (Lei 9.716, de 1991), Ceará (Lei 12.151, de 1992), Pernambuco (11.064, de 1993), Rio Grande do Norte (Lei 6.578 de 1995), Minas Gerais, (Lei 11.802 de 1995), entre outros. Buscavam, assim, andar com a reforma mesmo em condições adversas, e a negociação resultou na constituição de novos serviços substitutivos.

A implantação de serviços substitutivos a partir do final da década de 1980 possibilitou o desenvolvimento de uma nova prática, de novas relações sociais, de novos processos, de novas possibilidades, mas também da visibilidade dos limites da proposta. Tal prática deveria, portanto, proporcionar a ampliação dos serviços de saúde, dos serviços sociais e das relações sociais, objetivando transformar o imaginário social a respeito da “*loucura*”, até então permeado pelas imagens de

periculosidade, irracionalidade, que inviabilizariam o contato social, pela luta por outra forma de trabalho e cuidado com a saúde mental dando início a uma profunda discussão sobre as possibilidades da reabilitação psicossocial (SARACENO, 1999).

É importante ressaltar que o Projeto de Lei teve que retornar à Câmara (pois se tratava, completamente, de outro texto). O texto final passa a discutir os direitos dos portadores de transtorno mental. Dá-se início a uma nova jornada na Câmara dos Deputados que, inicialmente, rejeita a proposta alegando que as legislações estaduais que foram aprovadas enquanto o projeto de lei tramitava no Senado (e, que se pautaram nele) eram muitos mais avançados que a Lei Federal. Por fim, a Lei 10.216 é aprovada e expressa um complexo processo de luta e negociações que não se esgotam em suas linhas.

### 3.5 A Reforma avança: o aparato legal

A Lei 10.216 é aprovada em 06/04/2001, isto dignifica que o Projeto de Lei passou 12 anos tramitando no Congresso e Senado até ser aprovado, mas discutiremos essa questão mais adiante. A Lei é considerada o marco da mudança do modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Deixa explícitos seus princípios, diretrizes e direcionamento das ações; determina, ainda, que o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas acometidas de transtornos mentais são de responsabilidade do Estado, e que essas ações e essa assistência serão desenvolvidas em serviço de saúde mental e com a participação da família e da sociedade (BRASIL, 2001).

No que tange aos direitos dos portadores de transtorno mental, o Artigo 1º da Lei 10.216 garante que esses direitos deverão ser assegurados

[...] sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001)

A Lei passa a ser festejada, mesmo o duro embate no Senado, visto que uma das principais reivindicações da luta antimanicomial são incorporadas à Política de Saúde Mental: os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como aponta o Artigo 1º da Lei 10.216 (BRASIL, 2001). Os direitos, que para a maioria das pessoas fazem parte de seu cotidiano desde a Revolução Francesa, foram negados, historicamente às pessoas com diagnóstico de transtorno mental, somente garantidos em lei, a partir de 2001.

Por sua vez, a Lei assegura que o usuário tenha acesso ao “melhor tratamento” e que este, esteja “de acordo com as necessidades desse usuário”. Como tratamos anteriormente, a Lei é fruto de muita negociação e revisão de seu texto, e nela o tratamento em hospitais psiquiátricos é admitido, desde que esse hospital não tenha características asilares. Explicita que o tratamento deve ocorrer prioritariamente em instituições comunitárias. Mas o texto não se contrapõe politicamente ao hospital. O enfrentamento inicial é substituído por uma discussão sobre os direitos sociais, sobre os direitos dos usuários, em especial sobre os direitos humanos. A Lei estabelece,

então, que os usuários sejam tratados com humanidade e respeito, com garantia de proteção para qualquer forma de abuso ou exploração e ainda, institui que o tratamento deve ter como objetivo alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A política trata da garantia de direitos aos portadores de transtorno mental e, como tal, se propõe à efetivação desses direitos. Para tanto, ela passa a ser operacionalizada de acordo com o modelo de gestão, de organização da política que é pensado a partir dos princípios dos SUS – Sistema Único de Saúde: universalidade, acessibilidade, controle social, participação social, integralidade, entre outros, seguindo as diretrizes da descentralização político-administrativa.

A Lei contempla nos direitos, a mudança do modelo assistencial, na medida em que destaca o direito da pessoa com transtorno mental ser tratada em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis e “preferencialmente”<sup>19</sup> em serviços comunitários de saúde mental. Em meio às reivindicações e negociações com os movimentos sociais.

Buscando regular esse processo, em especial a partir dos Governo Lula, o Ministério da Saúde criou um arcabouço normativo<sup>20</sup> buscando respaldar a expansão da rede comunitária e o controle dos hospitais psiquiátricos, a partir de novos dispositivos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos. Nesse conjunto, destaca-se a criação dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial<sup>21</sup> (Portaria 336/02; Portaria 130/12) com a função de prestar atendimento psicossocial, evitando a internação em instituições manicomiais e procurando promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de intervenções interssetoriais, além de dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica. Os CAPS são criados

---

<sup>19</sup> Enquanto o projeto de Lei nº 3.657/89 (Paulo Delgado) tratava do fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, a Lei 10.216, para ser aprovada, passou por um ciclo de negociações que resultou na supressão e revisão de seus artigos e princípios, prevalecendo o texto que possibilita a existência dos hospitais psiquiátricos.

<sup>20</sup> Entre 2001 e 2014 foram publicadas várias portarias, criando e regulamentando programas para respaldar a política de saúde mental. Entre os programas criados destacam-se: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (Portaria 52/2004), e a proposta de implantação das Residências Terapêuticas através das Portarias 106, 3.090 e 1.220 do Ministério da Saúde.

<sup>21</sup> Para mais informações sobre CAPS ver as portarias: 336 /02; 189 /02; a Portaria 3.088 /11 e 130 /12.

de acordo com o público a ser atendido, abrangência territorial e capacidade de atendimento. No gráfico a seguir, procuramos traçar suas principais particularidades

**Quadro 01 – CAPS – Principais características** (Continua...)

Modalidade CAPS	Capacidade Operacional/	Características	Funcionamento/	Atividades
CAPS I	Municípios com população acima de 20.000 habitantes; (Portaria 3088/11) 20pac/turno 30/dia(Portaria 336/02)	GERAIS: Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território; Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; (Portaria 3088/11) Funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana; (Portaria 336/02)	GERAIS Atendimento individual; Atendimento em grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias (relação: paciente/comunidade/família); (Portaria 336/02)
CAPS II	Destinados a Municípios com população acima de 70.000 (Portaria 3088/11)	Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território; Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 (24/08/1999) e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 (22/08/2001) dentro de sua área assistencial;	Funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21:00 horas (Portaria 336/02)	

**Quadro 01 – CAPS – principais características**

(Continuação...)

Modalidade CAPS	Capacidade Operacional/	Características	Funcionamento/	Atividades
CAPS III	Municípios com população acima de 200.000 habitantes	GERAIS + Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; (Portaria 3088/11); A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. (Portaria 336/02)	GERAIS + Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

**Quadro 01 – CAPS – principais características**

(Continuação...)

Modalidade CAPS	Capacidade Operacional/	Características	Funcionamento/	Atividades
CAPS i	Referência para uma população a partir de 150.000 habitantes	GERAIS (tendo o cuidado de olhar a especificidade dos cuidados em saúde mental das crianças e adolescentes) + 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), de acordo com a determinação do gestor local;	Constituir-se em serviço que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria 3088/11)  Funcionar de 8, p.00 às 18, p.00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21, p.00 horas. (Portaria 336/02)	GERAIS + Articulação com Escola; Desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
CAPS AD	Municípios com população superior a 70.000	GERAIS + Sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Portaria 3088/11) ;Funcionar de 8, p.00 às 18, p.00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno, até às 21, p.00 horas; (Portaria 336/11)	GERAIS + Atendimento de desintoxicação

Quadro 01 – CAPS – principais características

(Continuação)

Modalidade CAPS	Capacidade Operacional/	Características	Funcionamento/	Atividades
CAPS AD III	Será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes	<p>Constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente, que deve também indicar o Hospital Geral de referência para o CAPS III regional, garantindo-se apoio qualificado aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas.</p> <p>Constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas;</p> <p>Referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.);</p> <p>Ter Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;</p> <p>Promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;</p>	<p>Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. (Portaria 3088/11)</p> <p>Funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.</p> <p>Disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agenda prévia e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas;</p> <p>O recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para abrigo noturno ocorrerá com prévio contato com a equipe do CAPS ADIII;</p> <p>Regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência:</p>	<p>Ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III;</p> <p>Promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos;</p> <p>Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, trabalhar de portas abertas, com plantões diários garantindo acesso e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média;</p> <p>Atendimento individual de medicação assistida e dispensada;</p> <p>Atendimento em grupos</p> <p>Atividades de suporte social, dentre outras;</p> <p>Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio;</p> <p>Visitas e atendimentos domiciliares;</p> <p>Atendimento à família, individual e em grupo;</p>

**Quadro 01 – CAPS – principais características**

(Conclusão)

Modalidade CAPS	Capacidade Operacional/	Características	Funcionamento/	Atividades
CAPS AD III	Será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes	Organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos; Estabelecer profissionais de referência para cada usuário; Orientar-se pelos princípios da Redução de Danos; Responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; Compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção; (Portaria 130/12)	acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, etc.), dentre outras; Articulação com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), participando do resgate com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e Articula-se com a Rede do (SUAS) da Região	Atividades de reabilitação psicossocial Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, com atividades participativas e de controle social; A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. (Portaria 130/12)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os CAPS I, II, III, i, Ad são referenciados a partir da Portaria 336/02 e a Portaria 3088/11, traz modificações em alguns pontos, evidenciando a problemática de álcool e outras drogas no Brasil e alteração no que se refere à indicação de cobertura território/habitantes; já os CAPS AD III têm suas particularidades pautadas na Portaria 130/12. Uma década separou as duas portarias. Quando a primeira portaria foi publicada, existiam poucas experiências em serviços substitutivos. A Portaria 336/02 é um marco regulador dos serviços, procura nortear a abertura, mas as discussões sobre funcionamento e atividades a serem desenvolvidas são apenas orientações preliminares, pois pouco se tinha produzido até então. Todavia, a Portaria 130/12 é fruto de dois processos contraditórios. Um se deve à pressão de setores da sociedade na discussão de álcool e outras drogas e a resposta do Estado a essa questão. A

outra se refere ao acúmulo dos movimentos, dos profissionais dos serviços. O detalhamento da portaria, em especial, no que tange ao funcionamento e às atividades refere-se a essa questão.

A Portaria 3088 /11 vai explicitar a diversidade de demandas do CAPS I, que vai atender desde “[...] pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias” (Portaria 3088/11).

No caso dos CAPs II, as mudanças trazidas pela Portaria 3088/11 vão apontar a complexa dinâmica que envolve a discussão de álcool e outras drogas, em que o CRACK passa a ocupar um lugar privilegiado, assim passa a atender “[...] pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local” (Portaria 3088/11).

Quanto aos CAPS III, a Portaria 3088 também acrescenta a discussão de álcool e outras drogas: “[...] ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes” (Portaria, 3088/11)

No Caso dos CAPS i, inicialmente a Portaria 336/02 apontava que eles deveriam ser referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes e a Portaria 3088 altera essa referência, retirando a imprecisão e diminuindo quantitativo e referenciando para um número menor de pessoas, nesses termos, os CAPS i são indicados para municípios ou regiões com população acima de 150 mil (cento e cinquenta mil) habitantes. Mas as mudanças mais significativas estão relacionadas ao atendimento às crianças e adolescentes, enquanto a Portaria 336/02 se resumia a descrever o CAPS como um serviço para “[...] atendimento ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais”, a Portaria 3088/11 reflete a complexidade que a questão de álcool e outras drogas toma no atual cenário, apontando que “[...] atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”, desdobra-se na atualidade, em especial no nordeste brasileiro, também no desafio de acolher a demanda das crianças com microcefalia. Todavia, muitas questões precisam entrar na pauta de discussões no âmbito do atendimento das crianças e adolescentes. Profissionais têm apontado as dificuldades de atender a crianças e adolescentes no

mesmo espaço, já que existem muitas experiências em curso separando os CAPS por faixa etária. Discutem, também, o atendimento às questões de álcool e outras drogas. Por sua vez, os CAPS i tem esbarrado num problema que é velho conhecido – a rede – o trabalho com crianças e adolescentes demanda uma ampliação do leque dos serviços e, sobretudo, da articulação dos existentes.

A portaria 3088 também traz alterações quanto ao CAPS AD, na medida em que amplia seu âmbito de ação para o atendimento de “[...] adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

Cria-se uma discussão a partir da 3088, o que ainda não está claro e, terminava em negativa do direito, pois tanto os CAPS AD como os CAPS i, entendiam que não contemplavam o atendimento de crianças e adolescentes com uso de álcool e outras drogas. Agora, com a Portaria 3088/11, os dois serviços recebem, cabendo ao município criar os critérios. Na prática, essa é uma discussão inacabada, pois nos parece que muitas vezes, a Portaria 3088/11 tenta resolver discussões complexas com propostas simplistas. Não é normatizando ações, nem impondo que os dois 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. É imprescindível ultrapassar as propostas culpabilizantes e proibicionistas que ainda são hegemônicas na área e se avançar numa abordagem histórica da discussão sobre os marcos da sociedade burguesa.

No caso da Portaria do AD III, como ela é posterior à RAPS, detalha muitas discussões. Mas a RAPS ainda define a oferta: “[...] atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos” (BRASIL, 2011).

Algumas questões no âmbito do funcionamento, as portarias não conseguem resolver, como o prazo de um usuário permanecer no pernoite num CAPS III ou num CAPS ADIII. O estabelecimento de máximo de dias não tem sido seguido pela grande maioria dos CAPS, visto que o critério clínico tem prevalecido. Muitas equipes apontam que o estabelecimento do prazo é absolutamente burocrático, instrumental, sem base em nenhuma discussão clínica ou psicossocial. Percebemos, assim, que as equipes têm mostrado uma certa subversão ao modelo legalmente estabelecido, o que gera uma nova discussão sobre o velho modelo. A não observância do

quantitativo de tempo que um sujeito está fazendo uso do pernoite do serviço, ao mesmo tempo que aponta uma certa flexibilidade dos gestores, esconde uma questão complexa, a opção da flexibilidade, sem a devida problematização teórico-prática termina por abrir brechas para a reprodução de um modelo manicomial, visto que se percebe que os pernoites de alguns usuários nos CAPS chegam a ultrapassar meses. Estudos têm apontado que boa parte dos casos que demandam grandes períodos de pernoite tem relação com questões sociais (tais como o desemprego, a precarização e intensificação do trabalho e a tendência ao rebaixamento do valor pago à força de trabalho e, ainda, questões como o aumento da violência urbana, e, dificuldades com a moradia). Soma-se essas questões às dificuldades no acesso à política pública e o que se percebe é que esses problemas passam a ser canalizados para a questão da família na contemporaneidade, sob a perspectiva pós-moderna.

Além dessas portarias, várias outras foram publicadas, buscando dar concretude à política de saúde mental. As portarias parecem enunciar o que a Lei não conseguiu fazer, a extinção do manicômio, mas de forma ainda muito tímida. É no arcabouço legal das portarias que se assenta a mudança da política, através de um emaranhado de normas que, ao mesmo tempo expressam avanços, também dão o traço instrumental da política. A mistura entre a Reforma Psiquiátrica e a Política de saúde mental 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.

## **4 A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE – TENDÊNCIAS E TRAÇOS DE SUA RACIONALIDADE**

A crise atual e dinâmica societária nos colocam a refletir sobre o processo hegemônico que vem sendo implementado pelos setores dominantes (OLIVEIRA, 2010). E, lembremos que em Gramsci, hegemonia inclui coerção e consenso (GRAMSCI, 2013). Nos momentos de crise, a burguesia tende a intensificar medidas de coerção e consenso em busca da manutenção do bloco histórico capitalista (GRAMSCI, 2014). Nesse processo, a Reforma Psiquiátrica, como várias outras bandeiras de luta da classe trabalhadora, vem sendo apropriada pelo pensamento burguês contemporâneo, assim, temas e conceitos passam a ganhar novos significados. Esse processo de apropriação é bastante complexo e se dá a partir das contradições, do dinamismo, dos conflitos, mas também das estratégias de legitimação de uma racionalidade que contribui para a hegemonia do capital.

Diante do atual contexto de crise em que se movem as relações capitalistas, e da ofensiva ideopolítica em curso, procuramos oferecer neste capítulo nossa perspectiva de análise sobre a política de saúde mental que vem sendo implementada pelo Estado brasileiro na contemporaneidade, visto que, desde a abertura do CAPS Luiz Cerqueira, conhecido como CAPS de Itapeva (em referência a sua localização) em 1987, até o presente momento, constatamos mudanças na política de saúde mental que tem despertado um fecundo debate sobre os rumos das transformações.

### **4.1 A racionalidade burguesa na saúde mental: a instrumentalização do direito**

A gestão da política de Saúde Mental é realizada pelo Ministério da Saúde através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma descentralizada, entre estados e municípios. Na verdade, a própria Coordenação admite que precisa discutir melhor as funções dos estados na execução da política, visto que não existe ainda proposta de contrapartida estadual. Os recursos chegam através do fundo municipal de saúde aos municípios.

Na verdade, a situação é mais complexa, visto que se trata de uma política que muda a assistência prestada, até então, pelo Estado e que acontecia,

predominantemente, através da iniciativa privada. Visto que, como apontamos anteriormente, entre as décadas de 1960 e 1980 ocorreu um crescimento significativo dos hospitais psiquiátricos no Brasil, em que, no início dos anos 1980, existiam 430 hospitais psiquiátricos no país, sendo que 83,0 % privados, seguindo o processo de modernização conservadora no país, ao ritmo que caminhava a industrialização, também acontecia o processo de institucionalização da loucura nos manicômios, nos moldes do modelo desigual e combinado, ao mesmo tempo que o hospital estabelecia/consolidava um lugar para os “não produtivos”, na verdade, os insere no mercado de uma outra forma, visto que o estado vai pagar aos hospitais por pessoa internada. A internação de longa permanência nos hospitais psiquiátricos passa virar meta no negócio da loucura, os meios são transfigurados em fins. Por sua vez, o hospital passa a atender, ao mesmo tempo, à demanda de liberar os cuidadores/familiares para o mercado de trabalho em expansão. O modelo hospitalocêntrico instalado mesclava inovação e conservadorismo, o internamento era uma demanda real, em uma dada conjuntura, a concretização desse modelo se deu a partir da indefinição do tempo que acompanhava a angústia da indefinição da cura, do tratamento e do papel da família e da sociedade, as visitas passam a ficar escassas, facilitando a liberalização do cuidador para o mercado de trabalho crescente.

A mudança da política implica a criação de novos serviços, na medida que, grande parte dos hospitais que ofereciam a assistência psiquiátrica eram privados. Assim, estamos falando da montagem de uma política. Especialmente, a partir de 2001 percebe-se a construção de dispositivos públicos de assistência à saúde na área da saúde mental. Deste modo, não se trata de qualificar, ou melhorar, mas da abertura de serviços, inclusive, em áreas que não tinham nenhum serviço de saúde mental anteriormente e demandaram grande investimento para sua implantação. Em 2011, com a publicação da Portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, percebemos uma tentativa de sistematizar a ampliação e organização dos dispositivos da rede constituídos até então. É importante destacar que os dispositivos já existiam, e que a portaria, na verdade, tenta articular a ação deles. Todavia, entendemos que a articulação de uma rede de cuidados é um processo vivo e muito mais complexo. De acordo com o Artigo 5º da Portaria a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguinte componentes:

- I – Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade Básica de Saúde:
    1. Equipes de Atenção Básica;
    2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 2.1. Equipe de Consultório na Rua; 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
  - b) Centros de Convivência e Cultura;
- II – Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III – Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
  - b) Sala de Estabilização;
  - c) UPA 24 horas;
  - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
  - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade de Acolhimento;
  - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Leitos de psiquiatria em hospital geral
  - b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial
- a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (BRASIL, PORTARIA 3.088/13).

Inicialmente, 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, procura dar algumas respostas aos questionamentos levantados.

Quanto ao primeiro componente apontado pela portaria – o da atenção básica em saúde – percebemos algumas ambiguidades e um texto um tanto confuso. A atenção básica de acordo com o artigo 5º é formada pelos seguintes pontos de atendimento: a) unidade básica de saúde – esse ponto de atendimento se desdobra em equipes de atenção básica e equipes de atenção básica a populações específicas, como as equipes de consultório de rua e as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. O NASF também compõe a unidade básica de saúde, de acordo com artigo 5º. O segundo ponto de atenção básica é centro de convivência, um dispositivo que, do ponto de vista concreto, avançou pouco no municípios e metrópoles brasileiro.

Todavia, é importante ressaltar que, na primeira publicação da portaria, o artigo 5º não fazia menção ao NASF, mas na republicação da portaria em 2013, o artigo 5º traz o NASF como um dos serviços da unidade básica de saúde. No detalhamento dos componentes, que ocorre a partir do artigo 6º, observamos que tanto em 2011 como em 2013, o artigo 6º trata do NASF num parágrafo à parte, em que a portaria aponta a definição do NASF. Entretanto, não avança na criação de estratégias quanto à articulação entre o NASF e a saúde mental. Assim, a republicação em 2013, altera o artigo 5º, contudo, não altera o artigo 6º, deixando o texto sobre a Atenção Básica confuso e ambíguo.

De acordo com o último Relatório produzido CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2016) – Relatório de Gestão 2011-2015, o componente da Atenção Básica é composto pelos seguintes pontos de atenção, a saber: I - Unidade Básica de Saúde - UBS; II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas e III - Centro de Convivência.

É importante destacar que a Portaria define inicialmente a Unidade Básica de Saúde dentro dos parâmetros e diretrizes do SUS, defendendo promoção e proteção da saúde dentro de um conceito ampliado – com ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, apontando os determinantes e condicionantes. Porém, pouco avança na discussão e proposição das estratégias e mediações necessárias para que isso venha a ocorrer. As lacunas na discussão do NASF, por exemplo, apontam que a discussão sobre a saúde mental na Atenção Básica ainda é um grande desafio na política de saúde mental, mesmo sabendo de experiências em que essa articulação vem sendo construída de forma consistente, como em Sobral (CE), Recife(PE), Aracaju(SE) por exemplo, muito ainda se precisa discutir para pensar na articulação como uma estratégia mais ampla.

Destacamos, por sua vez, que os dados existentes mostram que o Brasil tem 5.570 municípios, sendo que 60,0% deles têm menos de 15.000 habitantes, onde residem 12,0% da população brasileira. Quanto à distribuição dos equipamentos de saúde, NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e Equipe de Saúde da família, identificamos que, das 39.228 equipes de saúde da família implantadas no Brasil até 2015, 22,0% haviam sido implantadas em pequenos municípios. Quanto ao NASF, das 3.898 implantadas desde a publicação da portaria 154/08, com o objetivo de apoiar as equipes de Saúde da Família, 1.671 encontram-se em municípios com

menos de 15.000 habitantes, fato que ainda merece estudos mais aprofundados, mas que já revela os desafios da política de saúde mental que aponta os NASF como estratégicos para o avanço da política de saúde mental na atenção básica, mas ainda precisa de uma discussão mais complexa de como operacionalizar isso.

Além de observarmos uma concentração deles em municípios menores, com menos de 15.000 habitantes, visto que 43,0% das equipes NASF estão cobrindo 12,0% da população (Tabela 1), existem outras questões de grande complexidade, visto que os NASF não foram constituídos para apoiar as equipes de Saúde da Família apenas em saúde mental, na verdade, cada município elege suas estratégias e define a constituição e diretriz das equipes NASF. Na prática, são muitos questionamentos sobre a atuação dos NASF (NASCIMENTO ; OLIVEIRA, 2010; LANCMAN ; BARROS. 2011), desde a abrangência e escopo, mesmo quando seguimos a CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas que indica uma interiorização da política, do ponto de vista, da representação da população ainda não tem grande impacto. A grande maioria da população brasileira hoje reside em cidades, existe uma tendência confirmada pelos dados do IBGE, que a maior parte da população está nas metrópoles, por sua vez, como já apontamos, foi nessas metrópoles que se instalaram os hospitais psiquiátricos, essas metrópoles têm tradição de cuidado manicomial, que está diretamente relacionado ao modelo de desenvolvimento adotado. Os dados, na verdade, não mostram a priorização dos pequenos municípios, mas apontam, sobretudo, a dificuldade de se reverter o modelo manicomial nas grandes capitais brasileiras. A Reforma tem acontecido, sobretudo, onde não existia nada.

**Tabela 01 – Brasil – Equipes NASF e Equipes de saúde da Família implantadas**

	Número de municípios	População	Número de equipes de saúde da família implantadas	Número de equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil
Brasil	5.570	193.973.530	3.898	39.228
Municípios menores – com até 15.000 hab.	3.375	23.478.055	1.671	8.712

Fonte: Brasil, 2015

Em 2013, o Ministério da Saúde, através da parceria do Departamento de Atenção Básica (DBA) e CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas elaborou o Caderno de Atenção Básica nº 34 – saúde mental que tem

como objetivo estimular e compartilhar o conhecimento sobre saúde mental na Atenção Básica, ampliando a capacitação dos profissionais da atenção básica através da elaboração de ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas para o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013a). O CAD 34 procura incorporar os conceitos da Atenção Básica, Saúde Mental, política de humanização. Todavia, o material é bem diverso e apresenta pouca discussão, devido à baixa divulgação. Os serviços CAPS praticamente o desconhecem, pois, o material ainda não foi impresso para esses serviços.

O Relatório 2011-2015 (BRASIL, 2016) destaca na unidade Básica UBS – o NASF e nas Equipes Básicas, os consultórios na rua são apontados como exitosos.

Quanto ao dispositivo “Consultório na Rua”, observamos que, atualmente, existem 111 equipes funcionando em todo território nacional, sendo que a grande maioria (55%), na região sudeste. Nos grandes centros urbanos, temos vivenciado inúmeras dificuldades em implantar ou trabalhar com a atenção básica, seja através das equipes NASF, dos Consultórios na Rua ou do Matriciamento das equipes dos CAPS às equipes de saúde da família.

O Relatório ressalta que as Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório – que teriam especial importância para facilitar e garantir a integração das Comunidades Terapêuticas na RAPS não foram implementadas visto que não houve dispositivos implementados pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivo financeiro para Comunidades Terapêuticas na RAPS.

Quanto aos Centros de Convivência, a reedição da Portaria aponta que eles serão objeto de lei específica, mas, por enquanto, o que tem figurado é que ficam a cargo dos municípios, e como não existe um incentivo financeiro específico, verificam-se, ainda, poucas iniciativas.

Na verdade, a discussão sobre a saúde mental na atenção básica vem sendo construída pelos trabalhadores, em várias experiências singulares desde a inauguração do primeiro CAPS. De fato, desde então, muita coisa se construiu. Campinas (SP), Sobral (CE), Belo Horizonte (MG), Recife (PE) Camaragibe (PE), Santos (SP), e vários outros exemplos de inventar uma rede onde nada se tinha, tendo os trabalhadores como sujeitos de um processo de luta para ampliar os padrões de proteção social estabelecidos no campo da loucura.

Quanto à atenção psicossocial estratégica, ou o eixo CAPS iremos discutir mais detalhadamente no item 3.3.1 desta tese. Mas podemos apontar que, a partir da RAPS percebe-se uma tentativa de colocar os CAPS abertos a atender às questões no âmbito de álcool e outras drogas, especialmente, o crack. É uma resposta formal da política aos questionamentos e à dimensão que a questão das drogas toma durante as eleições em 2010, em que é divulgado o aumento do consumo de drogas no país, em especial, do crack. Observamos que a articulação com os setores conservadores passa a pautar a política, tendo como resultado desse cenário que as Comunidades Terapêuticas passam a fazer parte como dispositivos da RAPS. Diante da reação dos trabalhadores da área da Saúde Mental, expressa, através do Movimento, mas também dos Fóruns de trabalhadores que chega ao ápice no Encontro da RAPS em 2013, algumas respostas são construídas pelos gestores ligados à reforma psiquiátrica procurando dificultar de fato o financiamento público a essas entidades.

Na prática, as comunidades terapêuticas entraram como componentes da política, mas os critérios que são construídos pela equipe técnica da coordenação, apoiada nas diretrizes da reforma, dificulta, mas não impede, como veremos adiante, que elas recebam dinheiro público, o que tem gerado vários e acalorados debates, no senado, na Câmara dos Deputados e na imprensa local (GLOBO, 2013; PELLEGRINI, 2015; CHAVES, 2016)

A portaria 130/12 procura ampliar o escopo de ação da política na área de álcool e outras drogas, visto que os maiores questionamentos, críticas e fragilidades têm sido enfrentados pelos CAPS AD. Essa ampliação será apoiada pelas portarias 3089/11 e 1966/13, que estabelecem o financiamentos do CAPS AD III, e o coloca como o dispositivo que dispõe da maior quantidade de recursos em toda a rede de Atenção Psicossocial. A instituição de um serviço 24hs e os recursos financeiros diferenciados foram passos importantes para garantir o atendimento à saúde. Todavia, não basta que a portaria 130/13 trate do atendimento, de diversas formas e aponte que os trabalhadores precisam executar, os CAPS AD's ainda não conseguem dar conta de suas demandas territoriais, e mais, há que se considerar que a discussão das drogas tem sido palco de muitas disputas teóricas, não muito claras, visto que a discussão está atravancada pelo conservadorismo e pelas respostas de cunho moral. Muito se precisa avançar na discussão, no aprofundamento teórico, procurando entender o significado das drogas na vida humana, mas, sobretudo, nesse modo de

produção. As discussões sobre criminalização, liberalização, legalização e tráfico não podem ser travadas a partir, apenas, de componentes morais, subjetivos e individuais, mas devem ser discutidos a partir de sua relação dialética com a sociedade burguesa na contemporaneidade.

Quanto ao eixo de urgência e emergência, a Coordenação indica o SAMU, as UPAS, e as urgências em Hospitais gerais. No Encontro da RAPS, em Curitiba, em 2013, os profissionais e usuários apontaram a fragilidade da articulação desses dispositivos. É imprescindível repensar os fluxos e o funcionamento dos dispositivos, ademais, ainda existem cidades que não seguem a orientação e continuam insistindo em manter o serviço de urgência e emergência em hospitais psiquiátricos, como a cidade do Recife que apesar de ter uma população de quase dois milhões de habitantes (IBGE, 2015) só tem uma urgência psiquiátrica localizada no hospital psiquiátrico Ulisses Pernambucano, do governo do estado de Pernambuco. Pesquisas têm apontado a importância do investimento em serviços de urgência psiquiátrica (BARROS, TUNG, MARIS, 2010), visto que a existência de serviços de urgência e emergência têm ajudado a organizar a rede e organizar o fluxo.

Outro Eixo é o da atenção residência transitória, um dispositivo construído em função da política de álcool e outras drogas, a partir da experiência dos albergues terapêuticos e /ou casas do meio do caminho, buscando acolher situações limites de casos de álcool e outras drogas, que envolvem uma grande vulnerabilidade social. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), existem 34 casas espalhadas pelo país, o impacto desses serviços ainda é analisado pela sua ausência, visto que poucas cidades podem contar com esse dispositivo.

No caso do eixo de atenção hospitalar, percebemos que além da enfermagem especializada em hospital geral, existe uma referência a: serviço hospitalar de referência, que em outro material (PORTARIA 148/2012) se orienta que seja um hospital geral, mas na legislação, verificamos que se abria espaço, visivelmente, para que os hospitais psiquiátricos compoñham a RAPS. Na republicação, em 2013, logo no início, tentou-se consertar a questão aberta em 2011 “Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral” (RAPS, 2013).

Todavia, os parágrafos posteriores tornam o texto ambíguo e abrem leituras diversas, tais como: “§ 1º A regulação do acesso aos leitos de que tratam os incisos I e II desse artigo deverá ser definida pelo gestor local segundo critérios de necessidade clínica e de gestão” (RAPS,2013). Assim, fica a cargo do gestor definir o serviço hospitalar de referência e o “§ 2º As internações de que tratam os serviços dos incisos I e II desse parágrafo deverão seguir as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001(RAPS, 2013)”. Esse retoma a Lei 10216, que abre a possibilidade da internação em hospital psiquiátrico. O que vem acontecendo em várias cidades brasileiras como Recife, capital pernambucana, em que a Urgência psiquiátrica ainda é feita no mesmo endereço de um hospital psiquiátrico. Entendemos que deixar que as urgências permaneçam acontecendo em hospitais psiquiátricos ou em seus anexos, funciona como um mecanismo ideológico e concreto de desmonte da reforma psiquiátrica. Passa-se a ideia de que só o hospital psiquiátrico dá conta da crise, pois é lá que ela é acolhida. As dificuldades de implantar enfermagem especializada em saúde mental em hospital geral passam a garantir o direito de acesso à saúde universal aos usuários de saúde mental, visto que eles passaram anos à margem desses direitos.

O sexto eixo é o da desinstitucionalização, que tem 610 Serviços Residenciais Terapêuticos funcionando, contudo, apenas 289 habilitados, apontando para o processo burocrático e instrumental que envolve a implementação dessa política e o acesso aos recursos públicos. Ademais, as experiências têm apontado a necessidade urgente de se discutir o sentido e direção da desinstitucionalização. E o sétimo eixo é o da reabilitação psicossocial, em que até 2013, o Ministério da Saúde havia mapeado cerca de 1.000 experiências de geração de renda em todo país, apontando também o financiamento de ações peculiares e pontuais em alguns estados (BRASIL, 2015), sua grande maioria, objeto de editais específicos.

A RAPS não contempla os serviços ambulatoriais. O ambulatório, não faz parte do cuidado da RAPS. Essa discussão é muito polêmica, muitos sanitaristas (MERHY, 2007a; TENÓRIO, 2002) apontam para as dificuldades do modelo ambulatorial, como a medicalização dos problemas sociais e a de se estabelecer um cuidado longitudinal. Na verdade, as críticas estão relacionadas ao modelo de ambulatório que é feito na rede pública, um modelo dissociado do resto da rede. As Reformas sanitária e psiquiátrica acontecem, mas, ao que parece, não passam pelo ambulatório, que

funciona pautado na hegemonia do paradigma burocratizante burguês, pautado na produtividade e medicalização da vida social. Por sua vez, observamos que têm sido criados modelos alternativos aos tradicionais ambulatoriais, como em Belo Horizonte, todavia, essas experiências não têm conseguido se sobressair, tanto pela opção do Estado de parques investimentos na saúde pública, como porque se observa ainda que os ambulatoriais tradicionais atendem à necessidades da saúde pública do país, carente de vários recursos e informações.

No caso da Reforma Psiquiátrica, compreendemos a necessidade de discutir, em sua implementação, um outro modelo ambulatorial que contemple a nova dinâmica sanitária do país. Merhy (2005) tem vários trabalhos em que fala de trabalho vivo, pois acreditamos que é importante se resgatar a dimensão humana do trabalho em saúde mental nos ambulatoriais, de pensar em ambulatoriais que funcionem com trabalho em equipes integradas, e não como centradas num modelo de clínica empobrecido, em que o sujeito não se faz e não é concebido como sujeito, mas como um número. É imprescindível pensar num ambulatório vivo, com articulação de várias áreas buscando a concretização das diretrizes do SUS e do acesso uma saúde mental de qualidade, de se pensar como eles vão se articular com os moradores de seu entorno e com os serviços existentes na área. De certa forma, o ambulatório e os demais serviços podem ser peças da engrenagem de uma política maior. Ao negar a existência do ambulatório, a política deixa que ele siga os moldes tradicionais, manicomial, sem reforma psiquiátrica. Um ambulatório manicomial não consegue produzir saúde, mas tão somente, reproduzir a doença, o produtivismo, os números, os instrumentos.

Na verdade, não se trata de discutir a existência ou não dos ambulatoriais. Merhy (2005) nos faz refletir sobre o resgate da dimensão humana no trabalho de recuperação da saúde mental e, ao mesmo tempo, pensar em como os sujeitos serão atendidos em crise e pós-crise. Existem discussões que apontam que os CAPS deveriam ter um atendimento longitudinal, devido às dificuldades em se encaminhar para o ambulatório e de se garantir a continuidade do direito à saúde mental no ambulatório. Todavia, nem sempre a adoção desse modelo é uma escolha pautada em argumentos técnicos, teóricos e metodológicos ou experiências exitosas<sup>22</sup>. Muitas

---

<sup>22</sup> Há poucos anos atrás, em 2008 realizamos uma visita a cidade de Trieste, localizada na região Friul-Veneza Giulia, no nordeste da Itália, e ressaltamos que a discussão de territorialidade extrapola os conceitos burocráticos e instrumentais. Os Centros de Saúde Mental (CSM) de Trieste

vezes tal modelo é adotado em decorrência das fragilidades da rede de atenção psicossocial. Assim, ressaltamos os riscos de cair nas armadilhas da lógica manicomial, como reprodução de tutela, atividades padrão e pouco estímulo à participação social e política.

A concretização da RAPS, na operacionalização dos serviços, revela as contradições da política que têm funcionado de forma cada vez mais instrumental e burocrática e, contraditoriamente, amplia os direitos ao mesmo tempo que os nega.

É importante entender 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, e dos documentos e relatórios dos Encontros do MNLA tratam da necessidade de uma rede, mas a referência à RAPS como uma rede legitimada pelo movimento pouco vinha sendo feita até o último Encontro do MNLA. Nessa discussão o RENILA também faz críticas quanto à entrada das Comunidades Terapêuticas na RAPS.

A RAPS vem sendo considerada por parte dos movimentos e dos trabalhadores, um avanço, em especial, em tempos de crise mundial, em que a restrição dos direitos passa a ser pauta das políticas. A RAPS tem como finalidade “[...] 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). Por outro, é importante entender que ela se propõe a reestruturar a assistência, nos moldes da Conferência de Caracas (OMS/OPAS, 1990). A mudança do modelo

---

procuram um trabalho em saúde que perpassa a vida do sujeito. Todavia, Trieste tem menos de 250.000 habitantes e 6 Centros de Saúde Mental, o que nos faz refletir sobre recursos e financiamentos.

assistencial é fundamental, mas integra apenas uma das dimensões<sup>23</sup> do processo de reforma psiquiátrica. E, mesmo se pensássemos na mudança do modelo assistencial, a mesma traz em sua operacionalização complexos processos que expressam as contradições em seu cerne – as lutas sociais que vêm sendo travadas no campo das políticas sociais na atualidade, e em especial, na saúde mental, não conseguem romper o modelo anterior – nem mesmo do ponto de vista assistencial. De modo que, a política segue, mesclando avanços e conservadorismo – de modo que não se consegue lograr uma efetiva ruptura com o paradigma manicomial.

É absolutamente contraditório, ao mesmo tempo que contempla demandas históricas da classe trabalhadora – com a implementação de uma rede de cuidados antimanicomiais mais próximos dos - dos sujeitos adoecidos e, desta forma, como maior potencial para se trabalhar os determinantes e condicionantes naquela dimensão; por outro lado, essa demanda é transformada e burocratizada na criação e ampliação de “pontos de atenção à saúde”, quando a questão não é apenas criar ou ampliar serviços, mas de que necessidades estamos falando. Uma rede de saúde mental precisa dar conta dessas questões. Na RAPS, existe claramente uma tentativa em responder à demanda relativa a álcool e drogas quando todos os CAPS passam a ter que acolher as demandas de álcool e drogas, numa clara resposta à pressão da mídia, da política e da sociedade. Por sua vez, chega a trazer riscos de retrocesso, ao contemplar a lógica manicomial na Rede. Nesses termos, não é uma ruptura com o paradigma anterior, mas, ao que parece, uma tentativa de conciliação em que sobressai o modelo de reforma e humanização e não ruptura, com o paradigma manicomial. Ao propor e ordenar a organização da rede de saúde mental mostra que não consegue romper com o modelo manicomial anterior e inclui, além das Comunidades Terapêuticas, o próprio hospital psiquiátrico na rede, o que aponta para seu caráter conciliador e conservador.

Por sua vez, a legislação precisa ser analisada em seu contraditório contexto. Ao mesmo tempo em que os movimentos e os trabalhadores lutavam por uma rede de atenção psicossocial que atendesse às reais demandas dos sujeitos, isso ocorre em meio a uma grande ofensiva ideológica dos setores mais conservadores da

---

<sup>23</sup> Paulo Amarante (2007) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico – política e sócio-cultural.

sociedade. Com ênfase no proibicionismo no campo de álcool e outras drogas e a reativação do setor manicomial.

A implementação da RAPS tem sido marcada por muitas contradições. No campo da acessibilidade e universalidade, podemos apontar que o acesso aos serviços é colocado como universal e, no caso dos CAPS, se dá sem necessidade de encaminhamentos, isto é, a pessoa pode se dirigir aos serviços CAPS e ser acolhida, todavia, tal como acontece em outros segmentos da política de saúde, não é raro encontrar a acessibilidade sendo condicionada pela documentação, em especial, após 2006, devido a mudanças no Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde. Com as mudanças, o SISREG passa a ser vinculado ao Programa de Banco de dados do SUS, o DATASUS. Os ambulatorios em alguns municípios já são regulados pelo SISREG, em outros estão em processo de inclusão e muitos ainda estão em processo de discussão. No caso dos CAPS, a despeito das tentativas de incluí-lo diretamente na regulação do SISREG, percebe-se que fere todos os princípios do serviço, em especial ser porta aberta para o atendimento de transtornos mentais graves. Sendo um serviço de grande complexidade, a crise na saúde mental não pode ser agendada, exige intervenção e discussão imediata. Todavia, mesmo não sendo diretamente regulado pelo SISREG, indiretamente, passa a seguir a cartilha de orientações do Sistema. Entendemos que o grau de absorção desse tipo de racionalismo, tem variado de acordo com gestores, mas também e de acordo com o potencial dos trabalhadores trabalharem com as recomendações do SISREG, mas tendo como diretriz os princípios do SUS e da política de saúde mental, o que, no cotidiano dos serviços, implica contrapor-se à lógica dominante. Após as mudanças, percebe-se que se acentua a tendência a condicionar o atendimento à apresentação do cartão SUS, RG e comprovante de residência, o que contraria a universalidade de acesso.

Na história da saúde pública brasileira, a condicionalidade de acesso é velha conhecida, até 1988, o acesso à Saúde Pública era mediado pela existência da carteira de trabalho, assim, o trabalhador e seus dependentes teriam acesso à saúde, desde que estivesse inserido no mercado de trabalho formal. Uma das lutas na década de 1980, foi para que o acesso à saúde fosse universal, independentemente da condição de inclusão ou não no mercado de trabalho, sendo essa uma das maiores conquistas da reforma sanitária com a implantação do SUS. Sabemos que, diante da

complexidade, o SUS precisa de um Sistema de Regulação que procure melhor organizar o atendimento, todavia, os meios não podem ser convertidos em fins.

A condicionalidade, seja ela qual for, interfere no estado de direito, e no estatuto de cidadania, que no caso Brasileiro já tem uma história bastante difícil. A nossa via prussiana/passiva, traz peculiaridades na cultura política brasileira com grande implicação na luta de classes e constituição das políticas sociais. O conservadorismo impresso em nossa história aponta para uma tendência das classes dominantes a tentarem obstar o processo de democratização da sociedade brasileira.

O apelo à burocracia não é novo, e não poucas vezes serviu à impregnação da cultura do favor em nossa história. A negação do direito através do racionalismo instrumental combinou com a sociabilidade de uma economia periférica, com uma formação social, cultural e política conservadora. As lutas de classes ocorrem ao longo do desenvolvimento industrial, mas foram negadas pelas elites que estão no poder, ao mesmo tempo em que as conquistas da classe trabalhadora foram tolhidas, não poucas vezes, enquadradas e abafadas pelo elitismo antipopular brasileiro, que apresenta como marca, a burocracia a favor da não concretização do direito. Ao mesmo tempo que obscurece a relação de cidadania, alimenta as raízes conservadoras da nossa história, via cultura do favor, o direito negado e dificultado torna-se moeda de troca na política social no Brasil. Este modelo se atualiza e o velho se renova do novo, para continuar sendo o velho, ao exigir a condicionalidade (cartão SUS, RG, endereço) no Sistema de Regulação (SISREG) a universalidade de acesso é negada, mas vai além, ao se negar o acesso, se nega a própria Reforma Psiquiátrica. A Instrumentalização do direito se configura num processo em que o instrumento é transmutado em fim, e o direito é negado pelo instrumento, nesta perspectiva, o agendamento de procedimentos não só não leva em conta a complexidade e especificidades da política de saúde como, no caso do acesso aos CAPS, torna-se a negação da política. Essa racionalidade instrumental serve à perpetuação dos traços autoritários da via prussiana, em que o acesso a política se dá pela conciliação com as classes dominantes, momento no qual a elite conservadora procura ressignificar as bandeiras de lutas e mascarar a luta de classes.

Já no caso das Residências Terapêuticas, os critérios definidos estão relacionados com o programa de desinstitucionalização; assim, para ter acesso às residências terapêuticas, é necessário que o sujeito tenha mais de dois anos de

internamento em uma instituição manicomial e ter perdas dos vínculos familiares (BRASIL, 2000). Esse critério tem por fundamento o longo percurso manicomial da assistência psiquiátrica no Brasil. A assistência baseada quase que exclusivamente na instituição manicômio, favoreceu a criação de situações extremas, não sendo raros os sujeitos internados por vinte, trinta, quarenta ou mais anos nas instituições manicomiais, a perda dos vínculos familiares e sociais foi uma consequência imediata e real desse tipo de assistência. As famílias passaram a visitar o paciente e aprenderam a entrar na lógica manicomial, até que as visitas ficaram cada vez mais escassas e passaram a não existir mais. A relação com o mundo extramuros virou uma lembrança vaga e, se forjou uma outra sociabilidade, com regras manicomiais, relações de favor institucionais em que a violência e o medo tornaram-se regras de convivência (LUCENA, 2011; RANGEL, 2008).

Nestes termos, entendemos que os usuários de longa permanência devem ser de fato priorizados no processo de desinstitucionalização. Todavia, a forma como a política vem sendo operacionalizada, com ampliação das ações sem ampliação de recursos leva a um debate fecundo sobre a acessibilidade. Visto que, no processo de implantação dos serviços como as residências terapêuticas, e da expansão e diversificação da política, fruto da luta dos trabalhadores na área da saúde mental, emergem novas questões. No campo das residências terapêuticas, a prática tem apontado processos truncados, poucos democráticos e terapêuticos, em que os Projetos Terapêuticos muitas vezes são desconsiderados diante dos acordos, contratos e prazos para fechamento de um hospital.

A lógica instrumental, burocrática, termina também muitas vezes por transformar processos dinâmicos e complexos como a retirada de uma pessoa de longa permanência de um hospital psiquiátrico seja para uma residência terapêutica, seja, para a casa de um familiar, em processos movidos por prazos e protocolos frios. Nesses termos, cada vez mais surgem sujeitos que não se encaixam nos critérios estabelecidos. O acesso ao tratamento esbarra na lógica instrumental que vem se aplicando às políticas sociais na atualidade, em que os critérios terminam dificultando justamente aquilo para o qual servem de mediação.

Nesse sentido, a universalidade garantida no plano legal, tal como a Política Nacional de Saúde defende – tanto no texto constitucional, como na legislação

específica (BRASIL, 1990) – defronta-se com as possibilidades reais e concretas para sua materialização.

Tal fato é intrigante, pois, enquanto a política amplia seu leque de ações com publicação da Portaria 3.088/11 – que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) – aumenta a preocupação com o acesso, tanto por trabalhadores e usuários quanto por pesquisadores. Sobre essa questão, interessa-nos pensar sobre os sujeitos e suas pautas na última década

## **4.2 A Reforma Psiquiátrica e o Neoliberalismo: Os sujeitos políticos e suas agendas**

Na luta pela reforma psiquiátrica no Brasil, destacaremos a ação dos sujeitos políticos que estão implicados, procurando entender como essa luta tem se pautado.

### **4.2.1 O Movimento de Luta Antimanicomial**

É importante destacar que os anos 1980 marcaram um contexto extremamente complexo de muitas manifestações em nível nacional com tendências distintas em todas as áreas.

Nesse cenário, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM – passa por um momento significativo, inclusive, no rumo, mobilização e renovação teórico-política do movimento e tem, como grande marco, o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental (Congresso de Bauru – 1987), que acontece a partir de três grandes eixos de discussão: 1) Por uma sociedade sem manicômios; 2) Organização dos trabalhadores em Saúde Mental – alianças, táticas e estratégias; 3) Análise e reflexão sobre as práticas – a quem serve e como se dão. O Congresso teve a participação de trabalhadores, usuários e familiares. Neste Congresso é redigido o conhecido “Manifesto de Bauru” em que além assumir a oposição e discordância com o modelo de saúde mental implementado, os trabalhadores reconhecem que não adianta racionalizar e modernizar os serviços manicomiais em que trabalham. Concebemos, ainda, uma forte crítica ao Estado e uma discussão importante sobre a luta de classes:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental [...]. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada [...] O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres. [...]. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida [...]. Contra a mercantilização da doença! [...] contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, Manifesto de Bauru, dezembro de 1987)

O movimento cresce e agrega vários segmentos da chamada sociedade civil, além dos trabalhadores da saúde mental, familiares, usuários, pesquisadores, estudantes, organizações passaram a participar da discussão das propostas para a política de saúde mental. Em Bauru, a opção pela mudança e ampliação do Movimento, atende a uma demanda dialética: a necessidade de ampliar as bases diante do “clima de participação social” que se vivia naquele momento no país e, também a necessidade de diversificar o movimento, para além dos trabalhadores em saúde mental, nesse sentido, a diversidade passa a ser uma marca. Para Vasconcelos (2012), convém observar que essa diversidade é:

[...]uma característica positiva, no entanto, o movimento não construiu um núcleo teórico próprio e sistemático para análise das políticas sociais e de análise da conjuntura econômica, política e social mais ampla, e de suas relações específicas com o campo da saúde mental. (VASCONCELOS, 2012, p.15)

A ampliação dos sujeitos políticos se dá num momento em que o movimento se vê com o desafio histórico-político de avançar nas discussões críticas e, ao mesmo tempo, ampliar o apoio entre os usuários e familiares num momento decisivo na construção e proposição de uma nova política de saúde mental.

Mas, como bem nos lembra a historiadora Virgínia Fontes, toda conquista popular sob dominação do capital também tem limitações na implantação, na expansão. A necessária expansão da luta transforma o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (1987). Essa

mudança teve grande potencial de ampliar a discussão sobre as condições de vida da população e as propostas em jogo para setores da sociedade civil, como as famílias, os usuários, associações, cooperativas, movimentos comunitários, grupos de direitos humanos etc. O debate ganha contornos democráticos ampliados, visto que a saúde mental deixa de ser de interesse de profissionais e estudiosos da área e passa a assumir sua dimensão política, passando a um amplo debate da sociedade civil.

Nesse processo, foi vital para o debate das mudanças da política de saúde mental a realização e as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo um marco na reorientação da política de saúde no Brasil.

Assim, as mudanças que aconteceram no movimento estão diretamente relacionadas com o cenário de ampliação da participação da sociedade civil que passa a tomar o país nos anos 1980. Essa experiência de participação popular é incorporada à saúde mental, trazendo ganhos consideráveis na discussão e na construção do arcabouço legal nas décadas seguintes, representando ainda, uma tentativa de agregar o espectro pluralista, inclusive das tendências teóricas ao Movimento de Luta Antimanicomial.

Na verdade, essa dinâmica revela a intrincada conjuntura do final dos anos 1980 no Brasil. A nova estratégia do movimento expressa uma dinâmica contraditória e dialética, envolvendo tanto as mudanças que se processavam no país no âmbito da incipiente participação política, expostas na contração das grandes mobilizações sociais em torno da dinâmica dos sindicatos e da luta de classes, quanto a entrada de outros atores em cena (SADER, 1988). Ao olhar esse cenário, ainda temos as fortes inflexões do contexto internacional, visto que não podemos esquecer que, no final dos anos 1980, ocorre a queda do muro de Berlim e o significado disso nas lutas sociais da classe trabalhadora.

Em meio a esse contexto complexo de lutas e reorganização política, o Movimento dos Trabalhadores e com muita luta segue e abre em São Paulo, no mesmo ano da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o primeiro CAPS no Brasil, antes de qualquer legislação que pudesse apoiar ou legislar seu funcionamento, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (SP). Dois anos depois, no mesmo ano em que é enviado o Projeto de Lei para o Congresso, se inaugura o NAPS de Santos. A abertura desses dois serviços, contou com apoio da classe política da esquerda, mas

sobretudo, foi fruto da luta dos trabalhadores, que perceberam que não podiam esperar pela legislação para iniciar as mudanças.

A abertura dos serviços aponta para um caminho a ser seguido pelo movimento, mas com uma luta árdua, dada a reorganização das forças da direita no final dos anos 80 e durante os anos 90, que vão apontar para novos desafios.

O Movimento Nacional de Luta antimanicomial – MNLA, constituído, especialmente, a partir da proposta de ampliação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, passa a lutar durante toda a década de 1990 pela aprovação da do Projeto de Lei, enfrentando duras negociações no Senado Nacional, sendo chamado para refazer o projeto, ao mesmo tempo que tece uma nova identidade de movimento em meio a um novo processo de desenvolvimento social e econômico do país, bem como de uma complexificação da estrutura social. Não podemos negar que o amplo uso do conceito de sociedade civil no Brasil (COUTINHO, 2006) reflete mudanças efetivas na sociedade brasileira, rumo a sua ocidentalização nos termos gramscianos. Lembremos que Gramsci, ao discutir o Sul da Itália, caracterizava como oriental aquela relação entre Estado e Sociedade Civil em que o Estado era tudo e a sociedade civil, nada (GRAMSCI, 2013, p.262). Entendemos, de fato, que sempre há uma relação dinâmica e dialética, em especial, no que tange à história brasileira sobre a relação “Oriental” e “Ocidental”, visto que não são termos estanques e sim contextualizados e vivenciados nos diversos momentos históricos. Sendo assim, a partir dos anos 1980 a sociedade brasileira irrompe outro processo de ocidentalização, procurando uma relação mais justa entre Estado e sociedade civil (GRAMSCI, 2013).

No contexto contra a ditadura, a sociedade civil é tudo aquilo que se opõe ao Estado ditatorial (COUTINHO, 2006), isso serve exatamente à luta antimanicomial, o movimento de luta antimanicomial percebia a necessidade de, naquele momento, ampliar o horizonte da participação. A pluralidade, na verdade, significou sobretudo, agregar mais forças contra um inimigo comum: o manicômio. Inserir familiares, usuários e demais membros da sociedade civil tornava-se o desafio histórico da classe trabalhadora. Nesse processo de ampliação do Estado, os movimentos procuram ganhar força e influenciar de alguma forma, a agenda pública. Os sujeitos políticos passam a denunciar a crise econômica dos anos 1980 e 1990 e, ao mesmo tempo, lutar pelos direitos sociais e denunciar a desigualdade social.

A questão é que o cenário nacional é atropelado pela onda neoliberal nos anos 1990 e com ela, a reestruturação produtiva e a crise do marxismo, juntos, esses elementos colaboram para uma redefinição da relação Estado Sociedade. Por sua vez, a implantação do neoliberalismo no Brasil não foi tarefa fácil. Existiam muitos movimentos sociais constituídos e atuantes no início dos anos 1990, como podemos perceber pelos encontros, fóruns, e reuniões dessas organizações.

Na luta antimanicomial, foi uma década intensa de lutas, muita negociação e articulação. O movimento ao passo que se ampliou com a chegada de usuários e familiares, incorporou múltiplos olhares e, também teve que aumentar suas articulações em todo território nacional enquanto discutia o Projeto de Lei com um Senado Conservador. Em meio à despolitização ou repolitização (SILVA, 2013) dos direitos empreendida pelo Estado Neoliberal dos anos 1990, com fortes ataques aos direitos e à organização e luta de classe esperada, a negociação possível, desbravada, não só reafirma o negado, mas é inédita, mesmo sabendo das dificuldades reais de se reverter injustiças e desigualdades históricas.

Por outro lado, a incorporação dos familiares e usuários não poderia se dar numa conjuntura mais tormentosa, pois são incluídos em meio a um processo de despolitização, não provocada por eles, mas que terá grande rebatimento na participação deles, seja porque esses familiares e usuários são oriundos de segmentos da classe trabalhadora brasileira que viveram anos sob o regime autocrático burguês, com uma educação formal voltada ao racionalismo instrumental; seja porque, em se tratando dos usuários, o desafio de reverter uma desigualdade histórica, além do quadro de injustiças sociais, visto que foram privados, não se sabe por quanto tempo, do acesso a bens e serviços, e da própria condição de cidadão. Essa questão traz, para a ordem do dia, a discussão com o movimento de luta antimanicomial e serviços substitutivos: as lutas sociais.

No caso específico do MNLA, criado em 1989, os relatórios dos encontros (2001) e alguns artigos (BARBOSA; COSTA; MORENO et al., 2012; LOBOSQUE, 2003) apontam que ao passo que aumentam os participantes, percebe-se uma despolitização do movimento, que passa a ter sua identidade política fragilizada, na verdade, esse processo não é linear, tem altos e baixos e só pode ser compreendido analisando o contexto histórico em que se insere, em que o grande debate de outrora cede lugar ao irracionalismo presente em vários movimentos da década. O auge

desse processo ocorre no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (2001) que ocorreu em Miguel Pereira (RJ), em que ficou clara a “crise do movimento”. Lobosque (2003) aponta, como um dos estopins, o crescimento numérico dos participantes sem a devida preparação política; o que gerou uma impressão de paralisia, em especial, dada a descontinuidade do trabalho de discussão política e consequente falta de análise de conjuntura. Nesse processo, o movimento de luta antimanicomial se divide e, em 2003, surge a RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial).

Em 2009 a RENILA organiza uma Marcha dos usuários à Brasília cobrando a realização da IV Conferência de Saúde Mental, que o governo não havia feito até então. O MNLA resolve não participar da marcha (MNLA, 2009) alegando que teria pouco tempo e outros compromissos naquele período. Com a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, percebe-se que a RENILA consegue mostrar que também tem força política.

Percebemos que o MNLA, mas também o RENILA, têm pautado suas reivindicações na luta pela cidadania dos usuários e tentando eleger a conquista dos direitos civis, ambos elegem, como “inimigo comum”, o hospital psiquiátrico.

Recentemente, Vasconcelos (2012) apontou transformações e tendências significativas no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). A partir das discussões levantadas por Vasconcelos, ampliamos a análise contemplando MNLA e RENILA e pensando nos desafios na atual constituição das pautas dos movimentos: 1) Envelhecimento, aposentadoria, saída de cena das principais lideranças, sem que haja uma renovação à altura dos quadros dirigentes; 2) o “reverso da medalha” – ou seja, a estratégia sanitarista de ocupação dos cargos públicos passa a ser utilizada enquanto cooptação das principais lideranças, o que, em termos práticos, tem significado diminuição do potencial combativo-crítico (capítulo 5); 3) A Participação dos Trabalhadores – temos duas oscilações com relação à participação dos trabalhadores: de um lado, se observa o afastamento de alguns dos trabalhadores da militância, visto que, embora haja um aumento significativo dos serviços em todo o país, a participação dos trabalhadores no movimento ainda é débil. Mesmo em período e lugares em que a política apresenta muitos problemas de implementação, a participação ainda não consegue se efetivar no mesmo ritmo da abertura dos serviços; Do outro, verifica-se que novos trabalhadores passam a integrar o movimento, contudo, sem tradição em militância política, nem na luta antimanicomial,

o que tem contribuído para o empobrecimento do debate; 4) A inclusão do segmento usuários e familiares nos anos 1990, se fez de forma massiva, em muitos lugares, em que eles chegam a ser majoritários, como em alguns lugares da região sudeste, e que mesmo sem recursos (sociais, culturais, econômicos) tem sustentado a militância de forma surpreendente, em especial no caso do MNLA, mesmo com todas as limitações, é imprescindível pensar em estratégias de educação política no movimento; 5 ) A participação dos Residentes e demais estudantes nos Núcleos do Movimento, em especial da RENILA, tem ocorrido e conseguido mobilizar grupos em algumas cidades, todavia, tendem a ser temporários.; 6) Confusão em muitos momentos entre a Reforma Psiquiátrica e o arcabouço legal, em especial, a Lei 10.216/01.

Quanto a esta última questão levantada, apontamos que ela termina sendo alimentada pela segunda, de modo que a mistura entre a Reforma Psiquiátrica – concebida como bandeira de luta – e a política implementada não é viável na medida em que nos faz depreender que as bandeiras de luta dos movimentos passam a ter as mesmas diretrizes da política.

#### 4.2.2 As entidades corporativas e instituições ligadas aos hospitais psiquiátricos

Do lado dos hospitais psiquiátricos, identificamos que a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) representando quase toda integralidade dos Hospitais de Psiquiatria privados vinculados no Sistema Único de Saúde — SUS, iniciam nos anos 1990 um movimento de resistência conservadora ou, como muitos costumam chamar, um movimento de contrarreforma, tendo em vista o movimento de Reforma Psiquiátrica. Essa articulação gerou vários convites para debates acalorados na Câmara, sobretudo no Senado, durante toda a década de 1990. Após a aprovação da Lei 10.216/01 as duas instituições, em especial, a FBH, vem abrindo vários debates em nível nacional sobre a necessidade de o Hospital Psiquiátrico fazer parte da rede assistencial em saúde mental. Dentre os argumentos utilizados desde os anos 1990 está o processo histórico que garantiu que o Estado financiasse os hospitais psiquiátricos, muitos documentos retomam o Brasil império, a desassistência e a questão da cronicidade e periculosidade. Nas últimas décadas, esses sujeitos, que perderam vários representados (visto que entre a década de 1990 e os dias atuais

mais de 50.000 leitos foram fechados), têm se preocupado em diferenciar o hospital psiquiátrico e o manicômio como instituições de natureza distintas. Opõem-se ao manicômio, mas defendem o hospital psiquiátrico. E, em especial, depois dos cortes nos recursos promovidos pelo governo nas décadas de 1990 e 2000, essas instituições têm denunciado a retirada de investimentos estatais na área, o que provocaria, em última instância, desassistência (O GLOBO; FBH, 2006).

A pauta do fechamento de hospitais psiquiátricos e a abertura de serviços substitutivos, de fato tomou conta do debate muitos anos. Todavia, na segunda metade dos anos 2000, o debate sobre a desassistência passa a ocupar várias discussões, mesmo que algumas vezes, nem o movimento, nem o governo, o assumam, de forma explícita. Na verdade, percebe-se uma crescente preocupação com os princípios de acesso universal e intersectorialidade, que se tornam a temática da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

As dificuldades e os desafios podem ser vistos também na crescente preocupação com acesso e com a intersectorialidade, que, em última instância, revela a apreensão com a direção das mudanças, em especial, diante das novas estratégias de legitimação, que passam a ser utilizadas pela burguesia interessada em reativar o setor manicomial, a exemplo da reedição da criação de Comunidades Terapêuticas<sup>24</sup> e o confronto com setores ligados à burguesia proprietária dos hospitais psiquiátricos. Recentemente, a Coordenação Nacional de Saúde Mental publicou o Relatório de Gestão 2007-2010 (BRASIL, 2011) e trouxe, como tema do Relatório, a ampliação do acesso, ou a “ampliação de fronteiras”<sup>25</sup>, apontando o caráter universal que tem procurado imprimir à política de saúde mental.

Nesse contexto, perpassam as divergências conceituais e analíticas ou ainda a disputa teórico-metodológica e ideológica, que são importantes para entender as contradições e o movimento da política de saúde mental nesse período, na medida

---

<sup>24</sup> As novas comunidades Terapêuticas emergem de uma combinação intrincada entre religião/capital/política, e nada têm a ver com o conceito cunhado por Maxwell Jones nos anos 1960. Uma das grandes preocupações dos movimentos sociais e dos trabalhadores da política de saúde mental na atualidade é a possibilidade de retrocesso, dada as novas estratégias de retorno do modelo manicomial, com a autorização de abertura de clínicas privadas e, outros supostos serviços para dar conta do problema do Crack, visto que logo após a IV Conferência de Saúde Mental, em meio à pressão da mídia e da bancada religiosa no Congresso, a Coordenação de Saúde Mental inclui as novas “comunidades terapêuticas” no plano Crack, apontando que essas instituições podem fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e assim, receber financiamento público.

<sup>25</sup> Termo utilizado pela Coordenação de Saúde Mental apontando a ampliação da rede substitutiva para além das regiões metropolitanas e sua articulação intersectorial.

em que a própria Coordenação assume, publicamente (BRASIL 2011), a tensão e a correlação de forças no planejamento e implementação da política. O Relatório da Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011) mostra alguns temas que se mostram centrais no debate sobre a política na atualidade, com destaque para: 1) a efetividade da rede de atenção comunitária e o risco de desassistência; 2) o diálogo com as entidades corporativas e 3) a eficácia da política de saúde mental em relação ao problema do crack<sup>26</sup> (BRASIL, 2011, p. 06). Não é à toa que a palavra “tensão” aparece várias vezes nesse relatório, e não somente no documento oficial, mas também nos estudos e pesquisas acadêmicas (DESVIAT, 2011; RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011; SAMPAIO et al, 2011), entre outros.

Ademais, porque além da FBH, cada vez mais a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) passa a tecer críticas quanto ao caráter ideológico da Reforma Psiquiátrica, denunciando que a psiquiatria tem sido tratada de forma preconceituosa por parte dos movimentos sociais e pela política nacional de saúde mental. A ABP passa a adotar uma postura crítica dos CAPS e de defesa dos hospitais psiquiátricos (ABP,2006; ABP, 2010).

Em 2006, a ABP elabora e publica um documento fruto de um grupo de trabalho de consultores contratados pela ABP para realizar uma “avaliação da reforma assistencial brasileira” (ABP,2006), o trabalho é referenciado pelos órgãos de classe da categoria médica (Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos). O documento trata de problemas reais, contudo conduz a soluções de âmbito conservador. Mesmo reconhecendo a necessidade de existência dos CAPS, eles são colocados dentro de uma rede em que o hospital psiquiátrico é necessário (ABP, 2006).

O documento contempla uma proposta de diretrizes para o que chama de “[...] um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil” (ABP, 2006). A proposta traz uma discussão de promoção e prevenção no nível primário, de modo que se percebe que a promoção e a prevenção são apropriadas pelo conservadorismo, visto

---

<sup>26</sup> No que tange à questão do Crack, a Coordenação reconhece que o mesmo se constituiu no maior fato político relacionado à política de saúde mental nos últimos anos, sendo alvo de críticas, debates e inúmeras polêmicas. Buscando responder às diversas demandas e sujeitos, num complexo processo de correlação de forças, que extrapola os objetivos desse trabalho, o governo implanta novos dispositivos, buscando fortalecer a rede assistencial, ligadas à Política de Álcool e outras drogas. Mais detalhes sobre a legislação e dispositivos assistenciais consultar a Portaria 1.190/09 que cria o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD); e o Plano Crack (Decreto nº 7179).

que a discussão é centrada na doença e no discurso científico. Propõe ainda, um nível secundário composto pelos CAPS e ambulatórios – evidenciando o conservadorismo liberal – em que os CAPS são admitidos, com certa reserva, pois aponta a necessidade de melhoria no funcionamento, delimitação de perfil, uniformização de uma lista de intervenções e criação de indicadores de avaliação e funcionamento. Além da uniformização das atividades e delimitação do perfil dos usuários, a discussão dos CAPS se caracteriza pela falta de propostas para os serviços, anulando seu conteúdo progressista, explicitando o caráter conservador do documento. Ao mesmo tempo, os ambulatórios são apontados pelo seu potencial “[...] no controle das doenças mentais em sua fase aguda” (ABP,2006, p.12). Não existem críticas ao modelo ambulatorial, o pensamento conservador que pauta o documento nega a realidade ao não contemplar as críticas que o ambulatório tem sofrido, ao longo de sua história, se procura a continuidade da instituição ambulatório, a todo custo, negando as discussões e polêmicas que envolvem o tema.

O nível terciário do modelo proposto é composto pelas unidades de emergência psiquiátricas em pronto-socorros gerais, equipes de psiquiatria no SAMU, Centros de Atenção Integral em Saúde Mental, Hospitais Psiquiátricos Especializados, Leitos de Longa permanência (financiados também pela assistência social). Nesse ponto, ressalta-se o compromisso com o setores mais conservadores da sociedade, resgatando a ideia de longa permanência, e a perpetuação do hospital psiquiátrico como o lugar de atendimento à loucura, à crise. Ao colocar os CAPS numa posição subalterna, aponta a necessidade de perpetuar o manicômio, utilizando dados científicos, usa a ciência burguesa para tentar descredenciar a política. Em seguida, propõe ações de proteção social que deveriam ser financiadas e executadas em conjunto com a assistência social, num modelo inspirado supostamente por um modelo implantado no Reino Unido, em que se destacam Residência terapêutica, centros de convivência e programas específicos, além do combate ao suicídio. Temos, assim, uma proposta conservadora, em que a assistência é convidada a vigiar os indesejados.

A ABP admite algumas reformas, mas sem rupturas. O pensamento conservador, travestido de novo, não é novidade. Edmund Burke (1729-1997) inaugura esse pensamento quando deseja o capitalismo, mas sem a modernidade, como aponta Leila Netto (2011a). A autora aponta que, naquela época, no Pós-

Revolução Francesa, Burke criticava a ruptura com as instituições pré-capitalistas. Esse conservadorismo vai dar origem ao anticapitalismo romântico e vai se articular com as ideias de perspectiva restauradora, dentro dos movimentos de revolução-restauração.

Estamos apontando essas questões, pois concebemos que esse período marca um momento em que as forças restauradoras na saúde mental se organizam contra a Reforma psiquiátrica. O Documento da ABP está pautado em um conservadorismo “liberal” em que algumas mudanças são admitidas, desde que evitem a ruptura com o modelo manicomial. Marca a apreensão do pensamento conservador da reforma psiquiátrica, dentro de uma perspectiva restauradora. Nesse sentido, sobram discussões sobre a cientificidade, dados científico servem a um racionalismo abstrato e conservador.

Entre as principais críticas que faz aos CAPS, a ABP traz o fato da legislação não garantir retaguarda médica psiquiátrica noturna, para os usuários que estão nos CAPS 24hs, ficando, a cargo das Prefeituras, o arranjo institucional que melhor convir. Assim, algumas prefeituras vão dispor de retaguarda médica 24hs, e outras não. Mesmo entre as que dispõem, não existe um modelo estabelecido, algumas funcionam com apoio do SAMU, outras da urgência local, outras dos médicos do próprio CAPS e montam sistemas de “sobrevisto noturno”, nem sempre muito claro, quanto aos critérios do funcionamento desse sobrevisto, havendo diferentes entendimentos de uma cidade para outra, como pudemos observar durante a nossa participação no I Encontro da RAPS em Curitiba.

Chamamos atenção para o fato de que, apesar da postura extremamente conservadora adotada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, parte das críticas são fundadas em fragilidades reais da política, como a crítica à articulação dos recursos comunitários, que é uma das discussões centrais da reabilitação psicossocial hoje, e que muitos trabalhos apontam para a necessidade de se investir mais na articulação dos recursos comunitários para seguir com a Reforma Psiquiátrica (BICHAFF, 2006; GALVÃO, 2012; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012). No Encontro de Curitiba, os trabalhadores em saúde mental denunciaram o descaso dos gestores com as ações territoriais ficando, muitas vezes, a cargo do voluntarismo dos trabalhadores as ações comunitárias.

Esse cenário marca um novo período crítico do crescimento do conservadorismo na sociedade brasileira como um todo. O Congresso passa a mostrar esse panorama conservador, com o fortalecimento das bancadas ligadas aos interesses ruralistas e do setor agroindustrial, das Igrejas Evangélicas e nessas a defesa das Comunidades Terapêuticas, além de outros setores conservadores.

A problemática está posta e o campo de álcool e outras drogas passa a ser usado como o principal foco para atacar a política de saúde mental. Nos debates, tem se observado o crescimento de bancadas conservadoras no legislativo, em que a lógica manicomial passa a ser hegemônica, em especial na segunda metade dos anos 2000, em que apontamos o aumento de debates e projetos de lei no Congresso, que passam a discutir medidas mais duras, de caráter proibicionista, como mostra Denadai (2015) em sua tese de doutorado. A autora faz uma análise do processo de formulação dos projetos de lei sobre a temática "droga" pelo Congresso Nacional, no período compreendido entre os anos de 2006 e 2014, caracterizando os interesses e as contradições inscritas no interior das propostas e identifica 68 projetos de lei propostos pelo Legislativo federal com o tema "drogas" nesse período (DENADAI, 2015).

Registramos que os dados apresentados por Denadai (2015) contribuem para a discussão que apontamos sobre o crescimento do conservadorismo em um sujeito muito importante – o Congresso Nacional, em especial, da apropriação conservadora do termo desassistência, da qual falaremos adiante. A pesquisa de Denadai (2015) aponta para as manobras dos parlamentares para modificarem a legislação no campo da Saúde Mental com propostas que vão desde campanhas e ações educativas contra as drogas, até chegar à pauta de aumento das ações repressivas tanto sobre os usuários quanto sobre os sujeitos que cometem tráfico de drogas, apontado o conteúdo moralista das propostas no legislativo brasileiro. A autora acrescenta que também constata o aparecimento de projetos que sinalizam um debate mais progressista sobre o tema como a descriminalização das drogas e a redução de danos no interior do Legislativo (DENADAI, 2015).

Denadai (2015) seleciona os projetos de lei nº 7.663/2010 e 7.187/2014 e faz uma análise aprofundada deles. Para os objetivos dessa discussão, vamos trazer algumas questões importantes no processo de discussão do projeto de lei 7.663/2010 no Congresso. Assim, partimos das informações de Denadai, mas tomamos o cuidado de consultar as fontes originais para discutir o projeto de lei. O Projeto de lei

nº7.663/2010<sup>27</sup>, do deputado Osmar Terra, coloca-se como um conjunto de mudanças e alterações a dispositivos da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. O projeto de lei vai muito além, pois envolve ações que visam a promover alterações em várias outras legislações, como nos lembra Denadai (2015). O projeto inicia com um conceito de drogas para fins da lei, depois impõe a obrigatoriedade da classificação das drogas, conforme suas características farmacológicas e o potencial de causar dependência. Estão presentes, no projeto, ações repressivas ao tráfico de drogas, endurecimento de penas, a discussão sobre crime, a internação involuntária e os mecanismos de financiamento e auxílio financeiro a projetos relacionados à atenção a usuários de drogas.

Esses três últimos pontos do projeto marcam as principais polêmicas do debate nos últimos anos que tem retomado temas conservadores. Em meio a essas discussões, destacamos o aumento do caráter punitivo, coercitivo, em que se coloca a discussão de crime e a ênfase no estado penal (WACQUANT, 2001).

Por sua vez, chamamos atenção para as contradições inerentes ao pensamento conservador que pauta o projeto de lei que, ao mesmo tempo em que busca respaldo na neurociência e na farmacologia para classificar as drogas, propõe um tratamento a partir de padrões morais religiosos implementados pelas Comunidades Terapêuticas. É importante aqui observarmos que o argumento conservador de âmbito privado – a questão individual da responsabilidade e caráter – passam a ser utilizados para justificar, inicialmente, a intervenção de outras instituições, dentro de um conservadorismo liberal, até a proposta de retirada da intervenção do Estado da questão das drogas, como se encaminha em várias discussões na Câmara dos deputados (DENADAI, 2015).

Na verdade, o projeto é muito polêmico, como observa Denadai (2015), mesmo o tratamento médico não fazendo parte das comunidades terapêuticas, boa parte das instituições exigem um laudo médico indicando tratamento, o que é no mínimo, uma contradição. Uma análise mais atenta nos mostra que o sentido do laudo tem natureza de instrumento punitivo e não terapêutico. A proposta prevê o financiamento público às Comunidades Terapêuticas a partir de argumentos de desvio de caráter e controle da violência, apontando para novas modalidades de crescimento do estado penal, sob

---

<sup>27</sup> Para uma discussão aprofundada sobre o Projeto Ver: DENADAI, Mirian Basílio. O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas? Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.

o jugo do neoliberalismo num país, em que a religião passa, cada vez mais, a ser utilizada como resposta ao vazio assistencial do Estado.

O debate sobre relação entre periculosidade e saúde mental (loucura) não é novo. Na atualidade, ele passa a ser alimentado a partir de uma abordagem conservadora sobre as drogas, que passam a ser o alvo da discussão, sendo consideradas como principal causa da violência – em que se difunde a ideia de que o país vive uma epidemia do crack, retirando todo foco das contradições dessa sociedade capitalista. Observamos que o argumento moral e conservador criminaliza, culpa o indivíduo e vitimiza a sociedade burguesa, além de se verificar o fortalecimento da tendência de uma cultura repressiva do Estado.

Dinadai (2015) mostra, em seu estudo, como a temática das drogas entra na pauta do Congresso através da discussão desses projetos de lei e como os lobbies dos grandes grupos econômicos entram em cena nos bastidores do Congresso, fazendo com que sejam alterados os textos dos projetos, se retire ou se incluam pautas de acordo com os interesses econômicos.

Em meio a um cenário econômico interacional de crise econômica mundial, associado a uma crise política, em especial, no cenário brasileiro, percebe-se o avanço de uma agenda política de cunho neoliberal e a hegemonia do pensamento conservador.

Assim, pensar nos sujeitos e em suas agendas implica, sobretudo, pensar nesse complexo campo de relações de força. Nesse cenário, a política implementada centrou as ações em duas grandes pautas: o fechamento de hospitais e a abertura de serviços. O primeiro processo tem sido chamado de desinstitucionalização pelo governo e por parte dos militantes. Todavia, a história nos mostra que os processos de desinstitucionalização envolvem grande investimento em políticas sociais, o que nem sempre é possível de se verificar em processos complexos como esse brasileiro.

É importante lembrar, como já apontado anteriormente, que o processo de aprovação e implementação da Política de Saúde Mental envolveu e envolve um campo de negociações e articulações, que podem corroborar para a tensão vivenciada pelos diversos sujeitos, visto que ela tem, como rastro, a diversidade de alianças na conquista da hegemonia e os diferentes entendimentos sobre a direção da Reforma Psiquiátrica.

Refletimos sobre essa questão, na medida em que a diversidade de alianças dentro de uma grande pluralidade de concepções de “esquerda” que, historicamente, foi motivo de orgulho para muitos militantes da reforma psiquiátrica, também emerge como pontos obscuros em sua análise. Recentemente, em um encontro promovido pela RENILA, em Recife, a professora Roberta Uchoa (RECIFE, 2015) apontou que ao longo da última década houve uma aproximação da reforma psiquiátrica com a teoria pós-moderna. Particularmente, compreendemos que está em curso uma grande ofensiva ideológica, que tende a se apropriar das temáticas e moldá-las dentro do projeto reformista implementado pelas diferentes versões e estratégias do neoliberalismo, em sua batalha para se manter hegemonicamente como grande representante da racionalidade burguesa. No caso, da Reforma Psiquiátrica, essa aproximação é um dos elementos que tem contribuído para o que chamamos no próximo capítulo de “a arte do possível”.

O Neoliberalismo entrou em crise (Duménil e Lévy, 2014), mas ao contrário do que muitos defendem não o ultrapassamos (SADER, 2014), mas vivemos uma nova variante deste. Não é só a classe trabalhadora que se reinventa para dar conta da contemporaneidade, o capital e sua racionalidade também se reinventam e, isto não é uma novidade, o capital já nasce modificando sua racionalidade para continuar hegemônico, é o que Marx e Lukács chamaram de decadência ideológica da burguesia, a burguesia abre mão de tudo que a colocou no poder, para continuar no poder, é a expressão máxima do conservadorismo. Ressaltamos que, esse processo está na chave para entendermos a atual dinâmica e as principais contradições da política de saúde Mental.

Defendo que a Reforma Psiquiátrica, ao passar 12 anos para ser aprovada como condição política no congresso e no senado, não teve apenas o texto modificado. Há uma modificação que transforma e adapta a política às condições possíveis. O contexto do neoliberalismo dá uma nova direção à proposta. A Política aprovada não pode ser confundida com a Reforma Psiquiátrica, simplesmente, porque não é.

O que se percebe é que em nome dos avanços reais, o movimento abriu mão de sua proposta inicial de Reforma Psiquiátrica, em nome da legislação aprovada e, mais ao longo dos anos de implementação da política tem confundindo-a com a

Reforma. Parte de seus sujeitos parecem estar presos às propostas da gestão, como se estas propostas, ditassem a direção da Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2011).

#### **4.3 Tendências contemporâneas da Política de saúde mental no Brasil: desafios e contradições**

Seguindo a pauta de luta do movimento e as ações implementadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental apreendemos dois grandes Eixos de Sustentação da Política: Fechamento de Hospitais Psiquiátricos e Abertura de Serviços Substitutivos. É importante ressaltar que existe uma relação tensa e dialética entre os eixos. Importante também é reconhecer que ao longo desses 15 anos e, na tessitura desse processo, outros programas são incorporados à política, seja como fruto das discussões político-sociais sobre a necessidade de fortalecer a política através de ações mais amplas, para além das situações de crise dos usuários. Seja pela pressão de grupos religiosos preocupados com o enfrentamento do Crack e, de como a temática das drogas passa a ser amplamente discutida, a partir de um viés conservador na mídia brasileira, fazendo com que o primeiro governo Dilma incorpore essa discussão através do Plano CRACK.

Como já apontamos, em 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria 3088/11 cria a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), procurando ampliar e articular os serviços de atenção à saúde mental, seja de transtorno mental, seja de Álcool e outras drogas, definindo com maior clareza as diretrizes, os objetivos e os serviços que constituem esta Rede de Atenção Psicossocial, sendo atualmente utilizada no ordenamento da política em todos os estados brasileiros.

A luta pela saúde mental nos termos da Reforma Psiquiátrica, entretanto, tem sido árdua, enfrentando a forte resistência do setor privado<sup>28</sup>, cujos interesses financeiros se mostram fortemente comprometidos com o modelo manicomial. Como foi referido, a aprovação da Lei 10.216 envolveu um emaranhado processo numa correlação de forças nem sempre favorável à sua implementação. Não se pode esquecer que o contexto das negociações, nos anos de 1990, é o mais adverso,

---

<sup>28</sup> Tais como os hospitais psiquiátricos particulares representados muitas vezes pela Federação Brasileira de Hospitais (setor psiquiatria) que tinha livre acesso aos recursos públicos, mesmo com o advento do SUS (LEI8.080/90), além da resistência de outros setores conservadores da sociedade, como a ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria.

caracterizado no país pelo “giro conservador para o neoliberalismo” (BRAVO, 2001). O período que se segue à aprovação da Lei é marcado por negociações em busca da montagem da rede substitutiva, mas também pelo avanço do debate sobre desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

A análise que apresentaremos a seguir é feita a partir da apreciação de documentos que representam as principais tendências da política de saúde mental no processo de reforma psiquiátrica no país: Lei 10.216; Portaria 3088; Portaria 130.

A exposição dessa discussão seguirá na verdade, não uma ordem cronológica, mas os documentos serão analisados em articulação com outras informações, dados e materiais fígados de publicações recentes, do Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental, como também do I Encontro da RAPS, promovido pelo Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental na cidade de Curitiba/PR, do qual participamos e de artigos publicados que sejam relevantes para a análise das ideias e fundamentos da política e suas principais tendências. Após 15 anos de implementação da Política de Saúde Mental, numa apreciação mais geral desse processo, identificamos algumas tendências: a) o avanço da implantação dos CAPS – dilemas da reforma; b) a redução dos leitos em hospital psiquiátrico; c) Financiamento da política – discutindo avanços, limites e direções.

#### 4.3.1 O Avanço dos CAPS – Os Dilemas da Reforma

O avanço da rede substitutiva é intensificado após a aprovação da Lei 10.216/01. Mas no período que antecede a promulgação da Lei já se percebe a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, que ocorre respondendo a duas ordens de fatores, um relacionado à conjuntura internacional, na qual se evidenciam novas tendências na política de saúde mental em diversos países no mundo, propiciado pela situação do pós-guerra – em que se apreende um investimento na área de reabilitação buscando dar respostas efetivas às sequelas de guerra e às crescentes discussões e críticas aos hospitais psiquiátricos, que ficam à margem dos avanços das reformas sanitárias nos países europeus e dos contextos de ampliação de direitos sociais. A outra ordem de fatores que determina as mudanças se refere à crítica à assistência psiquiátrica no Brasil que se intensifica no final dos anos 1970 e início dos 1980, num momento de abertura democrática com a

reorganização dos partidos e movimentos sociais. Nesse período, as bandeiras por democracia, reforma sanitária e reforma psiquiátrica se unem na luta pela ampliação dos direitos e políticas sociais, em que sobram denúncias sobre os maus tratos nos hospitais psiquiátricos (RATTON, 1979). Dessa forma, os serviços substitutivos passam a ser construídos, experimentados, com base nas experiências internacionais e buscando um tipo de assistência à saúde mental diferente da ofertada pelo hospital psiquiátrico. As experiências de hospital-dia, NAPS e CAPS fazem parte deste momento.

Importante lembrar que, após a aprovação da Lei 10.216/01 ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e, na sequência a publicação da portaria 336/02 que determina o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como diretriz do novo modelo de assistência. A portaria não só define, mas ordena a direção que vai tomar a política, os CAPS são definidos de acordo com a complexidade de funcionamento (porte) e abrangência populacional dos municípios. Inicialmente aponta 4 variações/modalidades: CAPS I, CAPSII, CAPS III e CAPS i, os CAPS AD III são criados com a portaria 130/12.

Como tratado anteriormente, a RAPS é instituída pela Portaria 3088/11 e tem, como principal concepção, a criação, ampliação e articulação dos 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). Cabe ainda lembrar que a RAPS tem, como objetivo geral:

I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; I – 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, 2011)

Dentre os dispositivos da política, que constam na RAPS (BRASIL, 2011), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os dispositivos estratégicos da política nacional de saúde mental, tomados como o principal instrumento de implementação da política no contexto da RAPS, como já apontamos no capítulo 3, e sua expansão é amplamente confirmada, como mostra o gráfico 4. Em 2001, quando a Lei 10.216 foi aprovada, existiam 295 CAPS no país, fruto da luta dos trabalhadores, movimentos

sociais, usuários que diante das dificuldades de aprovação da Lei na esfera nacional, passaram a se organizar nos municípios e estados, conseguindo a aprovação de várias leis estaduais antes da aprovação da lei federal e, sem nenhum incentivo para abertura dos serviços. Em dezembro de 2015, existem 2.328 CAPS funcionando no país (BRASIL, 2016) em suas várias modalidades, como podemos ver no gráfico a seguir:



Fonte: BRASIL (2016).

O gráfico 4 não nos deixa dúvida alguma, os CAPS de fato estão sendo implantados ano após ano, o que expressa um grande avanço numa das principais pautas dos movimentos na luta antimanicomial e sanitária (MNLA, RENILA, CEBES): a abertura de serviços substitutivos. Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, movimentos sociais, trabalhadores e governo entendem que a abertura de CAPS teria que ser priorizada procurando, assim, alavancar a outra pauta dos movimentos que é o fechamento dos leitos em hospital psiquiátrico (PITTA, 2011), dentro de uma perspectiva que para que os hospitais sejam fechados, é imprescindível, que existam serviços para o cuidado desses usuários, nesse sentido, são pautas complementares.

Por sua vez, o dado apresentado na série histórica do gráfico 04, agrupa todos os CAPS, a partir de uma única informação: a expansão dos CAPS no território nacional. Entretanto, percebemos a necessidade de nos aproximar desse real, em especial, porque a própria legislação aponta (Portaria 336/02): os CAPS se

diferenciam entre si, em modalidades, ademais, carecemos entender como se distribuem pelo território nacional.

Assim, procuramos trabalhar os dados a partir da diferenciação entre os tipos de serviço. Inicialmente, a questão das modalidades 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.

No Brasil, como já apontamos, as portarias ministeriais 336/02, 189/02 e 130/12 instituíram as modalidades de CAPS de acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2002b, BRASIL, 2013), como descrevemos no capítulo 3. Nesse sentido, torna-se necessário também traçar a discussão de crescimento de acordo com a modalidade do CAPS habilitado, visto que suas particularidades nos revelam uma realidade intrigante quanto à discussão sobre a expansão.

Tabela 2 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (2006-2015) (Continua...)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS ADIII	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	0	1.010
2007	526	346	39	84	160	0	1.155
2008	618	382	39	101	186	0	1.326
2009	686	400	46	112	223	0	1.467
2010	761	418	55	128	258	0	1.620

Tabela 2 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (2006-2015) (Conclusão.)

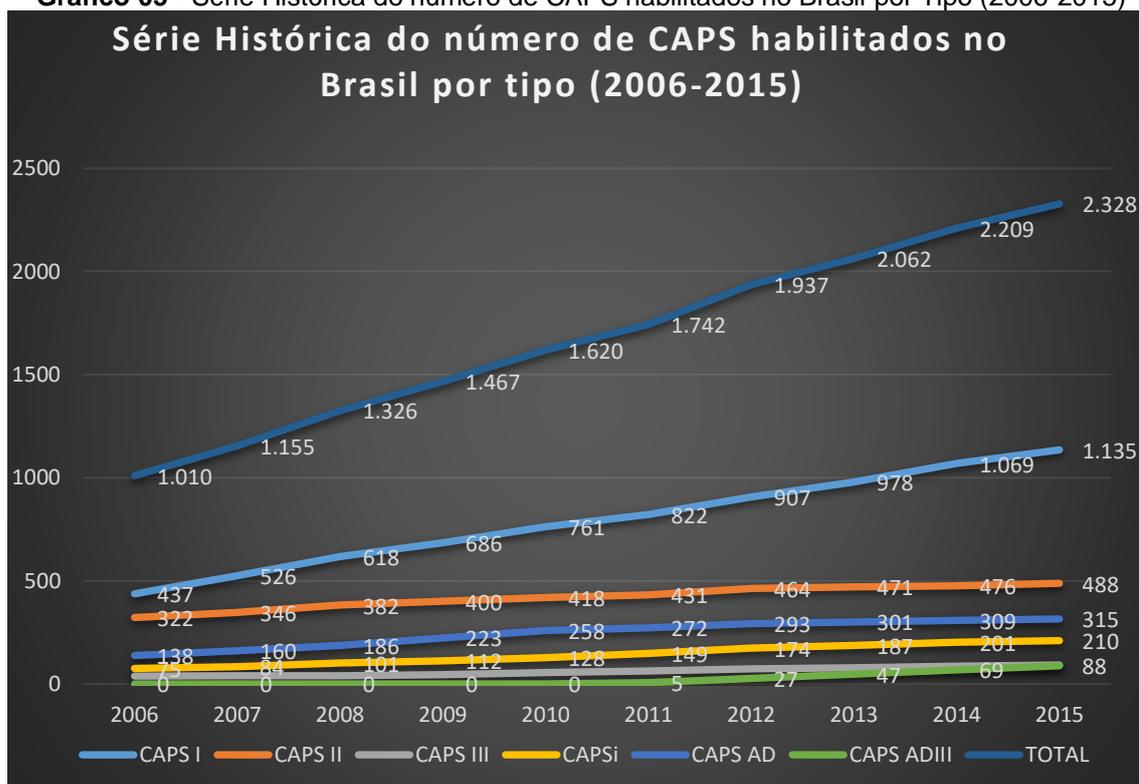
Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS ADIII	TOTAL
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	907	464	72	174	293	27	1.937
2013	978	471	78	187	301	47	2.062
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209
2015	1.135	488	92	210	315	88	2.328

Fonte: Brasil (2016).

Os dados oficiais disponibilizados (Gráfico 4) nos mostram a expansão dos serviços CAPS no país. Nos últimos 15 anos, foram criados mais de 2.000 serviços, que é um quantitativo expressivo. Todavia, na busca de nos aproximarmos da realidade de implementação da política de saúde mental na atualidade, analisamos os dados, enfocando as informações dessa expansão, a partir dos Tipos de CAPS (Tabela 2), visto que essa tabela nos apresenta a expansão por tipo de CAPS implantada no país.

Os dados revelam as contradições na implementação da política. De um lado, identificamos que esse crescimento não tem se dado de forma equitativa em todos os tipos de CAPS; de outro, identificamos que os CAPS que mais crescem não são os que apresentam maior capacidade para substituir o modelo manicomial.

Visualizemos as informações em linhas no gráfico a seguir (Gráfico 5). A imagem mostra claramente, que o aumento do número dos CAPS se concentra predominantemente nos serviços do tipo CAPS I – que são serviços destinados a municípios menores (acima de 20.000 habitantes).

**Gráfico 05 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (2006-2015)**

A análise dos dados nos mostra que essa é uma adequação desde o início da implementação da política, visto que 43,0% dos CAPS habilitados já em 2006 eram do tipo I, essa tendência tem se aprofundado, uma vez que 49,0% dos serviços habilitados até 2015 são CAPS do tipo I.

Uma apreciação histórica mostraria que a expansão não poderia ocorrer uniformemente, mas obedeceria às contradições construídas pela correlação de forças entre modelo manicomial e o movimento. Como a história assinala os grandes manicômios se concentraram nas grandes Metrôpoles e Regiões Metropolitanas, assim, o confronto com o sistema manicomial exigiria estratégias na constituição da rede substitutiva efetiva (PITTA, 2011).

Por outro lado, do ponto de vista demográfico é preciso se considerar que num país com um território tão amplo e com grande diversidade cultural, geográfica e ocupacional, essas características, também devem ser consideradas no planejamento da política. De acordo com IBGE (2015) no Brasil existem 5.570 municípios e uma população de 204.5 milhões de habitantes, com taxa de crescimento de 0,83% (2014-2015). Os dados do Instituto mostram ainda que 56,0% da população reside em municípios com mais de 100 mil habitantes, sendo que boa parte desses moram em

idades com mais de 500 mil habitantes. Os municípios menores apresentaram crescimento negativo, apontando para a dificuldade de construir estratégias nas cidades menores que sejam atrativas à sua população. Por sua vez, mostra que, enquanto a região sul está diminuindo demograficamente, a região norte passa a apresentar crescimento maior que a média do país.

Não podemos desconsiderar esses dados, em especial porque os CAPS são implantados e classificados a partir de características populacionais, a Portaria da RAPS ressalta isso ao diminuir a exigência do critério populacional em algumas modalidades.

Na análise do gráfico 02 não restam dúvidas, há um redimensionamento no formato da política visto que, dos 2.328 CAPS abertos (BRASIL, 2016), 1.135 são do tipo I. Os CAPS do tipo I são serviços de menor porte e têm sido implantados em municípios menores, figuram muitas vezes como único dispositivo da política de saúde mental no território, o que tem um significado de grande avanço da política na concretização da política nos municípios de pequeno porte, visto que muitos só conseguem a habilitação através da modalidade “consórcio municipal”. Dessa forma, os CAPS têm o grande mérito de constituir o marco da política de saúde mental em municípios que nunca tiveram nenhum dispositivo e cuidados dos seus usuários com transtorno mental, álcool e outras drogas.

A discussão, portanto, é complexa. Do lado dos trabalhadores desses serviços, se percebem questionamentos diante da pluralidade de demandas (transtorno adulto/criança e adolescente/ AD) num único serviço (SILVA et al, 2013) que, contraditoriamente, é o serviço entre os CAPS, com menor quantidade de recursos, do outro lado, a grande maioria desses municípios nunca havia conhecido alguma assistência na área de saúde mental, tendo seus cidadãos com transtorno mental, em sua grande parte, atendidos, através de internamento de longa permanência nos hospitais psiquiátricos localizados na metrópole mais próxima. Todavia, como mostram Silva, Dimenstein e Leite (2013), precisamos avançar na discussão sobre os CAPS do tipo I, pois que os mesmos, têm encontrado grandes dificuldades em impactar na dinâmica, na assistência e na produção de saúde mental desses municípios, visto que estamos falando de municípios com déficit de serviços sociais básicos, e que o IBGE (2015) apontou que boa parte desses municípios tem apresentado uma tendência de redução da população. Neste sentido, um CAPS

isolado pouco pode contribuir na produção de saúde mental, já que o CAPS é um serviço numa política de saúde mais ampla, dentro de uma política social maior, para que a reabilitação psicossocial não se resuma a um conceito.

Já os CAPS do tipo II, implantados em cidades com mais de 70.000 habitantes tiveram um período de “boom” em 2006, uma vez que, de todos os CAPS habilitados nesse ano 32% eram do tipo II, entretanto, em 2015, se registra uma queda para apenas 21,0% de CAPS habilitados do tipo II. Na verdade, a estagnação da abertura desse tipo de serviço também era esperada pelos pesquisadores e líderes dos movimentos sociais, dada as suas limitações de horários para trabalhar/ atender a crise em saúde mental. Esse modelo de CAPS induz à ideia de que o CAPS é parte do cuidado, mas não é cuidado integral (LUZIO; YAZUI, 2010) esse modelo permite que se faça uma reforma psiquiátrica preservando alguns hospitais, uma reforma psiquiátrica conservadora, na medida em que o hospital psiquiátrico, de alguma forma, faz parte da rede. No Primeiro Encontro da RAPS (2013) os trabalhadores apontaram em diversas mesas e debates a necessidade da transformação dos atuais CAPS II em CAPS III para se ter coerência com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em outros termos, apreendemos que 75,0% dos Centros de Atenção psicossocial habilitados no país em 2006 eram do tipo I e II e, em 2015, o quadro não é muito distinto, porquanto 70,0% dos CAPS habilitados são do tipo I e II, portanto de serviço com pouco potencial para de fato substituir o hospital psiquiátrico no cuidado dos usuários, visto que a atenção à crise envolve uma complexidade de cuidado que esses serviços não comportam (DIAZ, 2013; SILVA, DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Os dados também vão mostrar, a partir de 2011, o redirecionamento da política para o segmento de álcool e outras drogas, visto que a questão do crack se constituiu no maior fato político no que tange à política de saúde mental nos últimos anos, sendo alvo de críticas, debates e inúmeras polêmicas. Buscando responder às diversas demandas e sujeitos, num complexo processo de correlação de forças, que extrapola os objetivos desse trabalho, o governo implanta novos dispositivos, buscando fortalecer a rede assistencial, ligadas à Política de Álcool e outras drogas<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Mais detalhes sobre a legislação e dispositivos assistenciais consultar a Portaria 1.190/09 que cria o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD); e o Plano Crack (Decreto nº 7179). Entre as medidas, percebe-se o estabelecimento de valores diferenciados para o financiamento dos CAPS Ad II e CAPS ADIII (Portaria 1.966/13), como mostraremos adiante.

É importante também, ao analisar o crescimento da rede substitutiva, discutir o indicador de cobertura. O Ministério criou em 2001 um quadro com parâmetro de cobertura do indicador CAPS /100 mil habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde

[...] o indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. (BRASIL, 2015)

O indicador utiliza um cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS – os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes.

**Quadro 02** – Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes.

Cobertura muito boa	(Acima de 0,70)
Cobertura boa	(Entre 0,50 e 0,69)
Cobertura regular/baixa	(Entre 0,35 a 0,49)
Cobertura baixa	(De 0,20 a 0,34)
Cobertura insuficiente/crítica	(Abaixo de 0,20)

Fonte: Ministério da Saúde (2010).

De acordo com esse indicador (Quadro 02), a cobertura nacional é de 0,86 CAPS/100mil habitantes. Atualmente, as Regiões Sul (1,07) e Nordeste (1,00) apresentam os maiores índices de cobertura CAPS/100mil habitantes, sendo considerada uma cobertura “muito boa” e os menores índices de cobertura CAPS /100 mil habitantes ficam com as regiões Norte (0,61) e Centro-Oeste (0,66).

Uma análise que contemplasse apenas esse indicador mostraria que o Brasil conta, atualmente, com uma boa cobertura, mesmo nas regiões com menor número de serviços. É como se a política estivesse completamente consolidada e as diretrizes de universalidade e acesso amplamente garantidas. Ocorre que essa não é a realidade da política de saúde mental mesmo nas regiões com cobertura superior ao índice “muito bom”.

Entendemos que no início da implementação da Lei 10.216/01 a criação desse indicador fornecia elementos para garantir o planejamento inicial e acompanhamento por parte dos gestores, procurando direcionar a política, evitando a perpetuação das

grandes disparidades, inclusive regionais, no que tange à implantação dos serviços. Com a redução de leitos, as experiências em curso, os CAPS e outros dispositivos, é imprescindível rever a construção do indicador. Ora, os indicadores foram criados para apontar uma realidade que não aparece por si só. Contudo, na atualidade, o indicador carece da dinâmica histórica, pois não nos fornece elementos para discutir e analisar a realidade. Por sua vez, é curioso que o Ministério institua critérios demográficos para classificar e para avaliar a implantação dos CAPS e não aprofunde a discussão sobre a diversidade demográfica do nosso país. Vejamos: se de fato os serviços são pensados a partir de um suposto viés territorial, temos um problema crucial, pois o indicador só dá conta do quantitativo de habitantes de uma área geográfica que o CAPS deve ser referência. A partir do indicador, o território é um aglomerado de pessoas, todavia, sabemos que o que se tem chamado de território é algo muito mais dinâmico e complexo e que expressa o espaço que produz e reproduz processos de trabalho, de vida com toda a historicidade de sua constituição real, com todas as singularidades. Um critério único para todas as regiões do país, possivelmente, não contempla as diversidades demográficas mas, sobretudo, históricas que fazem uma população ser identificada como urbana, rural, litorânea, sertaneja, ou as relações entre emprego X desemprego X subemprego X informalidade num território, ou ainda a vivência da violência e os impactos na saúde mental e o acesso aos bens e serviços carregam uma historicidade que precisa ser pensada na construção da política. Ademais, as áreas com longo percurso manicomial precisam de estratégias que deem conta da complexidade em questão.

O indicador CAPS /100 mil habitantes dá pouca visibilidade ao que de fato existe, e, em especial, ao que se precisa efetivar na política diante da necessidade real dos que dela fazem uso.

A realidade tem sido mais dinâmica que os indicadores podem expressar. Os usuários, ou melhor, os trabalhadores adoecidos, seus familiares e os trabalhadores da saúde mental têm apontado uma vasta gama de aspectos que os indicadores não conseguem alcançar (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Recentemente, a discussão sobre a taxa de suicídio no mundo passou a compor um dos debates sobre a crise e a reforma psiquiátrica na Europa. Compreendemos que, para além de identificar as taxas de suicídio, que estão subindo em todo o mundo, em especial, nos países objeto das políticas de austeridade,

precisamos discutir o significado disso num momento como esse, visto que, até o presente momento, as crises europeias não tinham a elevação da taxa de suicídio como uma característica obrigatória. Todavia, o fato é que Portugal, Espanha, Grécia entre outros países têm discutido o aumento das taxas de suicídio em meio à crise (DESVIAT, 2015).

Diante dessas questões, não podemos deixar de arguir a recomendação do Ministério de um CAPS III para cada 150 mil habitantes, especialmente, quando aponta essa cobertura como “muito boa” (BRASIL, 2015).

Notadamente, a questão torna-se mais complicada, quando observamos que não está clara a atuação dos CAPS mesmo após a publicação da portaria da RAPS em 2011. Em muitas cidades o CAPS é o único dispositivo de saúde num território. Mesmo se tratando de um CAPS 24hs é imprescindível pensar na atuação do CAPS tanto nas ações relacionadas ao atendimento à crise, como as ações relacionadas à reabilitação psicossocial.

Os riscos de ser uma cobertura burocrática são crescentes, sobretudo, quando se analisa a equipe mínima, que em muitas cidades, torna-se máxima, orientada pelas portarias 336/02 e 130/12 que prevê 8 profissionais de nível superior para o “atendimento de cada 40 usuários por turno”, podendo em algumas situações “chegar a 60 usuários” (BRASIL, 2013). No que tange a essa questão, os artigos e as falas dos trabalhadores no I Encontro da RAPS de Curitiba mostram situações bastante intrigantes, inclusive dentro do mesmo estado ou município, situações em que o quantitativo de usuários tem aumentado, sem que haja aumento do quantitativo de técnicos, que continua a obedecer, quando muito à equipe mínima preconizada pelo Ministério, ou casos em que os CAPS estão com equipes desfalcadas, às vezes a metade da equipe orientada, neste caso, observamos, que o acesso à saúde mental não é efetivado, por falta de recursos humanos para o trabalho efetivo nos serviços substitutivos.

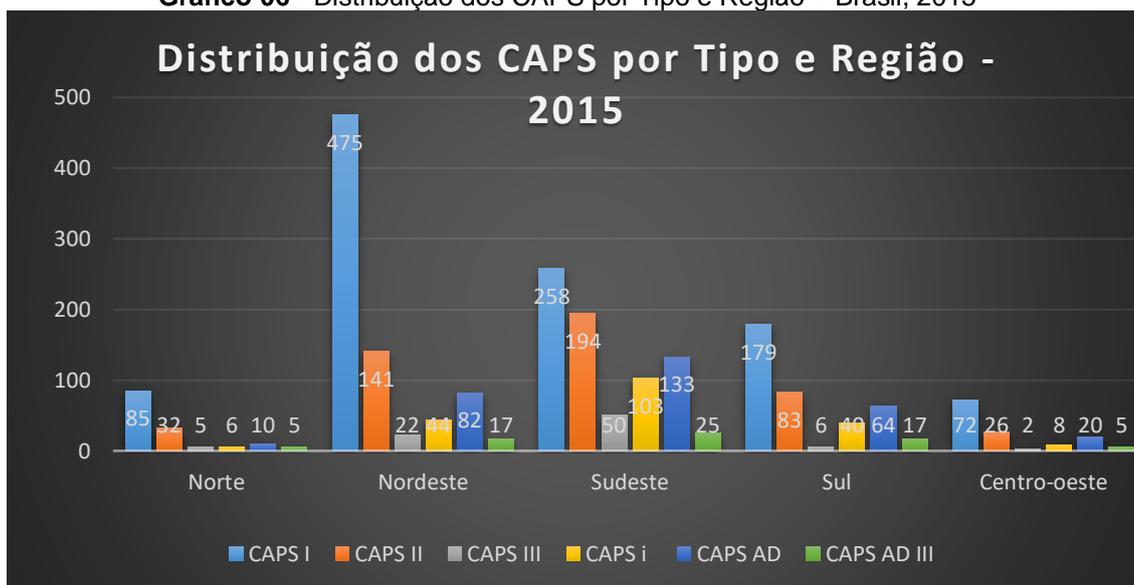
O debate sobre a cobertura e instalação de equipes nos CAPS, em especial os 24hs, tem seguido uma via instrumental, burocrática e despolitizada. Alguns municípios não conseguem compor a equipe mínima, muitos outros trabalham com a equipe mínima, apontando estarem dentro da legalidade, o que demonstra um tratamento absolutamente instrumental à discussão. A questão do quantitativo de trabalhadores que deve ter um CAPS tem gerado debates animados nos diversos

encontros de saúde mental, a exemplo do que ocorreu no I Encontro da RAPS em Curitiba, no qual os trabalhadores denunciaram a sobrecarga de trabalho, a intensificação do trabalho com velhas e novas atribuições, visto que com o fechamento dos hospitais psiquiátricos (fato que é desejado e mote das lutas dos trabalhadores e usuários,) tem aumentado significativamente o quantitativo de usuários que demandam os CAPS, contraditoriamente, os recursos parecem que não têm chegado com a mesma ênfase dos que precisam dos serviços.

A relação acima entre área de cobertura, número de trabalhadores e objetivos nos mostra a fragilidade do projeto implementado. É importante entender que não é algo muito estranho encontrar CAPS com mais de cem usuários, mas com o mesmo número de trabalhadores, às vezes menos. No Congresso da RAPS de 2013 em Curitiba, as condições de trabalho foram um dos pontos altos de crítica à atual política, que tem aberto novas modalidades de trabalho no SUS, com novas estratégias legais e jurídicas. Observamos assim, que a discussão sobre cobertura envolve uma gama de condicionantes que não são contemplados no índice atualmente proposto pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Por sua vez, se nos debruçarmos sobre os números brutos dos CAPS nas diferentes regiões, percebemos, que no real e no concreto o quantitativo de CAPS por Região abre uma gama de discussões sobre a direção da política, como veremos no gráfico a seguir:

Gráfico 06 - Distribuição dos CAPS por Tipo e Região – Brasil, 2015



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Procuramos, ainda, entender como essa distribuição se faz em nível nacional, nas diferentes regiões do país. Ressaltamos que os CAPS I lideram o crescimento em todas as regiões, contudo na região Sudeste observa-se uma tendência de uma divisão mais equilibrada, como mostra o gráfico 06, ou ainda, centrada nas potencialidades substitutivas dos CAPS III, visto que nessa região se concentram 59% desses serviços (Gráfico 07). De fato, a concentração não se faz por igual em toda Região Sudeste, ao analisarmos o crescimento por estado, identificamos que ele se dá em dois estados: São Paulo e Minas Gerais, que juntos detém 55% dos CAPS III do país (BRASIL, 2015). Sobre esse aspecto cabe lembrar que esses dois Estados apareceram durante anos no ranking dos estados com maior número de hospitais psiquiátricos do país, São Paulo em primeiro lugar e Minas Gerais em quarto<sup>30</sup>, seguido por Pernambuco.

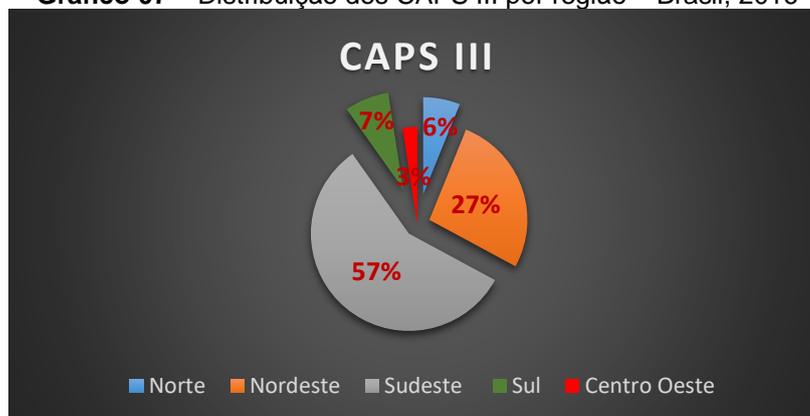
Esses dados nos colocam algumas questões para a reflexão: a) importante pensar no desenvolvimento dessas áreas e no papel do manicômio a serviço da onda de expansão do capital. Em se tratando especialmente de São Paulo e do Rio de Janeiro, não é mera coincidência que as cidades, que tiveram o maior número de hospitais psiquiátrico do país, também são as maiores metrópoles, onde se concentram as maiores empresas do país. São Paulo chegou a ter 58 hospitais psiquiátricos e o Rio de Janeiro 40. A história mostra uma relação dinâmica e dialética

<sup>30</sup>Contudo, ao se relacionar a população dos estados e o número de leitos por habitante, o Rio de Janeiro e Pernambuco, ultrapassavam os dois estados, ficando em primeiro e segundo lugar.

entre o desenvolvimento econômico e a montagem do aparato manicomial, entre inovação e conservadorismo, tal como tratamos no capítulo 3; b) chama atenção também, que foi a classe trabalhadora desses estados que primeiro denunciou os manicômios, pelas péssimas condições de trabalho e de cuidado. Os núcleos do movimento de luta Antimanicomial mais atuantes estão nos estados que tiveram história de luta da classe trabalhadora; c) A loucura, apartada de seu sujeito, vira objeto de trabalho e estudos a serviço de uma ciência capturada pela chamada “indústria da loucura”, muitas análises passam a discutir a loucura de forma a-histórica essa dinâmica torna o processo de reforma nesses e em outros centros urbanos-industriais um processo bastante complexo até os dias de hoje.

Posto isso, o estado de São Paulo destaca-se com 35 CAPS do TIPO III, o que, impressiona, visto que esse quantitativo é igual à soma das regiões Norte (5), Nordeste (22), Sul (6) e Centro-Oeste (2), como podemos vislumbrar no Gráfico 7 a seguir:

**Gráfico 07** – Distribuição dos CAPS III por região – Brasil, 2016



Fonte: Brasil, 2016

Mesmo levando em consideração os determinantes históricos da política de saúde mental em São Paulo, afinal é nesse estado que surge o primeiro CAPS e o primeiro NAPS, impressiona o comparativo com os outros estados e regiões. Na Região Centro-Oeste, por exemplo, só existem dois CAPS III, um localizado no Estado de Goiás e outro no estado de Mato Grosso do Sul. Vale apontar que o Centro-Oeste só perde para a região Norte, no que tange à pior cobertura de CAPS X habitante. Já no Nordeste, encontramos a segunda maior cobertura de CAPS existente no país. Essa região é líder na ampliação dos CAPS I, que representam 61,0% dos CAPS implantados na Região. O estado da Bahia lidera o ranking dos CAPS I, visto que 31,0% dos CAPS I da Região Nordeste estão em municípios baianos. Percebe-se que

o quantitativo de CAPS I também está relacionado aos recursos, que logo trataremos, além de ser o dispositivo mais barato, ele vem despertando o interesse de vários gestores municipais, que, atraídos pelos recursos, percebem a implantação dos CAPS muito mais como uma fonte de captação para a saúde, de recursos fora do teto, do que do projeto de mudanças na assistência à saúde mental.

Paradoxalmente, os dados disponibilizados pelos gestores nos mostram um quadro bem diferente e pouco animador quando nos confrontamos com a expansão dos CAPS do tipo III, os seja, os CAPS 24horas perfazem apenas 4,0% dos CAPS habilitados. Estudos (AMARANTE, 2007; LUZIO; YAZUI, 2010; RANGEL, 2008; DIAZ, 2013) têm mostrado os desafios da Reforma Psiquiátrica na atualidade e que os CAPS do tipo III são os serviços com maior potencial substitutivo se comparados com outros serviços do gênero, visto que os demais serviços têm grandes limitações de horário e equipe. Os CAPS III são os únicos que têm esse potencial em sua essência, visto que os CAPS de tipo III proporcionam acolhimento diurno e noturno, funcionam 24 horas/dia, e possuem até oito leitos para acolhimento noturno. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), atendem as pessoas em situação de crise, evitando as internações (BRASIL, 2004).

Por sua vez, na conjuntura atual, as políticas sociais vêm sendo atravessadas por inúmeras investidas neoliberais no sentido de redefinir, redimensionar e ressignificar a política, em especial, sua abrangência e significado, num processo que denominamos nessa tese da “arte do possível”.

Os dados ora apresentados não podem ser analisados suspensos da realidade contemporânea. Em meio a uma crise da acumulação capitalista em escala mundial, o Brasil tem optado por um tipo de gestão que procura mesclar o crescimento econômico com o desenvolvimento social, percebe-se uma tendência, em especial entre 2003 e 2011 em mostrar uma política que galopa junto com o desenvolvimento do país.

Esses dados nos mostram o campo complexo das políticas sociais na contemporaneidade, e a política de saúde mental em particular, o desafio de se avançar na política mostra também as nuances da racionalidade dessa sociedade burguesa – a forma escolhida de se implementar a política reproduz as contradições do sistema capitalista. A preocupação com o desenvolvimento do país, com as políticas sociais foi a marca do país nos últimos anos, em especial nos 8 anos de

governo Lula. A política de saúde mental também passa a compor a busca por “desenvolvimento com equidade” que passa a ser a marca do novo governo. Muitos autores, inclusive defendem que esse modelo neodesenvolvimentista é pós-neoliberal (SADER, 2014).

Por sua vez, chama atenção que autores, como Pitta (2011) começam a questionar: “*a reforma psiquiátrica esgotou?*” (PITTA, 2011). O que está havendo com a política? Estamos diante apenas de desafios, como aponta o Ministério da Saúde? Ou de fato se percebem incoerências e redefinições em sua implementação? Creio que para além de desafios, a política apresenta um leque de contradições a ser explorado.

Algumas mediações têm sido ocultadas de grande parte das análises, visto que elas se materializam nos problemas que são vivenciados no cotidiano dos serviços e, passam a ser discutidas e analisadas pelos gestores e uma parte da academia de forma fragmentada, recortando, muitas vezes, a política de saúde mental da totalidade social.

Apreende-se no âmbito das políticas sociais, inclusive na Política de Saúde Mental, uma preocupação com os instrumentos, metas, resultados alcançados, ao mesmo tempo em que novas funções passam a ser impostas aos trabalhadores. A operacionalização da política e sua dimensão instrumental passam a ganhar novos contornos que nos remetem a pensar nos processos de fetichismo, de alienação que marcam a política de saúde mental e de um modo geral, as relações sociais na sociedade burguesa.

A argumentação se assenta nos questionamentos que perpassam as políticas sociais e sua implementação no capitalismo. Visto que, de um lado, a política atende às demandas dos movimentos sociais, em que a pressão exercida pela sociedade, num momento histórico específico se pauta pela democratização, ao mesmo tempo em que os direitos sociais tornam-se bandeira hegemônica nos espaços de negociação. Por outro, refletimos sobre as transformações no contexto local, nacional e internacional de como a política de saúde mental é apropriada dentro dos parâmetros do desenvolvimento capitalista e capturada pela racionalidade burguesa.

Para apreender a formatação da Política de Saúde Mental no Brasil, em meio a um vasto campo de determinações, é indispensável também perceber a política dentro do processo de acumulação capitalista: a relação entre racionalidade burguesa

e política social; a gênese entre a desigualdade e o capitalismo; o papel da luta de classes; as novas estratégias de hegemonia da burguesia e a ação do Estado historicamente.

No Brasil, a política emerge numa conjuntura bastante complexa, em que, de um lado, temos a ampliação do Estado que, além de dar condições para a produção expandir e reprimir as ameaças ao sistema passa a buscar a integração das classes subalternas e a legitimação da ordem, reproduzindo a ideologia dominante (MANDEL, 1999). Do outro lado, percebe-se um giro na correlação de forças, visto que a Lei passa mais de uma década em negociação, sendo aprovada num contexto adverso, sob a conjuntura neoliberal, no aprofundamento da desigualdade social e da pobreza, em meio à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2008).

Na verdade, o panorama materializa a contraditória coexistência entre universalidade e neoliberalismo. A opção pela implantação de um tipo de serviço obedece um dinâmica contraditória e dialética e ao mesmo tempo que garante, nega, o direito. Os serviços existem, todavia, muitas vezes, não atendem às reais necessidades para os quais foram demandados.

#### 4.3.2 A Redução dos Leitos em Hospital Psiquiátrico

A segunda tendência da atual política, além de ser confirmada pelos dados oficiais é uma das principais bandeiras do movimento de luta antimanicomial. Observamos, de fato, uma redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (em grande maioria, privados) visto que em 2001 existiam ao todo 52.962 leitos psiquiátricos no país, e atualmente os dados divulgados mostram que existem 25.988 leitos (BRASIL, 2015). Vale lembrar, todavia que a redução de leitos começa antes mesmo da aprovação da Lei, ao passo que a problemática da reforma psiquiátrica ganha corpo nos debates nacionais e internacionais, através, especialmente, das denúncias dos trabalhadores. De acordo com o Ministério da Saúde em 1996 existiam 72.514 leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005), assim, já se percebia uma tendência efetiva de fechamento de leitos, durante todo o período em que a lei tramitou no Congresso e no Senado. Se de um lado mostra que o fechamento de instituições manicomiais, de outro, um olhar mais cuidadoso vai apontar para o fechamento de mais de vinte mil leitos em uma década em que efetivamente, poucos serviços foram abertos, pois a

legislação só existia em alguns estados. Na década de 1990, podemos falar do risco de desassistência, termo tão em moda na atualidade. Na ausência da constituição de uma rede efetiva, a diminuição da assistência psiquiátrica pode soar como desassistência, em especial, em uma década neoliberal, em que o Estado procurava cortar gastos sociais e diminuir a intervenção nas políticas sociais.

Recentemente, um dos fatores que vêm sendo colocados como decisivo para o fechamento dos hospitais psiquiátricos é o congelamento das diárias pagas pelo SUS aos hospitais privados. Na segunda metade dos anos 1990, só ocorre um reajuste durante a Gestão de José Serra, no Governo de Fernando Henrique Cardoso e mesmo assim, não atende aos donos dos hospitais psiquiátricos, alguns deles se antecipam à Lei, que inicialmente previa o encerramento dessas instituições e, fecham suas portas.

Com a aprovação da Lei 10.216/01, a redução de leitos continua a ser bandeira dos movimentos sociais organizados em várias batalhas: uma batalha histórica, visto que desde a década de 1970 os trabalhadores têm denunciado as condições de trabalho e tratamento nos hospitais superlotados, na medida em que o número de hospitais psiquiátricos aumenta extraordinariamente durante o período militar passando de 135 hospitais psiquiátricos em 1961, para 430 em 1981. Podemos citar, também, uma batalha política, em que lembramos a luta pela aprovação da Lei 10216, em que os trabalhadores tiveram que enfrentar o Senado e sua organização em torno da Federação dos Hospitais, o que resultou nas longas mesas de negociação e a modificação do projeto de lei. E também uma batalha no âmbito ético-político, uma vez que a luta acontece todos os dias no cotidiano dos usuários, trabalhadores e dos serviços que procuram construir uma nova ética, pautada em relações humanas e tendo como meta a emancipação.

Em meio a essa árdua luta, a pauta da redução dos leitos figura entre as principais razões da lei 10.216/01 ter passado 12 anos para ser aprovada no Congresso (como já nos reportamos), visto que a proposta inicial falava da extinção dos hospitais psiquiátricos e a que foi aprovada trata da redução prevendo a requalificação dos hospitais psiquiátricos, enquanto eles existam.

No caso da diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, após a publicação da Lei 10.216/01, publica-se a portaria 469/GM, em 06 de abril de 2001 alterando a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação (em hospital

psiquiátrico) e ainda, propondo um sistema de avaliação dos hospitais, o “Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar” (PNASH, 2001), no caso da avaliação em saúde mental a sigla era PNASH – Psiquiatria. Em seguida ainda foram publicadas as portarias 251/02 e 52/04 que instituem diretrizes e normas para o funcionamento dos hospitais e para a reclassificação dos mesmos. As portarias apoiam a discussão sobre a diminuição dos hospitais de maior porte, tendo inclusive uma orientação explícita sobre essa questão:

Os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente os seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS, com base em planificação local ou regional (BRASIL, 2004, p.02)

A partir deste momento, os hospitais passam a ser classificados em grupos de acordo com o porte. Quanto mais grupos de 40 usuários, tiver o hospital, menor é o valor da diária paga e, a partir de um quantitativo X lhe é dado um prazo para se readequar às novas exigências. Essa classificação, é utilizada como parâmetro para o direcionamento dos recursos para os hospitais psiquiátricos.

O enfrentamento à realidade manicomial da rede assistencial se fez a partir da pressão do movimento e apoiado, em grande parte, na organização produzida por estas portarias. Com a justificativa de qualificação dos técnicos e de melhoria dos serviços de internação psiquiátrica, que buscava valorizar os hospitais menores em detrimento dos maiores, que deveriam integrar-se nos programas de humanização e reestruturação hospitalar, sendo que essa proposta, algumas vezes, isso tem significado reestruturar, diminuir mas continuar funcionando. Diante deste quadro o Ministério da Saúde publicou a portaria ministerial 2.644/2009, 2.647, sendo que a primeira estabelece uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos, procurando valorizar os hospitais de menor porte, visto que estabelece diárias diferenciadas de acordo com o quantitativo de pacientes, quanto mais pacientes, menor é o valor da diária, a portaria 2.647 determina o teto financeiro a ser gasto. Nesse momento é lançada a portaria 426 que é conhecida por muitos como a que determina o congelamento das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos – na verdade ela impede que os hospitais em processo de descredenciamento sejam beneficiados com os reajustes das portarias 2.644 e 2.647. A justificativa para o congelamento é que esses hospitais psiquiátricos não atendiam aos critérios mínimos de “qualidade assistencial

definidos pelo PNASH/Psiquiatria e por necessitarem de novas pactuações para que seja finalizado o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados” (BRASIL, 2009). Buscava-se com isso acelerar o ritmo do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Todavia, as escolhas têm seu preço. O Estado não só abre a possibilidade de manutenção dos grandes hospitais, como paga para que eles fechem as portas (PNASH, 2004; LUCENA, 2011), visto que esse processo de redução das diárias não é tão simples e, não poucas vezes, quem paga a conta é o usuário admitido. Diante da diminuição de recursos, os hospitais tornam a assistência aos usuários ainda mais precária. Muitos negam comida e até mesmo água para os usuários admitidos (LUCENA, 2011).

De fato, esse é um campo de muitas polêmicas e controvérsias. Os hospitais psiquiátricos e a Associação Brasileira de Psiquiatria apontam que a legislação e a falta de recursos impossibilitam o funcionamento<sup>31</sup>. O Movimento de Reforma Psiquiátrica entende que o congelamento das diárias é uma estratégia de implementação da reforma psiquiátrica. O Ministério Público, por sua vez entende que os Hospitais são instituições ultrapassadas perante a nova legislação, mas têm negociado vários acordos entre municípios, Estados e donos de hospitais com vistas à manutenção mínima dos pacientes internos, diante do pedido de falência dos empresários e da ameaça frequente de desassistência dos usuários, nos processos de descredenciamento dos hospitais psiquiátricos<sup>32</sup>.

Na verdade, quando um hospital psiquiátrico é indicado para o descredenciamento pela avaliação PNASH – psiquiatria, já se sabe que o hospital não tem cumprido seu papel assistencial. Todavia, os processos de descredenciamento têm apontando para a complexidade do processo. Não basta decretar Leis e portarias cortando verbas e recursos. Os proprietários não vão diminuir o seu lucro, vão cortar

---

<sup>31</sup> Ao longo dos anos a imprensa tem realizado inúmeras reportagens sobre essa discussão. Ver: “Sem recursos, hospital psiquiátrico do Paraná fecha as portas em julho”, G1, Globo, 18/06/15, in: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/06/sem-recursos-hospital-psiquiatico-do-parana-fechara-portas-em-julho.html>. “A cidade onde a Reforma Psiquiátrica não ocorreu, Carta Capital, Sociedade, Direitos humanos, 29/04/11, in: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-cidade-onde-a-reforma-psiquiatica-nao-ocorreu>.

<sup>32</sup> Sobre as pactuações entre o Ministério Público, hospital privado, municípios, estados e Ministério da Saúde, Ver: [http://siteantigo.mppe.mp.br/index.pl/clipagem20091811\\_comeca](http://siteantigo.mppe.mp.br/index.pl/clipagem20091811_comeca). Para uma discussão mais detalhada sobre o descredenciamento de um hospital psiquiátrico ver a dissertação de mestrado de Marcela Lucela: “Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação, Recife: UFPE, 2011.

despesas, isso tem acontecido repetidamente no país, o tem levado à intervenção do Ministério Público e a novos acordos financeiros para garantir a sobrevivência dos usuários durante o processo. O hospital psiquiátrico funciona como uma empresa capitalista, no momento de crise, o proprietário não admite diminuir lucro, repassa o prejuízo para os usuários. O caso do Hospital Alberto Maia, em Pernambuco, é emblemático, pois mostra o quão tenso pode se tornar um descredenciamento de um hospital psiquiátrico do SUS, em que o Ministério Público interviu tanto para garantir a sobrevivência dos usuários do hospital que àquela altura “viviam em condições precárias, sem comida, roupas ou condições de higiene. Eles só tinham garantida uma refeição por dia, por ordem do Ministério Público” (O GLOBO, 2009). Foi necessário um acordo financeiro (R\$2,4 milhões) para garantir 3 refeições por dia para os usuários (ABP, 2009). Nesse processo em que sobram contradições, o termo desassistência toma novos significados diante da ofensiva que se forma.

Neste momento, é importante um olhar mais atento para essa discussão, pois ela tem sido apontada como ponto de culminância de pautas na atualidade, desta forma, nos chama atenção o número de vezes que aparece o termo desassistência, visto que ele toma diversos sentidos. No início da década de 80, se apontava a desassistência produzida dentro dos hospitais psiquiátricos (RATTON, 1979), na medida em que os pacientes estavam abandonados à própria sorte, sem assistência, sem cuidados. Recentemente, o termo tem voltado à cena da discussão da saúde mental. Tem sido utilizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, em várias entrevistas e pronunciamentos que juntamente com os proprietários dos hospitais psiquiátricos têm apontado a desassistência das pessoas com transtorno mental, visto que, supostamente, o fechamento dos hospitais estaria provocando uma desassistência<sup>33</sup>. Por sua vez o termo também vem sendo utilizado pelos movimentos sociais com bandeiras anti-manicomiais e pelos trabalhadores da área, que têm apontado riscos de desassistência no atual modelo, diante da precarização do trabalho. Esses paradoxos nos levam a questionar sobre os diferentes projetos que estão em disputa e sobre as contradições do modelo em curso.

---

<sup>33</sup>Sobre o assunto ver matérias: “Equívocos da ‘reforma psiquiátrica, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria” In: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12028>; “Fechamento de leitos psiquiátricos gera epidemia de desassistência”. In: <http://www.simers.org.br/2015/07/fechamento-de-leitos-psiquiatricos-gera-epidemia-de-desassistencia/>.

Ora desassistência aparece como sinônimo da assistência prestada pelos manicômios. Nesse sentido, o termo é utilizado como protesto ao modelo utilizado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, muito utilizado pelo Movimento dos trabalhadores em Saúde mental durante a década de 1970 e 1980, a desassistência estava concretizada numa assistência em que os homens, remetidos a mercadorias, não eram assistidos de forma humana, muitas vezes, desumanizados de sua essência. São inúmeras as denúncias de maus tratos, o que fez com que Basaglia, em visita ao Brasil no final dos anos 1970, comparasse o manicômio de Barbacena a um campo de concentração. Todavia, não precisamos voltar 4 décadas, em Sorocaba, São Paulo, desde o início dos anos 2000 sobram denúncias contra o hospital psiquiátrico da região. O hospital psiquiátrico Vera Cruz chegou a ser matéria de reportagem (SBT, 2013) na qual a equipe de reportagem filma os pacientes sendo atendidos de forma desumana: pacientes nus, descalços, camas sem colchão, indícios de violência física, fezes pelo chão, mortes mal explicadas e pacientes desaparecidos. No Nordeste, existem vários casos como a interdição do hospital João Ribeiro (Paraíba) e Hospital Alberto Maia em Pernambuco. Na Paraíba, no início dos anos 2000, a imprensa entrou no hospital psiquiátrico João Ribeiro, tradicional e conhecido centro de atendimento da cidade de Campina Grande e filmou os pacientes em situações cotidianas e rotineiras do lugar, o que chocou a todos ver pessoas tomando banho coletivo, completamente despidas, aos montes, com dormitórios sem colchão, sem comida e sem medicação, o que acelerou o processo de descredenciamento junto ao Ministério da Saúde. No Alberto Maia, em Pernambuco, quem passava pela frente do hospital não entendia a dimensão que ele tomava após passar pela entrada principal: uma vila de loucos. Ruas dividiam os pavilhões de um hospital que chegou a ter 4.000 usuários nos anos 70. As condições eram muito graves, pois até comida e água eram negadas aos pacientes.

Contraditoriamente, desassistência também aparece no discurso dos proprietários de hospitais psiquiátricos, da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que tem utilizado a expressão para chamar a atenção para os riscos de desassistência, visto que, desde os anos 1990 as diárias dos hospitais psiquiátricos têm tido poucos reajustes pelo SUS. Especialmente após a Portaria 2644/2009, os hospitais têm iniciado uma discussão sobre os riscos do fechamento dos hospitais e a possibilidade de desassistência. De acordo com o

cenário e a correlação de forças, a posição dessas instituições torna-se mais dura ou flexível, em alguns momentos chegam a apontar que os CAPS são necessários, mas não são suficientes, em outros, apontam que os CAPS não têm condições de atender a crise e que existem pacientes que só sobrevivem nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2012).

No mesmo ano de publicação das portarias 2.644/09, 2.647/09 e 426/09, através de uma articulação política com a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, a ABP participa de um seminário em 17 de novembro de 2009 para “Debater os Efeitos Sociais do Consumo do Álcool e a Dependência Química na Adolescência e as Políticas Públicas Implementadas”. A preocupação com os episódios trágicos envolvendo o uso de drogas teria motivado o evento que termina discutindo o rumo da política de saúde mental. A ABP traz para a discussão a dificuldade da rede pública em tratar dependentes químicos dentro de uma assistência insuficiente. Na verdade, João Alberto, então presidente da ABP, defendeu que, para além dos investimentos, o grande problema era a direção da política, que estaria levando à desassistência.

Os trabalhadores de saúde mental, por sua vez, nos últimos anos, têm retomado o termo. Neste caso, o termo desassistência aparece diretamente ligado à atual política de saúde mental. O corte nos recursos destinados aos CAPS, a infraestrutura precária e a escassez de recursos humanos são percebidas e denunciadas pelos trabalhadores em vários estados brasileiros. (FREITAS, 2014; LIMA, 2013).

Acreditamos que é importante nos reportar a Marx, no Capítulo primeiro do livro I do Capital, que, ao falar da mercadoria, usa intencionalmente o termo “aparece” tal como resgatamos a seguir: “[...] a riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma ‘enorme coleção de mercadorias’...” (MARX, 2013, p. 113). Marx utiliza a palavra “aparece” para apontar que uma coisa é diferente da sua aparência superficial. Ao nos lançarmos no desvelamento das contradições da implementação da política, salientamos que é necessário ir além do que aparece, mas também, apreender por que ela aparece desta ou daquela maneira.

Estamos diante de um momento histórico de agudização da crise do capital e de grande ofensiva ideológica. Tradicionais bandeiras da classe trabalhadora são apropriadas pelo pensamento burguês contemporâneo e seus significados têm sido

revisitados a partir da visão de mundo burguesa. Na verdade, essa investida ideológica não é nova e faz parte do desenvolvimento do capitalismo, como tem mostrado a literatura marxista (MARX; ENGELS, 2013; LUKACS, 2010; COUTINHO, 2011). Desde a “Ideologia Alemã” Marx e Engels apontavam que as diversas esferas ideológicas não possuem desenvolvimento autônomo, mas são “[...] consequências e manifestações do desenvolvimento das forças materiais de produção e da luta de classes” (LUKÁCS, 2010).

Assim, pensar a política de saúde mental na contemporaneidade exige uma reflexão crítica para delinear com clareza, os desafios que esta proposta de transformação enfrenta na sociedade capitalista nos marcos da atual crise. A formatação de uma política de Estado que regula a reforma psiquiátrica e o resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental vai muito além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da implantação de novos serviços, é uma proposição de mudança na forma de conceber a realidade, que demanda a análise das condições históricas e das determinações em que se efetiva sua operacionalização. E ainda, num país com as dimensões continentais do Brasil, a diminuição dos leitos em hospital psiquiátrico e a expansão dos chamados serviços substitutivos obedecem a uma unidade contraditória e dialética. É importante apontar que a grande maioria dos hospitais psiquiátricos do país era de propriedade do setor privado, que trabalhava com leitos conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde), dentro de um modelo conservador e centralizador de atendimento, ferindo os dispositivos constitucionais e as diretrizes da Política Nacional de Saúde – SUS (BRASIL, 1990).

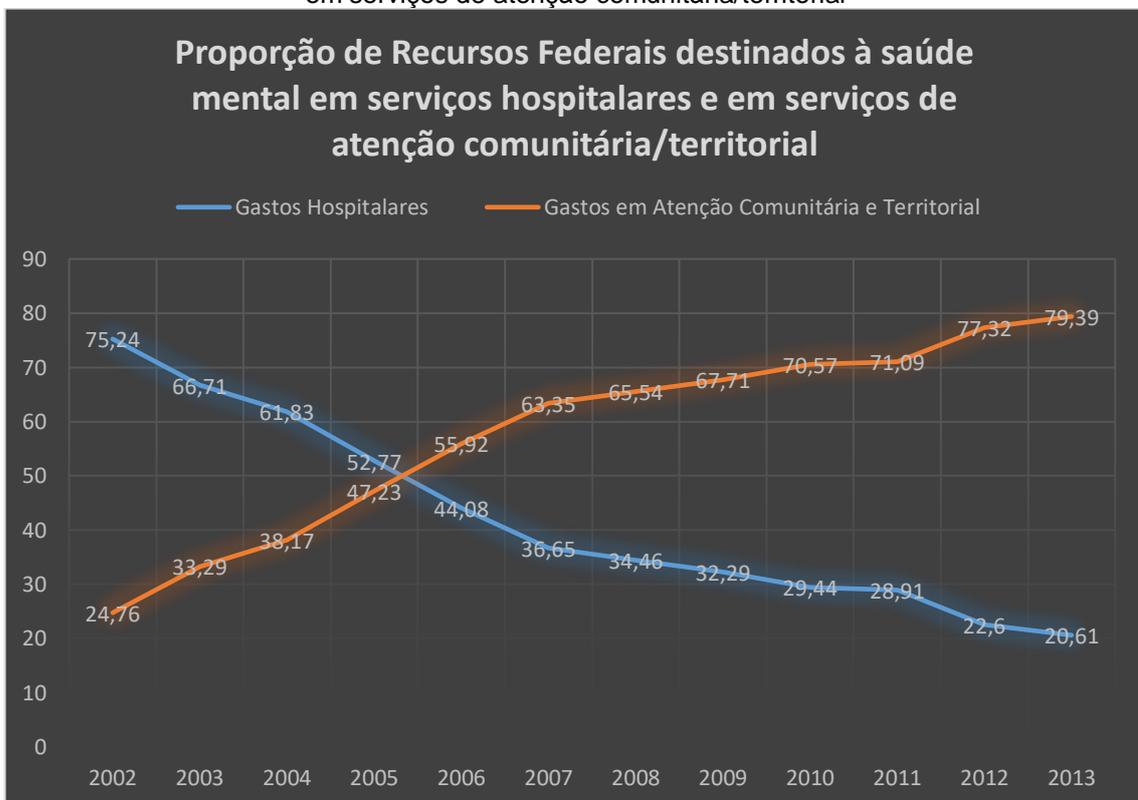
Por sua vez, ao mesmo tempo que a ampliação da rede substitutiva em saúde mental é considerada um grande avanço na universalidade, no sentido de assegurar “[...] a política de saúde como direito universal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.157) tendo um significado positivo na estruturação tardia da política de saúde mental, também traz na forma de operacionalizar, inúmeros questionamentos sobre as diretrizes, o direito e a racionalidade que orienta a política. É importante refletir sobre essas questões, pois é curioso que mesmo com a ampliação dos serviços, contratação de profissionais, observava-se tanto por parte dos trabalhadores dos serviços substitutivos, como por parte da sociedade, novos questionamentos com a assistência (COELHO, 2012a) à saúde mental.

#### 4.3.1 Financiamento – inflexões neoliberais

A discussão das duas principais bandeiras de luta da reforma psiquiátrica – a redução de leitos e a expansão dos serviços substitutivos – em especial dos CAPS nos inquietou para discutir um pouco mais sobre os rumos da política de saúde mental e os recursos financeiros.

Recentemente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) informou que a atual proporção é de 79,39% dos gastos com a Rede substitutiva e 20,61% com a rede hospitalar. Certamente, o avanço da reforma psiquiátrica é facilmente comprovado ao ser analisar o aumento dos gastos com a rede comunitária ou territorial.

**Gráfico 08** – Proporção de Recursos Federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial



Fonte: Brasil (2015).

Os dados disponibilizados pelo Ministério apontam o crescimento dos Gastos em Atenção Comunitária e Territorial, também chamado pelo Ministério de gastos

Extra hospitalares<sup>34</sup>. O gráfico 8, construído a partir dos dados percentuais do Ministério da Saúde/ Coordenação Nacional de Saúde Mental mostra a mudança da política desde a aprovação da Lei 10.216 e das diversas portarias que vão dar sustentabilidade à mudança, a exemplo da portaria 336/02 e portaria 251/02.

Por sua vez, estudos recentes (DELGADO et al, 2012) mostram a evolução dos gastos em saúde mental, com valores brutos. As informações disponibilizadas pelos pesquisadores, corroboram com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. E expressam também em valores uma redução progressiva dos gastos com a rede hospitalar e um crescimento dos gastos com a rede substitutiva comunitária. Os números apontam um aumento de 404,2% com os gastos comunitários/rede substitutiva. Todavia, a diminuição com os gastos hospitalares não segue a mesma proporção. Entre 2001 e 2009, os valores pagos aos hospitais psiquiátricos diminuem 41%. Ao longo dos anos, muitas medidas contribuem para essa redução desde o congelamento das diárias até o descredenciamento de várias instituições ao longo desse período. Lembramos que o Ministério da Saúde tem aumentado os valores gastos na Política de Saúde Mental, todavia, sem grandes mudanças em termos percentuais.

Somente em 2006, os gastos com a rede substitutiva superaram os gastos com a rede hospitalar. Nos dados disponibilizados por Delgado (2012) podemos perceber o montante de recursos que têm chegado à política de saúde mental (Tabela 03).

**Tabela 03** – Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.

Tipo de gasto <sup>a</sup>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Extra-hospitalares	205,29	226,8	305,89	361,45	483,37	625,42	840,08	922,28	1.035,08
Hospitalares	798,01	689,35	613,04	585,56	539,96	493,09	485,95	477,81	482,83
<b>Total</b>	<b>1.003,30</b>	<b>916,15</b>	<b>918,93</b>	<b>947,01</b>	<b>1.023,33</b>	<b>1.118,51</b>	<b>1.326,03</b>	<b>1.400,09</b>	<b>1.517,91</b>

Fonte: Delgado (2012).

Nota: a = Valores em milhões de reais de 2009.

Percebemos que há um aumento dos recursos, ao longo dos anos no processo de Reforma Psiquiátrica, embora haja aumento do montante como mostra a tabela 03,

<sup>34</sup> Gastos Extra hospitalares são os gastos com a Rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, a saber: CAPS (em todas as modalidades), Residência Terapêutica, Consultório de/na rua, Albergues Terapêuticos, e demais dispositivos da política que estão fora do hospital psiquiátrico.

em termos percentuais, os recursos se mantêm sem grandes alterações, como apontaremos a seguir.

Vários estudos apontam o financiamento como uma questão problemática (PITTA, 2011; RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011) para a sustentabilidade orçamentária da rede de saúde mental. Oliveira e Garcia (2011) apontam, ao analisar a Política de Saúde Mental e sua inserção no planejamento e na gestão dos municípios do estado do Espírito Santo, que, embora a saúde mental apareça como item da agenda municipal em seu planejamento, sua configuração não garante que as ações propostas sejam efetivadas, pois não asseguram os recursos necessários à sua execução.

Ao analisar os mecanismos de gestão que têm facilitado ou dificultado o processo de reforma psiquiátrica, Barros; Salles (2011) também colocam a questão da escassez de recursos como um dos gargalos do avanço do processo, apontando que o gasto brasileiro está muito aquém do esperado para uma política em franca expansão. Delgado (2012) assinala que 61,5% dos países da Europa aplicam mais de 5,0% do orçamento da Saúde na Saúde Mental, e 8,0% gastam mais de 10,0% desse orçamento com Saúde Mental. No continente americano, 33,3% dos países que disponibilizam esse dado, gastam mais que 5,0% do orçamento da Saúde na Política de Saúde Mental. Referindo-se ao Brasil, o autor também adverte que além da previsão no orçamento, a questão se estende à garantia da execução orçamentária à rede substitutiva.

Entendemos que o orçamento vem sendo apontado como uma das grandes dificuldades da política de saúde mental na atualidade. 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, como podemos observar com os dados de Delgado (2012) o valor nominal dos recursos tem aumentado, porém, o percentual foi mantido entre 2,3 % e 2,5%, enquanto que a orientação da OMS é que seja de 5,0% (DELGADO, 2012; GARCIA; 2011).

Garcia (2011) traz elementos importantes para pensarmos no financiamento da política de saúde mental. A autora discute as mudanças trazidas pelo Pacto pela Vida nas formas de transferência de recursos a estados e municípios:

[...] agrupando os recursos de custeio transferidos em Blocos de Financiamento: a) Bloco da Atenção Básica; b) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco da Vigilância em Saúde; d) Bloco da Assistência Farmacêutica; e) Bloco de Gestão. As novas regras foram regulamentadas pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). (GARCIA, 2011, p. 12)

A autora chama atenção para o fato de que o governo federal repassa, em média, um terço do custo dos serviços, devendo estado e municípios arcarem com as demais despesas. Contudo, a contrapartida estadual ainda é almejada na grande maioria dos estados brasileiros, ficando a cargo do município, o maior custo com a política. Garcia (2011) lembra ainda que apesar de a lei prever que os recursos financeiros dos leitos fechados sejam direcionados para rede substitutiva, esse processo é muito mais complexo do que se pode imaginar:

Há que se considerar, contudo, que a verba das internações hospitalares é federal; a manutenção das residências terapêuticas e dos CAPS é municipal; e os hospitais psiquiátricos são essencialmente privados. Além disso, os internos nos hospitais psiquiátricos não são necessariamente originais dos municípios-sede dos hospitais em que estão internados, nem necessariamente permanecerão nestes municípios. (GARCIA, 2011, p.13)

Sem dúvida, essa é uma discussão muito complexa, que nos faz lembrar Rotelli (2001) quando conceituou desinstitucionalização de um processo social complexo. No Brasil, essa questão levantada por Garcia (2011) tem sido palco de muitas e variadas polêmicas, que, não poucas vezes, só são resolvidas com o apoio do Ministério Público. Os grandes manicômios recebiam pessoas de todas as localidades, de municípios vizinhos e longínquos. Inicialmente os processos de desinstitucionalização passam por tentar resgatar algum vínculo familiar, ou dependendo do quantitativo de usuários de um mesmo município de articular a abertura de uma Residência Terapêutica nesse município. Todavia, os recursos, provenientes do fechamento dos leitos, vão para o município onde os leitos existiam, tornando um processo social muito mais complexo.

Garcia (2011) traz ainda uma questão muito importante, no que se refere à garantia da aplicabilidade dos recursos da rede substitutiva e a necessidade de se construir mecanismos eficazes de monitoramento.

A autora aponta o aumento dos gastos em medicação (essenciais e atípicas). Apontando que, dos gastos de custeio com saúde mental, enquanto se gastou 33% com toda a rede CAPS, os gastos com medicação chegam próximos, chegando a

27,46% do total do gasto extra hospitalar. Garcia (2011) chama atenção que o custo é desproporcional com a indicação (esquizofrenia refratária e recentemente, foram incluídos os quadros de transtorno de humor bipolar, que têm dificuldade com as medicações essenciais). Como aponta a autora, percebe-se a necessidade de revisão e de reavaliação do protocolo, buscando uma discussão mais democrática sobre o direito à medicação, com a participação dos usuários e movimentos sociais. Entendemos que esse é um tema complexo, pois envolve a indústria capitalista diretamente – a indústria farmacêutica, e essa questão precisa ser debatida, sobretudo, quando alguns estudos e a fala dos usuários aponta que muitas medicações atípicas têm impacto positivo em sua qualidade de vida. É imprescindível o debate da questão contemplando as questões ético-políticas que envolvem a discussão do acesso à medicação, e que hoje ainda é algo pouco debatido.

Por outro lado, observamos, a partir dos dados acima, uma ampliação dos componentes da rede no plano legal, entretanto, a efetivação dessa ampliação só é possível de acontecer com investimento em infraestrutura, recursos humanos, processos educacionais, entre outros. Cria-se então um paradoxo, temos uma política que se mantém com o mesmo percentual do orçamento do Ministério da Saúde, mas que, mesmo em plena fase de implantação de seu aparato institucional e, mais, essa política passa a dar respostas à realidade através da expansão do leque de atendimento. Não nos esqueçamos dos dados já apresentados quanto à expansão dos serviços, não podemos ignorar a expansão dos CAPS, uma vez que já passam de 2.000 CAPS. Todavia, para entender como é possível expandir serviços sem mexer no orçamento, precisamos analisar o financiamento dos serviços. Eis que a discussão do financiamento é parte elucidatória para entender a escolha da gestão pelos CAPS I.

**Tabela 04** – Financiamento dos CAPS – Recursos Custeio

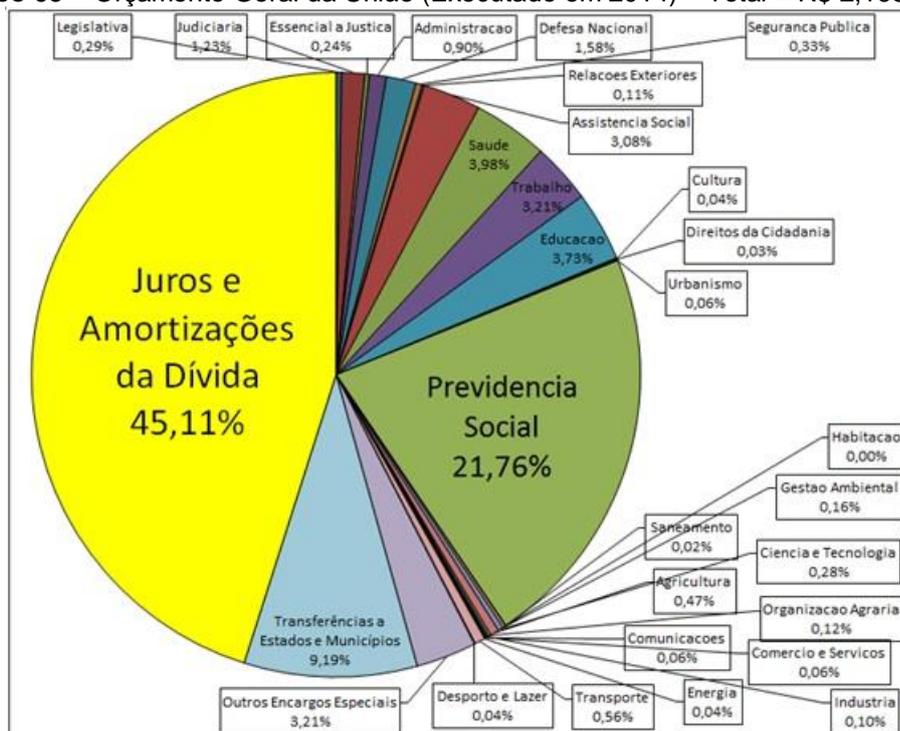
CAPS I	28.305,00
CAPS II	33.086,25
CAPS AD II	39.780,00
CAPS III	84.134,00
CAPS AD III	105.000,00
CAPS i	32.130,00

Fonte: Brasil (2016); Brasil (2011) - Portaria 3.089/11; Brasil (2013) - Portaria 1.966/13.

A reflexão sobre a expansão desses serviços deve levar em consideração o atual contexto sócio-político e econômico, bem como o debate sobre o financiamento, visto que os CAPS do tipo I são os serviços de menor custo para o Estado (ver tabela 04).

Em tempos de corte em várias políticas sociais, a ampliação da política de saúde mental segue uma unidade dialética, ao mesmo tempo que é fruto de reivindicações históricas da classe trabalhadora, a forma como o estado se apropria e a efetiva enquanto política, nega sua existência. Pode-se dizer que a política de saúde mental avança com a abertura de novos serviços e, ao mesmo tempo, aumentam os questionamentos sobre a efetividade das ações, os riscos de desassistência, o processo de trabalho, os gastos, a aplicação e necessidade de se cortar os recursos etc.

Procuramos, assim, trazer alguns elementos do orçamento público para entender melhor o orçamento previsto para saúde mental e o financiamento dos CAPS. De acordo com o gráfico abaixo, só em 2014, o governo gastou 45,11% (R\$ 978 bilhões) de todo o orçamento com juros e amortizações da dívida pública enquanto gastou apenas 3,98% com a Saúde (Gráfico 09).

**Gráfico 09 – Orçamento Geral da União (Executado em 2014) – Total = R\$ 2,168 trilhão**

Fonte: <http://www8d.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=92718>

Notas: 1) inclui o "refinanciamento" da dívida, pois o governo contabiliza neste item grande parte dos juros pagos. 2) os gastos com juros e amortizações da dívida se referem aos GNDs 2 e 6, e foram desmembrados da Função "Encargos Especiais": 3) as transferências a estados e municípios se referem ao programa 0903 – "Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica", e também foram desmembradas da Função "Encargos Especiais". 4) os demais gastos da função "Encargos Especiais" foram referidos no gráfico como sendo "Outros Encargos Especiais", e representam principalmente despesas com o ressarcimento ao INSS de desonerações tributárias, subsídios à tarifa de energia elétrica, pagamento de precatórios, dentre outras. 5) O gráfico não inclui os "restos a pagar" de 2014, executados em 2015.

A análise de anos anteriores também vai corroborar com essa questão. A cada ano que passa o governo tem gasto um percentual cada vez maior do orçamento executado a cada ano com pagamento da dívida, sacrificando as políticas sociais. No âmbito da política de saúde essa questão tem se expressado nas reais dificuldades do SUS em garantir a concretização dos seus princípios, a universalidade, a acessibilidade e a equidade passam a ser analisadas como abstrações, ou traduzidos de burocrática e instrumental.

Por sua vez, como aponta Marques, Piola e Roa (2016) com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 é que o financiamento do SUS ganhou maior estabilidade, visto que a Emenda fez com que Estados e Municípios participassem mais ativamente do financiamento do SUS. Os municípios passaram a gastar cerca

de 25% de suas receitas com saúde e os Estados em média 15% (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016).

Verificamos que a política de saúde mental necessita de investimentos para de fato exercer seu caráter substitutivo, com serviços realmente efetivos, que atendam às necessidades da população, o orçamento público está comprometido com o capital financeiro, no pagamento de juros aos bancos.

Dessa forma, como muitos trabalhos têm apontado, o financiamento é um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica (GARCIA; OLIVEIRA, 2011; ONOCKO CAMPOS; SURJOS, 2011; PITTA 2011; VASCONCELOS, 2012). Esses autores têm chamado a atenção para discussões sobre a atuação e efetividade dos serviços substitutivos e sobre a direção da atual política diante de uma conjuntura tão adversa para as políticas sociais (VASCONCELOS, 2012). No cotidiano do trabalho nos CAPS se percebe que os serviços, em sua grande maioria, são operados com um quantitativo mínimo de trabalhadores.

Em tempos de PEC 241, que, se aprovada na Câmara seguirá para o Senado como PEC 55 em 2016, observamos um cenário com fortes riscos de regressão dos direitos e corte nas políticas sociais, em que se percebem novos desafios para a política de saúde mental.

Um dos maiores desafios na atualidade para todos que lidam de alguma forma com a saúde mental é avançar na análise dos atuais desafios dessa política, desvendar a complexa e contraditória relação entre Estado e sociedade na dinâmica de acumulação do sistema capitalista e os desafios teóricos e ideopolíticas da reforma psiquiátrica no atual estágio de desenvolvimento. O cotidiano dos serviços substitutivos nos leva a refletir em que medida o velho e o novo se misturam e se distinguem, bem como também, considerar as propostas de ruptura.

Na atualidade, essa discussão aponta para a necessidade de se pensar sobre a atual ofensiva ideológica e a concordar com Roberto Leher (MOTA, 2012) quando este afirma que os dispositivos ideológicos se tornam cada vez mais sofisticados. Ademais a reflexão precisa articular dialeticamente os determinantes históricos que explicam esse modo de produção e as novas determinações que emergem na realidade atual, na atual fase de desenvolvimento.

Desse ponto de vista, há uma razão de ser na política de saúde mental tanto diretamente vinculada às condições que determinaram sua implantação, como

também àquelas por meio das quais é reconhecida e requisitada. Assim, além de apreender os aspectos constitutivos do modo de ser dessa política, interessam-nos as contradições e as possibilidades de atribuir “novo” conteúdo às suas ações.

Nesse sentido, o princípio da universalidade garantido no plano legal, se confronta com as condições objetivas de operacionalização. Ao mesmo tempo em que a demanda por Reforma Psiquiátrica é acolhida, ela também é mistificada, apropriada a partir dos parâmetros da racionalidade da sociedade capitalista e, a forma escolhida para implementar a Política de Saúde Mental reproduz as contradições do sistema capitalista. Reporta-se, também, que há um modo de conceber a realidade, colocando um certo jeito de operar a política como a reforma psiquiátrica, implicando uma determinada forma de compreender a história, desta forma, a política se revela, em última instância, capturada pela racionalidade burguesa.

## 5 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A ARTE DO POSSÍVEL

Uma vez apresentada a conjuntura contraditória, em que se desenvolve a política de saúde mental e as tendências de sua implementação na atualidade, continuaremos nesse capítulo a refletir sobre as contradições que envolvem a operacionalização da política que tem se desenvolvido dialeticamente entre a inovação e o conservadorismo.

Sabemos que o contexto em que se dão as relações sociais no capitalismo, com o avanço do Neoliberalismo no mundo e a dinâmica histórico-dialética de constituição da política de saúde mental, em que a aprovação da Lei 10.216, se dá na contramarcha do movimento político-econômico mundial, diante da implementação do Neoliberalismo em resposta à crise mundial. A política de saúde mental se consolida num cenário de reversão de direitos conquistados e atende a uma demanda da classe trabalhadora, dos usuários e familiares, expressa através da luta social dos movimentos organizados. Procuramos, nesse capítulo, refletir sobre as atuais contradições da política e de como a forma de pensar da sociedade burguesa recai e interfere na operacionalização da política. Assim, elegemos algumas relações: a política de saúde mental e o transformismo; a instrumentalidade e a política de saúde mental apreendida dentro da arte do possível.

### 5.1 A narrativa e o furacão

Desde dezembro de 2015, a Política de Saúde Mental passou a movimentar debates dentro e fora dos circuitos acadêmicos. Os movimentos sociais ligados à área mobilizaram manifestações e protestos que ganharam notoriedade na capa de jornais e revistas, inclusive internacionais. A mobilização também se deu no campo virtual, pelas redes sociais nas quais encontrávamos *hashtags* com #foravalencius# ou #ocupaçãovalente#. O motivo de toda essa mobilização foi a mudança do Coordenador Nacional da Política de Saúde Mental no Brasil, com a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, um psiquiatra com história ligada ao modelo manicomial.

Organizações e serviços de países como Espanha e da Itália chegaram a enviar cartas apoiando as manifestações que questionavam a nomeação. A OMS

também se pronunciou apontando preocupações com a continuidade da reforma psiquiátrica no Brasil diante da escolha do novo coordenador.

Na verdade, a exoneração do professor Roberto Tykanori<sup>35</sup> (2011-2015), de alguma forma, já era esperada, visto que, diante da crise política vivenciada no país, o governo passa a ampliar o espaço do PMDB na gestão e, nesse processo, o Ministério da Saúde é negociado com esse partido, num acordo pela “governabilidade”, procurando apoio para barrar o impeachment da presidente Dilma Russeff.

Desde 05 de outubro de 2015, quando Marcelo de Castro (2015-2016) assumiu o Ministério da Saúde, militantes, trabalhadores e pesquisadores passaram a discutir as possíveis consequências dessa negociação para o norte da política de saúde mental, pois ficava ainda mais evidente a fragilidade da área da saúde mental diante da nova política do Ministério da Saúde. Ressalvamos que desde então se aprofundam os traços conservadores que já permeavam a política de saúde, inclusive nas restrições orçamentárias, que terminavam por gerar uma série de debates sobre o “SUS possível” (PAIM, 2008; SOARES, 2010; Jairnilson Paim (2008) discute que a Reforma Sanitária foi pensada inicialmente como mudança de modo de vida, todavia, as condições concretas de sua implementação têm reduzido sua práxis numa reforma parcial setorial (PAIM, 2007, p. 50). Raquel Soares (2010) aponta que diante do ajuste neoliberal, a concretização do SUS “deixa de ser um espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível...” (SOARES, 2010, p.47).

Na contemporaneidade, o SUS “possível” pauta-se por uma operacionalização impregnada com a razão burguesa que se traduz além do abandono do projeto original, apresenta-se capturado pelo projeto neoliberal, marcado pelo subfinanciamento, rebaixamento das pautas e discussões dos trabalhadores, caracterizando-se ainda pela precarização do trabalho nos diversos campos da saúde pública. A aliança com o PMDB, e posteriormente, o governo provisório do PMDB vem a reforçar a tendência conservadora, apontando para a atual correlação de forças na sociedade.

---

<sup>35</sup> Roberto Tykanori Kinoshita coordenou a Política de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde entre o período de 2011 e 2015.

Como assinalava o vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Mario Scheffer ao Jornal Brasil de Fato, “a entrega de um ministério a um grupo de ideias conservadoras pode ter impacto em políticas específicas” (PAVAN, 2015). De tal modo, a virada conservadora na política de saúde se consolidou nesse momento, mas havia tempos em que se percebia esse movimento, expresso, inicialmente, através da escassez e cortes de recursos ou nos contratos terceirizados. Para Scheffer, a crise do SUS já estava clara antes mesmo da troca de ministro. “O impeachment SUS já está dado desde o início do governo [de Dilma Rousseff]. Com a aprovação da nova Emenda Constitucional [86, que afeta o financiamento do Sistema] e a crise econômica, o sistema vive uma situação muito delicada” (PAVAN, 2015).

Por sua vez, no campo da saúde mental, os problemas já se evidenciavam desde 2010. As dificuldades no âmbito do financiamento da política de saúde chegam à política de saúde mental, percebemos uma diminuição no ritmo de abertura dos serviços pós 2011 e, uma crescente dificuldade em atingir os objetivos da política. Os contratos terceirizados passam a ocupar a cena da operacionalização da política, fazendo com que os questionamentos e críticas aumentem (JORGE et al, 2007; JORGE et al, 2011).

Contudo, desde a chegada do PMDB ao Ministério da Saúde, a área de saúde mental passa a ter grande aflição quanto à direção que o então Ministro Marcelo Castro daria à pasta. Em 14 de dezembro de 2015, a perspectiva conservadora do novo Ministério torna-se mais nítida, Roberto Tycanori, médico, psiquiatra, ligado à luta antimanicomial, encerra o ciclo de quase duas décadas de ocupação da coordenação da saúde mental por profissionais ligados à Reforma Psiquiátrica/Reforma Sanitária – a estratégia sanitarista de ocupação de cargos públicos não se recompõe, mostrando claramente uma nova correlação de forças. Para ocupar a Coordenação Nacional de Saúde Mental é divulgada a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, em Diário Oficial.

Dias antes da nomeação (dezembro de 2015), a imprensa, que em 2016 tem um papel que ainda não foi devidamente analisado na vida político-econômica brasileira, divulgou que o Ministro Marcelo Castro, psiquiatra de formação e, conhecido por suas posições conservadoras, chegou a receber em seu Gabinete a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), mas não recebeu os movimentos sociais.

A ABP, inclusive teria sugerido nomes que não foram aceitos pelo Ministro, que optou por uma escolha pessoal. A justificativa da escolha foi capa e matéria de vários jornais (LEMES, 2015,; PELLEGRINI, 2016; PAVAN, 2015). O Ministro argumentou que até aquele momento a gestão da saúde mental havia exagerado na “direção política e ideológica” do campo e que precisava dar uma condução mais científica, passando a fazer críticas a uma suposta influência de Michael Foucault na formação, inclusive de seus colegas psiquiatras.

Essa justificativa passa a ser objeto de inúmeros debates em que se discutem as possibilidades reais de retrocesso na política de saúde mental. Os movimentos sociais rebatem que embora o argumento do Ministro seja de necessidade de uma condução mais científica da área, o Coordenador escolhido não tem sequer um trabalho científico publicado. Valencius Wurch foi ex-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, o maior manicômio privado da América Latina. A Casa de Saúde Dr. Eiras, de propriedade de Leonel Miranda (Ministro da Saúde na ditadura militar no governo de Costa e Silva), ficou conhecida por ter sido utilizada durante a ditadura miliar como local para prisão e tortura de presos políticos sob a desculpa ou suposição de “loucura”. Depois de 1988, a Casa de Saúde Dr. Eiras foi denunciada inúmeras vezes pelos maus tratos aos pacientes, inclusive durante a gestão de Valencius Wurch, sendo proibida de receber novas internações em 2001, após auditorias do Ministério da Saúde e da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Foi fechada definitivamente em 2012.

Diante do fato, o Movimento de Luta Antimanicomial<sup>36</sup> (RENILA e MNLA) organizam mobilizações em todo país, além de ocupar a sala da coordenação nacional de saúde mental desde o dia da nomeação de Valencius Wurch, com trabalhadores, pesquisadores, professores universitários e usuários. Denunciam publicamente nas redes sociais que em 1995, durante uma entrevista ao Jornal do Brasil, Valencius Wurch declarou-se contra a reforma psiquiátrica, alegando que remover os internos dos manicômios tinha algo com o caráter ideológico da proposta.

Do lado das organizações, a CEBES e a ABRASCO se pronunciaram publicamente contra a nomeação, através de documentos escritos e declarações na web e redes sociais. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco, a

---

<sup>36</sup> Em 2003 ocorreu uma divisão no Movimento de Luta Antimanicomial e gerou um outro movimento que é o RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Para uma discussão sobre o assunto, consulte: Vasconcelos (2011) e Lobosque (2003J).

Associação Brasileira de Saúde Mental/ABRASME, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/CEBES, o Conselho Federal de Psicologia/CFP, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS-UERJ, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial/MNLA e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial/RENILA publicaram uma nota conjunta: “Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS”, ressaltando a postura reconhecidamente contrária de Wurch Duarte Filho frente à reforma psiquiátrica o que o desacredita à gestão da política de saúde mental. Por outro lado, a ABP, criticou as manifestações contrárias ao coordenador. Em meio aos protestos e manifestações, bem como ao apoio nacional e internacional que esses protestos passam a tornar público, o Ministro chegou a receber os manifestantes e tentar algumas negociações, mas sem êxito, pois em nenhum momento cedeu à possibilidade de trocar o nome do coordenador.

Enquanto isso nos serviços sobrepõem-se várias camadas dessa crise, se entrelaçam em questões atravessadas de contradições decorrentes da reprodução econômica, política e social brasileira.

Por outro lado, temos que admitir que a chegada de Valencius à Coordenação Nacional de saúde mental trouxe um saldo positivo no plano da luta política – o reconhecimento das contradições. O movimento ocupou a sala de Valencius entre o dia 14 de dezembro e 15 de abril de 2016, quando foi forçado a desocupar a sala através de um mandado de reintegração de posse. Dias depois, em meio ao processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff<sup>37</sup> e a saída do PMDB da base do governo, ocorreu a saída do Ministro da Saúde Marcelo Castro e, em 06 de maio de 2016, Valencius Wurch Duarte Filho foi exonerado do cargo de coordenador de saúde mental (Portaria 916 de 06 de maio de 2016). Mas como veremos, as contradições

---

<sup>37</sup> O processo de *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff teve início oficialmente em 02/12/2015, ocasião em que a Câmara dos Deputados, na figura de seu presidente, Eduardo Cunha, aceita uma denúncia por crime de responsabilidade construída pelo procurador de justiça Hélio Bicudo e pelos advogados Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. A acusação tem relação com o desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa, através das chamadas “pedaladas fiscais”. O relatório da comissão dos Deputados foi favorável ao impedimento. Em 17 de abril de 2016 o plenário da Câmara dos Deputados aprovou o relatório com 367 votos favoráveis e 137 contrários, sendo enviado para o Senado Federal. Em 12 de maio o Senado aprovou, por 55 votos a 22, a abertura do processo, afastando Dilma Rouseff da presidência até que o processo seja concluído.

que envolvem a política de saúde mental vão muito além da chegada e saída de Valencius.

Na verdade, essa narrativa não foi totalmente escolhida por mim, ela também me escolheu. A narrativa histórica apresenta esses desafios, especialmente quando se discute o real, a história em movimento. E a história nós a fazemos sob condições determinadas e a escrevemos também. Esse capítulo foi escrito em meio a um *furacão*, como o furacão *Iván* descrito pelo personagem do mesmo nome, no romance de Padura (2015), ao explicar a origem do seu nome, em que uma acumulação de nuvens agourentas se transforma num furacão (PADURA, 2015, p.32). Estamos mergulhados numa desafiadora conjuntura em que não é apenas a direção da política de saúde mental que está em risco ou é questionada. Se o primeiro governo de Dilma Roussef (2011-2014) já não conseguiu manter o mesmo nível de expectativas com a manutenção das taxas de crescimento, o segundo governo (2015-) já se inicia em meio à difícil tarefa de se legitimar, depois de uma apertada vitória nas urnas. O ano de 2013 marca o fim da “marolinha” (LULA), ou, como narra o Padura (2015) em seu romance, o momento em que a acumulação de nuvens ruma para uma tempestade. Na verdade, o ano de 2013 marca o momento em que a crise política e a crise econômica se cruzam no Brasil.

Em junho de 2013 mais de um milhão de pessoas foram às ruas em 400 cidades brasileiras em um movimento de protesto liderado pelos jovens do Movimento Passe Livre (MPL). O estopim foi o aumento das passagens, a exigência de redução e a impossibilidade de negociação, pois se afirmava que as passagens não podiam diminuir de valor. As manifestações contra o aumento da passagem, na verdade funcionaram como um catalizador do descontentamento que pairava no ar. Vários grupos saíram em defesa do MPL nas jornadas de junho. A solidariedade ao MPL se generalizou em protesto contra o descaso com a política pública. A população expressava seu descontentamento com as políticas sociais que não atendiam às suas necessidades. A situação é agravada diante da divulgação de alguns gastos com os estádios que viriam a sediar a Copa do Mundo, contrastando com os poucos recursos destinados às políticas sociais nos grandes centros urbanos, trazendo à tona uma discussão sobre os interesses da população, das empreiteiras e o papel do Estado. Um dos primeiros protestos marcantes – o protesto no Rio de Janeiro – aglutinou mais de 100 mil pessoas, e sofreu uma grande repressão policial, tendo

consequentemente, também grande repercussão. O Estado agiu criminalizando os movimentos sociais, buscando proteger a propriedade privada. O Estado capitalista renova-se do mesmo, como nos lembra Engels, o Estado serve à propriedade privada. Nas jornadas de junho a violência com que foram tratados os estudantes pela polícia do Estado reafirma a tese de Engels.

É bem verdade, que após a repercussão negativa, o governo passou a recriminar a ação policial, e chegou a estabelecer uma agenda de negociações tanto com o MPL como com outras manifestações e organizações que cobravam uma reforma política. Todavia, as alianças e pactos pela governabilidade falaram mais alto e a reforma política não saiu do papel. Por sua vez, não podemos esquecer que muitos jovens foram presos em vários estados brasileiros em meio a um processo crescente de criminalização das lutas sociais.

Por sua vez, é importante refletir que desde o início as manifestações de junho tomam uma direção conservadora. Em todo o momento se evitou falar na classe trabalhadora nas ruas. A mídia, pesquisadores, e militantes ligadas aos movimentos sociais apontavam que a juventude havia redescoberto as ruas, inclusive, uma expressão muito utilizada na ocasião era que “o gigante acordou”. Todavia, estranhamente, esse gigante não pertencia a nenhuma classe social, as classes sociais foram esquecidas, como se a luta de classes fosse algo que ficou em alguma página no passado. A história tem nos mostrado o risco que representam esses movimentos que se colocam inicialmente como apartidários, isentos de posicionamento de direita ou esquerda e sem identidade de classe social. A junção de uma pauta diversa, com a pluralidade dos movimentos sociais e, sobretudo a despolíticação desses grupos, tem servido às ideologias conservadoras, em grande parte ligadas à extrema direita. No Brasil, vivemos isso em 1964, em que as manifestações de descontentamento, se transformaram em defesa da família e apoiaram a ditadura militar. Na atualidade, as manifestações, tais como as jornadas de junho, têm expressado grande descontentamento, contudo, pouca reflexão sobre as questões políticas e econômicas do país. Reencontrar as ruas é sempre necessário, todavia, o caminho trilhado é fadado ao assalto pelo pensamento conservador da sociedade.

A formação das nuvens que deu origem ao furacão (PADURA, 2015) ou à nossa atual crise política tem por base a luta de classes e traz, para ordem do dia, a

discussão sobre o governo do PT. Na verdade, o PT vem sendo objeto de críticas e discussões há mais de uma década. O Partido, que nasceu do fértil terreno da luta de classes sofre, durante os anos 1990, uma transformação em sua essência (COELHO, 2012). Não podemos refletir sobre isso sem pensar na crise do marxismo no mundo, com a queda do Muro de Berlim. O socialismo passa a parecer uma grande utopia. Nesse período, percebe-se uma grande discussão sobre o Marxismo, as teses sobre seu fim, sobre a necessidade de avançar, o que muitas vezes significava negar, mudar, transformar. Muitos partidos ligados à social democracia no mundo passam a aderir a propostas mais conservadoras, dentro da ordem. No Brasil, isso pode ser percebido no PSDB, que nasce em 1988 – um ano marcante na democracia do país, e inicia rapidamente sua transformação. De fato, no caso do PSDB percebe-se desde seu princípio que as forças conservadoras disputavam espaço com uma socialdemocracia nascente, mas não vingou a proposta inovadora, essa foi corroída e atendendo às necessidades conjunturais dos anos 1990, o partido caminhou em meio a uma faceta liberal, com fortes traços de conservadorismo, que é a marca brasileira que mescla inovação e conservadorismo.

Entendemos que uma articulação de fatores políticos e econômicos determinou a mudança. Do ponto de vista econômico o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial constroem os meios para a operacionalização do neoliberalismo na política brasileira, em especial no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Quando apontamos a necessária articulação entre o campo da política e o campo da economia, podemos refletir que nos anos 1990 (mas, não só nos anos 1990), o Banco Mundial e o FMI não só financiam e dão diretrizes econômicas, mas sobretudo, são indutores de políticas. Ao contrair dívidas com esses órgãos, os países submetem-se a uma situação de subordinação ao capitalismo dos países centrais. As pautas e as agendas são tomadas pelos países como suas e se expressam nas políticas públicas. Observamos que essas pautas e agendas muitas vezes capturaram as necessidades populares, e as racionalizaram a partir das diretrizes e valores estabelecidos como a privatização, a focalização e o corte dos gastos. Assim, alcançamos que eminentemente existe a presença da esfera da política na esfera da economia (GRAMSCI, 2013). Existe assim, uma articulação dialética entre as duas esferas em meio à expansão imperialista do capital. Mas é sobretudo importante pensar no caldo cultural que envolveu essa articulação dialética, difundido pelas

entidades empresariais, igrejas, escolas, mídia, enfim, se difundia a necessidade de um Estado enxuto, mínimo, a expansão da informalidade, a exaltação da sociedade civil seletiva, pautada em valores capitalistas de formar para o mercado, sem falar do alardeado fim do trabalho e não podemos nos esquecer que, para além de todas as práticas de consenso, a coerção foi utilizada massivamente em todo o período contra a classe trabalhadora. Ao passo que se expandiu a concentração de capitais, expandiram-se as condições para a reprodução social.

Foi nesse contexto que, como apontamos no capítulo 3, a política de saúde mental tramitou no Congresso Nacional e no Senado e também sofreu transformações. O projeto de Lei ousado, inovador que fazia uma crítica radical ao hospital psiquiátrico e que propunha o seu fim sofreu grande resistência, como vimos anteriormente e o movimento de luta antimanicomial é chamado ao Senado inúmeras vezes para esclarecer vários pontos. Ao que parece, a estratégia já estava traçada: vencer pelo cansaço. Os 12 anos de tramitação foram marcados pela resistência, pela luta dos trabalhadores dentro e fora dos movimentos sociais e também pela participação da academia em brigas e retóricas da área. Assim, a lei aprovada não trata diretamente dos manicômios, mas precisa ser pensada dentro de um contexto maior, o da conjuntura da época. Dessa forma, representa um ganho para a classe trabalhadora que, em meio a um período de perda de direitos e políticas, se consiga aprovar uma legislação sobre direitos dos usuários de saúde mental, que historicamente ficaram à margem dos direitos.

## **5.2 A Política de Saúde Mental e o Transformismo**

Dois anos após a aprovação da Lei 10.216/01, Luiz Inácio Lula da Silva assumiu a presidência e estabeleceu uma política que combinava desenvolvimento econômico, financeirização e políticas sociais compensatórias. O neodesenvolvimentismo procurava mesclar desenvolvimento social e econômico, sendo uma das variantes do social liberalismo, defendendo um desenvolvimento econômico ligado às políticas sociais compensatórias. Revestido de uma névoa modernizadora, na verdade, observamos o marcante traço conservador do pensamento econômico.

A política de saúde mental do governo Lula buscou responder às exigências do modelo adotado, a ideia do “despertar do Colosso brasileiro” (CASTELO, 2012), assim, procurou reorganizar a assistência à saúde mental no Brasil, tomando como norteador a Lei 10.216/01. No capítulo 4 mostramos que a criação dos serviços segue essa ideia, visto que até o final de 2014 existiam 2.209 CAPS instalados no Brasil. De fato, desde o início do governo Lula havia uma grande expectativa no que tange à condução da política de saúde mental.

Nesse cenário, percebemos algumas mudanças tanto nas estratégias do movimento de luta antimanicomial, quanto do movimento de reforma sanitária, como nas demais organizações ligadas à classe trabalhadora, em especial, os sindicatos. Podemos dizer que a estratégia sanitarista de ocupação dos cargos públicos continuou, todavia, sob novos parâmetros, e mais de uma década depois ainda tem sido um desafio apreender a complexidade desse processo e seus impactos para a classe trabalhadora.

Se, de um lado, temos um panorama favorável de Ministros da Saúde ligados à Reforma Sanitária, de outro, notamos que os ocupantes dos cargos, cada vez mais comprometidos com a governabilidade apresentam visivelmente grande dificuldade em resguardar e implementar o SUS conforme os princípios constitucionais. Um dos maiores entraves tem sido, sem dúvida, o orçamento da Saúde nos últimos anos .

Quanto à pasta da saúde mental, desde meados dos anos 1990 ela vinha sendo ocupada por pessoas ligadas à reforma psiquiátrica, o que vinha acontecendo também durante os dois governos Lula e o primeiro governo Dilma. Entretanto, malgrado demais avanços, tal como aconteceu no Ministério da Saúde, a ocupação dos cargos por profissionais ligados à reforma psiquiátrica não garantiu a ampliação de recursos, que se manteve na margem dos 2,5% e 3% do orçamento do Ministério da Saúde (DELGADO et al, 2012), como apontamos no capítulo 4. Isso não significa que tanto faz ter Roberto Tycanori ou Valencius Wurch Duarte Filho na coordenação da política de saúde mental. Evidentemente, não é a mesma coisa. Roberto Tycanori ao representar a continuidade da estratégia sanitarista, mostrava que o movimento de trabalhadores lutando por uma reforma sanitária e psiquiatria estava vivo, em combate, mesmo com as regras do jogo mudando e se distanciando das propostas originais, se entendia dentro do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento de Luta Antimanicomial que era necessário garantir a direção da política, dado o peso do

pensamento conservador na sociedade brasileira, o que se substancia em riscos de perda de direitos. Assim, a escolha de Valencius representou, sim, um retrocesso na política de saúde mental, mas precisamos entender a conjuntura maior, as relações e a luta de classes que estão na base dessa discussão.

Compreendemos que o fio da meada dessa discussão precisa ser resgatado em Marx e Engels, quando eles apontam que “[...] a história de toda sociedade até hoje é a história de luta de classes” (MARX; ENGELS, 2011a). A atual ofensiva do capital e sua resposta à crise tem acentuado a desigualdade e reconfigurado a luta de classes.

Primeiro, é importante entender que o PT de 2002 não é o mesmo PT dos anos 1980. Nos anos 1980, o Partido dos Trabalhadores nasce da luta de classes. É fruto do caldo cultural progressista que se erguia no país contra a autocracia burguesa, no final dos anos 1970, da mesma base que nascem diversos movimentos ligados à classe trabalhadora, dos quais brota o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Dessa forma, vão partilhar discussões, críticas, problemáticas e projetos, inclusive projetos de sociedade, em alguns momentos.

Os anos 1980 representam temporalmente um momento histórico muito rico e dinâmico na luta de classes no Brasil, com muitas conquistas para a classe trabalhadora, mas não podemos esquecer que ele também representa um momento de transição, de disputa de projetos, em nível local e em nível internacional. Estava em discussão como o país faria a transição da autocracia burguesa para a democracia. Neste momento, a luta de classes expressa os projetos que entram em discussão, em disputa e se reacendem discussões que estavam na ordem do dia: a relação entre capitalismo, democracia e socialismo. No meio acadêmico esse momento é marcado pela publicação do trabalho “Democracia como valor universal” (COUTINHO, 1980) que traz a ainda polêmica discussão entre socialismo e democracia. As diferentes leituras que se originam do artigo na verdade expressam com um realismo que impressiona e incomoda muitos até hoje, o tenso, conflituoso e confuso momento de disputa de projetos que a sociedade brasileira enfrentou. A polêmica inaugurava, no Brasil, um dos debates mais difíceis e complexos da esquerda internacional. A discussão entre as teses revisionistas, reformistas e as teses revolucionárias também vinham rendendo inúmeras contendas internacionais.

Diante das possibilidades reais de mudança nesse panorama complexo que emerge da crise da ditadura militar no Brasil, prevalece a tese de uma transição lenta, gradual e segura. De fato, a estratégia das elites dominantes não foi completamente aceita pela classe trabalhadora que mostrou, durante toda década de 1980, o seu poder de organização, com o reaparecimento vivaz, mesmo após tantos anos de repressão. Já em 1978 e 1979 se percebe a organização de greves de grande dimensão, além da organização de vários movimentos em prol da democracia que demonstravam, em última instância, a resistência e a vitalidade da luta de classes no país.

Nesse momento, o PT brota desse movimento, com uma proposta democrática, e aglutinando uma vasta gama de demandas da classe trabalhadora, que trazem uma tendência anti-capitalista, embora corporativa, para a constituição do Partido. Os encontros do Partido durante os anos 1980 reforçam e consolidam essa discussão.

O ano 1989 traz questões profundas para a análise. Do ponto de vista internacional, como vimos no capítulo 2, o neoliberalismo se fortalece como resposta dentro da ordem, aos problemas do capitalismo no mundo, tendo como grande marco o Consenso de Washington. Ao mesmo tempo, o projeto de esquerda sofre um grande golpe, com a queda do Muro de Berlim, e toda discussão teórico-político que emerge desse fato, e que vai marcar intensamente as discussões marxistas nas duas décadas seguintes.

Na verdade, estamos diante de uma grande ofensiva do capital, em especial do ponto de vista ideológico, apreendemos que existe uma necessidade da burguesia em mostrar que estamos em um novo estágio da história da humanidade após a queda do Muro de Berlim em 1989 e o conseqüente desmantelamento da URSS. A contemporaneidade aparece como se a reestruturação produtiva, a mundialização ou globalização do capital e o neoliberalismo (CHESNAIS, 1996; COELHO, 2012) tivessem, juntos, construído uma nova sociabilidade, em que não há mais espaço para discussão de classes sociais. Em vários países do mundo se assistiu a processos em que partidos de esquerda, em determinadas situações históricas, passavam a utilizar bandeiras reformistas.

Do ponto de vista nacional, a classe trabalhadora mostrava que o controle da classe dominante no processo de transição era frágil e o PT lançou uma candidatura à Presidência da República, com Luiz Inácio Lula da Silva, na ocasião com um projeto

ainda socialista. Todavia, ao perder as eleições em 1989, outras tendências passaram a discutir o rumo do partido e as alianças em busca de conquistar o poder. A cada ano que se passava nos anos 1990, a maquinaria partidária ganhava força dentro da estratégia Democrática e Popular do PT, uma verdadeira máquina burocrática, autônoma dos movimentos sociais passa a emergir, sob a alegação do acúmulo de forças para governar (IASI, 2015; COELHO, 2012). A estratégia política hegemônica do PT entendia que a luta de classes deveria ser amenizada para que as reformas pudessem acontecer. Como aponta IASI (2016) a estratégia Democrática e Popular, entendia que a crise da autocracia burguesa permitiria superar o caráter prussiano de nossa formação social e histórica. Defendiam que, com o fortalecimento da sociedade civil, existiria uma disputa de hegemonia que favoreceria as classes trabalhadoras.

Todavia, o PT que ganha as eleições de 2002 e passa atuar dentro dos parâmetros institucionais dos partidos tradicionais, o socialismo passa a ser abandonado, em prol de um projeto que uniu o capital produtivo e o mundo do trabalho (COELHO, 2012; COUTINHO, 2006). Coelho (2012) traz um relato minucioso de como isso se dá com o Partido dos Trabalhadores, como o partido é absorvido, gradual e continuamente ao longo dos anos pelo grupo dominante. Coelho (2012) defende ainda que esse processo não é isolado e se apresenta como uma expressão da crise do marxismo na atualidade.

Se é verdade que o PT sofreu mudanças significativas ao longo dos anos 1990, passando a operar e a defender a atuação dentro dos limites e restrições da funcionalidade do estado de coisas estabelecido (IASI, 2016), também é verdade que não podemos pensar essas mudanças apartadas do contexto sócio-político e econômico em que elas ocorrem.

A discussão das tendências dentro do partido e as transformações que ocorrem na proposta original refletem a crise do marxismo na realidade brasileira. Desse modo, as mudanças de estratégia, a ampliação da aliança “para além da classe trabalhadora” e o processo de burocratização do qual vai se revestir o PT expressam o contexto maior, de reestruturação produtiva e em especial as modificações feitas no âmbito do trabalho e de como essas questões vão rebater fortemente na direção das políticas sociais. Não podemos esquecer que, nesse contexto, o imperialismo entra numa fase em que a história é identificada com o capitalismo (DIAS, 2006). Nesse processo:

O embate liberalismo/socialismo era aquele que permitiria dar à luta entre as classes antagônicas o máximo de racionalidade e, ao mesmo tempo, indicava que o reformismo era a forma de integração do proletariado a uma ordem burguesa que só sobrevivia, no essencial, vinculada à presença de um Estado protetor (DIAS, 2006, p.12).

O neoliberalismo que não teve o êxito esperado nos anos 1990, se revigora com nova roupagem, fazendo com que muitos, inclusive, não o identifiquem como neoliberalismo. A cidadania liberal que outrora potencializou os conflitos é colocada em segundo plano, em prol de um liberalismo social, ou social liberalismo. No projeto de 2002, o PT reafirma os valores democráticos e os transforma em democracia possível dentro da ordem burguesa, numa conjuntura adversa em que os projetos de direita e esquerda passam a disputar espaço na sociedade.

O PT optou por uma estratégia de acúmulo de forças para, supostamente, governar. Assim, ampliou as alianças com partidos historicamente de direita e extrema direita como o PMDB e o PL, partidos que passam a compor, inclusive, a candidatura presidencial na vice-presidência. Flexibilizou, abandonou e aderiu a novas propostas, das quais a aliança com o capital produtivo e financeiro é a mais significativa. Cedeu a radicalidade para um outro momento (que nunca chegou), pois o socialismo saiu não só de seus planos e metas, mas sobretudo de suas discussões, deixa de ser uma meta, e é transformado em ideal ético utópico, abstrato, sem sentido. O Partido ganhou as eleições e garantiu a governabilidade a um preço alto: o abandono de sua base. Desse novo desfecho, percebe-se que a estratégia de governo englobou o desenvolvimento econômico e social, em que o social foi incorporado como política compensatória para o campo econômico. A entrada do PT nas regras do jogo, marcadamente com a “Carta ao Povo Brasileiro”<sup>38</sup>, nos faz pensar que esse é um jogo político, mas que envolve, sobretudo, a luta de classes. E, tal como Coelho (2012) aponta “[...] o emprego dialético do conceito da luta de classes permite construir uma

---

<sup>38</sup> A Carta ao Povo Brasileiro foi publicada em 22 de julho de 2002. Na ocasião, o país passava por uma conjuntura eleitoral conturbada. Em meio à crise econômica, a desvalorização do real e a instabilidades do modelo neoliberal até então adotado, observa-se a que a estratégia política do PSDB diante das pesquisas eleitorais que apontavam a preferência do eleitorado pelo candidato do PT – Lula foi a instituição da cultura do medo sob um possível vitória de Lula. Diante desse contexto, Lula publica a Carta, nela se enfatiza a necessidade de mudanças e os problemas com o neoliberalismo nos anos 1990. Reafirma o compromisso histórico com o combate à inflação, a necessidade de equilíbrio fiscal e apontando que o caminho para a saída da crise é o crescimento com estabilidade e responsabilidade social. Defende que as mudanças devem ser feitas dentro da ordem democrática e dos marcos institucionais. Na carta, Lula ainda aponta que vai ordenar as contas públicas e mantê-las sob controle. E, por fim, firma um compromisso com a produção, pelo emprego e justiça social, apontando a necessidade de desenvolvimento econômico e social.

interpretação histórica atenta às determinações recíprocas entre objetividade das forças sociais e subjetividade dos agentes” (COELHO, 2012, p.36). Nessa perspectiva, para além das análises deterministas sobre o atual momento, é imprescindível resgatar a dimensão histórica, em especial quando nos damos conta em várias leituras, que a dialética, como nos lembra Lukács “tornou-se difícil e quase impossível” (LUKÁCS, 2012, p.55).

Ao longo dos anos, existe uma tendência à profissionalização de dirigentes dos movimentos sociais pelos gabinetes dos governos do PT. Sindicalistas, sanitaristas, trabalhadores outrora muito atuantes passaram a compor a gestão das políticas. Esse modo de fazer política também tem ditado as regras na Política de Saúde Mental.

Ter profissionais comprometidos com a reforma psiquiátrica, nos principais cargos de condução da política, sem dúvida, contribuiu nesse processo de mudança no modelo assistencial brasileiro. A RAPS é um grande avanço na política de saúde mental, todavia, a coexistência numa Rede que tem como diretriz a reforma psiquiátrica, do hospital e das comunidades terapêuticas, mostra as dificuldades reais desse momento histórico. No Encontro da RAPS em 2013, quando foi questionado sobre as comunidades terapêuticas comporem a RAPS, Roberto Tycanori apontou que, embora elas fizessem parte, legalmente, na prática existiam barreiras burocráticas à entrada dessas organizações (RAPS, 2013). Apreendemos assim, que diante da complexidade das questões, a saída, muitas vezes encontrada, ou já trilhada no modelo instituído, é a de transferir a luta política para esfera burocrática. O Estado acentua o processo de burocratização, como se fosse apenas uma questão de normas e regras. É um modo de operacionalização dentro do que Gramsci chamou de transformismo (GRAMSCI, 2014). A luta se transfere para esfera burocrática, saindo da cena política. Foi isso que assistimos na última década.

Muitos dos integrantes da luta antimanicomial<sup>39</sup>, ligados aos movimentos, associações e em especial à academia, passam a ser chamados para compor a gestão da política, nos estados e municípios brasileiros e também no nível federal. Esse é um movimento contraditório e dialético. Ao mesmo tempo em que se almeja que profissionais ligados à luta antimanicomial cheguem à direção da política para garantir sua continuidade, por outro lado, essa prática, em última instância, tem

---

<sup>39</sup> Referimo-nos as todas as entidades e instituições que têm se esforçado em favor da luta antimanicomial, MNLA, RENILA, as associações de familiares e usuários, as Universidades e centros de pesquisa.

significado transformar dirigentes combativos em funcionários do estado. Cada vez mais, militantes viram burocratas a serviço da máquina. Converte-se, muitas vezes, os líderes e os trabalhadores mais aguerridos em membros da burocracia estatal, desestabilizando, em certa medida, a luta antimanicomial, que historicamente foi fundamental para que a política avançasse.

Essa problemática tem se expressado, nos últimos anos, por exemplo, nas dificuldades da luta antimanicomial de fazer uma oposição à forma como a questão das drogas se colocou no governo Dilma, em especial, ao fato das Comunidades Terapêuticas comporem explicitamente um dos dispositivos da política nacional de saúde mental, como aparece na RAPS (2011). A problemática do crack passou a ser trabalhada na mídia de forma pejorativa, como se a droga foi autônoma ao sistema de reprodução social (ROMANINI; ROSO, 2012;). Ademais, a ligação das imagens de violência e o uso do crack, terminaram por induzir a sociedade de que estamos diante de uma epidemia, mesmo sem provas científicas disso (BASTOS; BERTONI, 2014) e influenciaram a construção do que permeia o Plano CRACK (BRASIL, 2010). A questão das drogas é um desafio, todavia, vem sendo tomada, ora como um problema da substância “ crack” incontrolável, e assim não existe sujeito, e ora se toma o sujeito como um “marginal” que necessita de medidas punitivas. A discussão do assunto vem sendo abordada de uma perspectiva irracionalista (LUKÁCS, 2010), que ora se utiliza dos argumentos irracionais, ora, do racionalismo exacerbado (COUTINHO, 2010).

Na verdade, analisando a totalidade social de forma dinâmica e dialética observamos que há relações entre a divisão social e técnica do trabalho e as formas de ação política de cada momento histórico, como lembra Marx (2013) não dependem da vontade de um indivíduo, mas do movimento histórico da luta de classes.

Desse modo, entendemos que Gramsci (2014), ao utilizar o termo transformismo como “[...] expressão parlamentar desta ação hegemônica, intelectual, moral e política” (GRAMSCI, 2014, p.63) traz uma grande contribuição para essa discussão na atualidade.

Trabalhar o conceito de transformismo não é uma tarefa fácil, especialmente por se tratar de um conceito gramsciano cunhado nos *Cadernos do Cárcere*. São várias passagens nos *Cadernos do Cárcere*, nem sempre com ele sentido, o que de alguma forma, já esperávamos em se tratando da obra carcerária de Gramsci, dadas as condições de sua produção. De modo geral, o termo aparece relacionado à

revolução passiva. Gramsci usa inicialmente ao tratar do Risorgimento italiano, a partir de 1948, como um mecanismo pelo qual o grupo político dos moderados (bloco restaurador) passa a exercer sua hegemonia intelectual, moral e política sob o Partido de Ação na Itália, “com a absorção gradual, mas contínua, e obtida com métodos de variada eficácia, dos elementos ativos surgidos dos grupos aliados e mesmo dos adversários e que pareciam irreconciliavelmente inimigos” (GRAMSCI, 2014, p.63). A dominação política torna-se importante, pois ao absorver o adversário, ele é aniquilado. Assim, é apontado como um conceito importante nos marcos da revolução passiva, que Gramsci trabalha ao discutir o Risorgimento italiano “[...] nas formas e nos limites em que se realizou, sem ‘Terror’, como ‘revolução sem revolução’, ou seja, como ‘revolução passiva’, para empregar uma expressão de Cuoco num sentido um pouco diverso de Cuoco” (GRAMSCI, 2014, p.63).

A discussão sobre o transformismo aparece nos textos gramscianos justamente relacionada à revolução passiva, um conceito, inicialmente construído por Vincenzo Cuoco, ao analisar a revolução ocorrida na Itália, logo após as guerras napoleônicas e que Gramsci vai trabalhar o conceito como uma determinada forma de construção do Estado que pode ser utilizada em outros países que também “[...] modernizaram o Estado através de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política do tipo radical-jacobina” (GRAMSCI, 2014, p.210)

Gramsci (2014) considera o transformismo um mecanismo importante de garantir a hegemonia do bloco restaurador – um mecanismo ou estratégia de restauração, nesse sentido é uma das formas históricas da revolução passiva, ou da revolução-restauração, mas o próprio Gramsci admite que pode ser usada para além da revolução passiva.

No Brasil, para entender o governo do PT a partir de 2002 e suas implicações na política de saúde mental, precisamos articular, dialeticamente, as determinações do capital mundial com a realidade histórica brasileira. Gramsci (2014) nos lembra que:

A unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos Estados e dos grupos de Estados. Mas não se deve acreditar que tal unidade seja jurídica e política, ainda que esta forma de unidade tenha sua importância[...] (GRAMSCI, 2014, p.139).

O que percebemos é uma articulação entre o compromisso político com um compromisso com o capital imperialista, e neste momento a ofensiva ideológica é intensificada. O Brasil entra num período em que uma parcela da esquerda, no caso o PT, passa a implementar um projeto que atende os interesses do capital financeiro e produtivo, como já apontamos. Criou-se um clima de crítica às práticas neoliberais implementadas pelo governo passado e passou-se a discutir uma nova proposta, pretensamente, pós-neoliberal. Desenvolvimento e equidade passam a fazer parte da proposta que mistura crítica e apologia ao capitalismo, passamos a viver uma nova onda irracionalista, “[...] transformando e mistificando a condição do homem no capitalismo imperialista “em uma condição humana geral e universal” (NETTO, 1978, p.20).

Nesse cenário, o PT se compromete em ampliar o mercado rentista e de massas e, assim, não mexer na propriedade, garantir as condições de reprodução das relações sociais de produção. Ao longo dos anos, o pacto foi mantido por parte do PT, manteve o orçamento das políticas sociais em percentuais baixos, em especial, quando comparamos com a parte do orçamento destinada ao pagamento de uma dívida interna crescente.

O transformismo dos grupos dirigentes do PT é incorporado e operacionalizado em várias esferas. Esse é um dos aspectos mais complexos da passagem do PT ao poder – a passivação das massas – num processo em que as lutas combativas cedem a um processo de aproximação e convergência de interesses de movimentos sociais dentro da ordem. O “pacto pela democracia” foi efetivamente estabelecido. A questão com a qual nos deparamos, passados 14 anos é: qual democracia?

Essa discussão vem sendo feita por alguns autores, entre os quais se destaca Wood (2007, p.02), que aponta que:

[...] o capitalismo criou uma relação inteiramente nova entre poder político e econômico que torna impossível que a dominação de classe se mantenha coexistindo com os direitos políticos universais. É o capitalismo que tornou possível uma democracia limitada, “formal” antes que “substantiva”, algo que nunca foi factível antes. E é por isso que o capital pôde tolerar algum tipo de democracia [...].

Wood (2007) vai deixar bem claro o seu posicionamento no que tange à incompatibilidade entre democracia e capitalismo, na medida em que no capitalismo

a riqueza tem acesso privilegiado ao poder, ao mesmo tempo que o poder do povo está sujeito aos imperativos das leis de mercado, do capital.

O PT entra nesse complexo movimento histórico respondendo aos interesses do capital. Ao conciliar uma política de desenvolvimento econômico com uma política social compensatória, o PT reinventa o velho, ou seja, reproduz a racionalidade burguesa, isto é, essa visão de mundo pautada na busca incessante da manutenção da ordem burguesa. Como apontamos anteriormente, a razão passa a ser utilizada pelos interesses do capital, que uma vez que rompe com a tradição progressista, representada no Brasil, pelos movimentos da classe trabalhadora que lutaram contra a autocracia burguesa, alia-se com as forças conservadoras e passa a buscar a legitimação nos diferentes espaços de sociabilidade. Ao abrir mão do projeto socialista e aderir ao social liberalismo, o PT corrobora a falsa ideia do fim das classes sociais e o saldo para a classe trabalhadora é de desorganização e de despolitização e preservação dos alicerces das relações sociais determinadas pelo conservadorismo.

### **5.3 A luta manicomial e as contradições e desafios históricos – o fetiche da liberdade, o transformismo e o pós-modernismo**

A discussão do ponto anterior nos transporta ao pacto pela política de saúde mental que vem sendo implementado na luta pela reforma psiquiátrica. Os debates acerca da dualidade manicomial X antimanicomial têm persistido diante dos frequentes riscos de retrocesso, procurando, portanto, uma unidade em torno do campo antimanicomial. Diante de um controverso contexto de lutas nesses 15 anos de política (Lei 10.216/01), a batalha tem se sustentado em dois grandes pilares da saúde mental, como já falamos no capítulo 4 – o fechamento dos hospitais e a abertura dos serviços substitutivos. Tal qual o pacto pela democracia, notamos que o fetiche da liberdade formal tem tomado as negociações em torno da política de saúde mental, confundindo-a, em muitos momentos com a reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica, como apontamos no capítulo 3 surge numa dada conjuntura de luta contra o regime autocrático burguês, a partir de um movimento de caráter emancipatório, ligado a lutas políticas e sociais mais amplas. O manifesto de Bauru, aponta para essa questão quando defende que “não basta racionalizar e modernizar os serviços”, pois o “Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que

impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência” (MTSM, 1987). O que estava em discussão era a relação Estado X sociedade, o papel opressor das instituições psiquiátricas e a mercantilização da loucura. A reforma psiquiátrica é muito mais ampla do que a criação de serviços, põe em discussão os modelos de sociedade, nos faz refletir sobre a racionalidade imposta pelo sistema que pensar sobre as possibilidades de uma racionalidade emancipatória.

A política de saúde mental é parte da reforma psiquiátrica, mas não pode ser confundida com ela, a política é a tentativa do Estado de absorver as demandas populares, as demandas da classe trabalhadora, dos movimentos, mas ao absorver esses pleitos, também os moldam, modificam, e os reconfiguram, segundo a racionalidade dominante. Dessa forma, a política aparece de forma contraditória para a classe trabalhadora, ao mesmo tempo que a luta da reforma foi transformada em política, esse processo, se dá em meio a uma complexa conjuntura de negociações e adaptações das políticas sociais à racionalidade dominantes, nessa perspectiva, também envolve uma redefinição das propostas, que aparece no âmbito da operacionalização numa nebulosa relação dialética e contraditória de efetivação direitos/negação de direitos.

Do lado dos movimentos sociais, esse cenário tem um efeito bastante complexo. Ao passo que se afiança a direção da política social comprometida com os ideais democráticos, se esbarra nas restrições orçamentárias. Por sua vez, observamos uma tendência à burocratização dos movimentos sociais e perda do potencial combativo, em diferentes áreas de atuação. A aliança com o Estado aparece, como caminho natural, diante dos interesses comuns com aqueles que estão ocupando os cargos de chefias. Todavia, essas atitudes, desconsideram o caráter classista do Estado e o campo de relações de força da sociedade.

Na saúde mental, inicialmente, o movimento de luta antimanicomial no Brasil se manteve e, em grande parte, ainda se mantém, na discussão de dois campos antagônicos: o manicomial e o antimanicomial. Essa polarização compôs o principal campo de tensão na política de saúde mental nos últimos 20 anos, como já apontamos, e a estratégia sanitária na saúde mental tem como principal objetivo manter a política na direção antimanicomial, o que vinha acontecendo desde a Constituição de 1988 até a nomeação de Valencius. Por outro lado, os conflitos e

disputas internas, que provocaram a divisão do movimento<sup>40</sup> apontam para um vasto campo de debates que vai muito além do binômio manicomial X antimanicomial. A criação do RENILA marca as contradições e conflitos do movimento e traz a discussão da participação política para o debate.

A reflexão sobre a cisão não é uma tarefa fácil, ainda hoje poucos falam nos motivos da divisão, todavia, sabe-se que a discussão sobre a participação política está na base da questão. Alguns autores apontam que a cisão do movimento acontece como processo (LOBOSQUE, 2003; GRUMPTER, 2008) visto que já no quarto encontro do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, as divergências aparecem e se acumulam, de forma que o quinto encontro em, 2001, não consegue ser finalizado, diante da conturbada discussão. O que estava em questão era a entrada dos familiares e usuários no Movimento e o que isso representava na dinâmica e direção dele. De um lado, alguns usuários e familiares mais engajados reivindicavam o poder de voz, não queriam ser representados pelos técnicos/trabalhadores. De outro, muitos trabalhadores chamavam a atenção para o empobrecimento do debate. É importante refletir que essas questões se dão num contexto de crise dos projetos revolucionários e de avanço do neoliberalismo em escala mundial. Os movimentos sociais deixam a discussão de classe em segundo plano e passam a abarcar temas cotidianos. A categoria trabalho é questionada em vários âmbitos numa grande ofensiva ideológica. No movimento de luta antimanicomial isso se expressa na discussão dos sujeitos políticos da luta. Uma parte do movimento que continua como MNLA entende que existem diferenças significativas nas formas de luta entre técnicos e usuários e essa discussão precisa ser realizada, propondo uma progressiva autonomia do movimento de usuários e familiares e o reconhecimento das características particulares dos usuários e familiares enquanto sujeitos políticos. O grupo, que se intitulou RENILA, defende um movimento único com a hegemonia dos profissionais, evitando polarizações que viessem a fragilizar o movimento.

Vasconcelos (2012) chama atenção para as formas de organização e sustentação do movimento e suas bases políticas e sociais apontando que enquanto o MNLA se sustenta de modo geral “[...] sem meios organizacionais próprios, com base nos recursos locais mobilizados ad hoc para realizar cada evento ou encontro”

---

<sup>40</sup>Para uma discussão sobre a divisão do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que gera o RENILA, VER: LOBOSQUE, 2002; DIAZ, 2008. É importante pontuar que os movimentos embora defendam a Reforma Psiquiátrica, têm princípios e formas de fazer política divergente.

(VASCONCELOS, 2012, p. 188) o autor aponta que a rede comunicacional, embora precária, tem melhorado com a criação dos grupos na internet, todavia, seus posicionamentos ainda não ganham grande visibilidade pública. O autor destaca ainda que o MNLA procura ajudar a organizar grupos e associações de base de usuários e familiares, todavia, isso tem um alto custo econômico e pessoal para a militância. Por sua vez, no RENILA, as lideranças estiveram ligadas ao Sistema de Conselhos de Psicologia (SCP) – que inclui o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e seus conselhos Regionais (CRPs). Essa articulação tem um duplo significado, do ponto de vista dos conselhos, se percebe uma iniciativa para que os profissionais adotem uma postura mais crítica e relacionem a reforma psiquiátrica à discussão dos direitos humanos. Por outro lado, do ponto de vista do movimento, a articulação com o SCP facilita a expansão no território nacional, o financiamento e a visibilidade do movimento, todavia, não poucas vezes o corporativismo tem sido apontado nas discussões do movimento, que tem cada vez menos usuários e familiares em seu quadro de sujeitos políticos, outro ponto de questionamento dessa forma de fazer política é que há um possível atrelamento político do movimento ao SCP.

Vasconcelos (2007), por sua vez, aponta ainda que há um “forte nível de pessoalização” e que tal fato seria o principal motivo da dificuldade de “comunicação entre as correntes” (VASCONCELOS, 2007, p.188). GRUMPTER (2008) aponta divergências políticas e ideológicas maiores, cita um documento do RENILA da Bahia, destacando um trecho do documento assinado por Marcos Vinícius da Silva, referindo-se ao MNLA: “Nos encontros nacionais buscavam angariar aliados para as suas posições esquerdistas de quem imagina que somente a revolução social pode resolver a questão do sofrimento mental e da existência dos manicômios” (RENILA:8. Apud GRUMPTER, 2008, p.80). Nesse trecho, notamos que um dos marcos da divisão do movimento é sua direção política e seu compromisso com a emancipação humana. O MNLA se aproxima dos projetos societários maiores, das lutas de classes, e acreditava que a reforma psiquiátrica só seria plena num outro modelo de sociedade. Por sua vez, os registros apontam para a aproximação do RENILA com perspectivas reformistas dentro da ordem. As mudanças na ordem do possível.

Desvendar essas contradições é importante para refletir sobre a operacionalização da política e as atuais dificuldades de se avançar na discussão da

reforma psiquiátrica e de se efetivar a garantia dos direitos na implementação da política de saúde mental no Brasil.

Na verdade, a conjunção dessas relações sociais se dá em meio a uma grande ofensiva ideológica burguesa. Ao mesmo tempo em que o campo democrático se amplia na constituição de novos movimentos, novos atores, verificamos uma certa despolitização, ou nos termos de Ximenes (2011) uma repolitização. Ou seja, ao mesmo tempo que se ampliam as discussões e os pleitos, essa ampliação da participação se dá a partir da fragmentação dos temas, uma pluralidade de temáticas surge em meio dos questionamentos sobre a centralidade da categoria trabalho. Por sua vez, no campo dos direitos observamos uma tendência de fragmentação das lutas sociais, o que, no caso da saúde mental tem apontado o caráter plural e complexo da problemática que envolve tanto os usuários com transtornos mentais, quanto, os usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O debate desses temas tem tido uma convergência para a fragmentação, devido a vários fatores, inclusive a tendência de se criminalizar o uso de drogas na história recente do país.

Outra questão ainda no campo da fragmentação, mas num sentido ainda mais amplo, promovida em maior ou menor grau na última década foi o crescente distanciamento com as lutas do SUS, com algumas exceções, como a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), compreendemos que, com isso, também gerou dificuldade no processo de politização da luta antimanicomial e da apreensão teórico e histórica do atual cenário. Entende-se que, nos últimos anos, a luta antimanicomial parece, em alguns momentos, fragmentada do campo maior da saúde, e de suas dificuldades. Nos primeiros anos, após a aprovação da Lei 10.216/01, observou-se um certo encantamento com os avanços da política, que, para alguns, era o oásis da saúde, visto que, num momento em que os recursos estavam sendo cortados de várias áreas da saúde, parecia que, na saúde mental, vivia-se uma outra realidade. Todavia, não passou muito tempo até a realidade vivenciada pelas demais áreas da saúde passasse a ser regra também na operacionalização da saúde mental. Chamamos atenção para essa contradição da luta, pois a fragmentação no trato da saúde não prioriza uma área, mas tem sido utilizada como estratégia para fragilizar a luta da classe trabalhadora. Isso não significa que não existam determinações

singulares, mas que elas se articulam com às do campo da saúde e às determinações mais gerais do movimento da sociedade burguesa.

Nesse sentido, como apontamos no capítulo 4, a questão do financiamento passou a ser, desde o governo Dilma, um dos maiores gargalos da Política de Saúde Mental. Compreendemos que muitas lutas foram enfrentadas e muitas batalhas vencidas, dado o arcabouço legal que foi construído, todavia, a cada ano, as dificuldades têm aumentado, a despeito dos sanitaristas (mais ou menos combativos) que deixaram seus postos de luta e passaram a encabeçar gerências no governo. Por sua vez, é importante destacar que a ocupação do espaço público também é uma estratégia de luta, porém, com muitos riscos. Os riscos precisam estar claros e serem dimensionados em cada momento histórico.

A ampliação das alianças e da base política da luta pela reforma psiquiátrica, embora necessária, em muitos momentos, guarda uma relação dialética de se poder destruir/construir/reconstruir, em que novo e velho muitas vezes tomam novas formas e novas direções. As alianças construídas têm conduzido ao fetiche da Pós-modernidade dos novos movimentos sociais, em que todo apoio parece ser bem-vindo, e festejado, como em junho de 2016, ao entrar na rede social (facebook) do RENILA, nos deparamos com uma publicação festejando a manifestação de apoio do Movimento Passe Livre (MPL). Ao que parece, as questões (LOBOSQUE, 2003) que provocaram a divisão do movimento em 2003 persistem, em todas as suas partes, os movimentos continuam crescendo e incorporando novos seguidores, todavia, carecem da formação e reflexão política que integrou e organizou os trabalhadores da saúde mental nos anos 1970 e 1980.

Os Governos do PT (Lula e Dilma – 2003-2015) trazem, como sua marca, uma intensificação da institucionalização do movimento, seja na gestão governamental ou na gestão dos diversos serviços. Ao mesmo tempo que se garante a hegemonia do campo antimanicomial na condução da política de saúde mental, se atinge diretamente a luta pela reforma psiquiátrica, fazendo com que suas pautas de luta se aliem com as da política de saúde mental, o que significa em última instância, a falsa percepção de que política de saúde mental e reforma psiquiátrica seriam sinônimos, levando os movimentos a uma forte defesa da política de saúde mental no Brasil.

Compreendemos, dessa forma, que passa a existir um rebaixamento da pauta política que acabou levando à desmobilização dos trabalhadores. Essa questão vem

sendo tratada com o recorte da divisão no MNLA que dá origem ao RENILA, todavia, a discussão em questão, tem a ver com o processo de burocratização dos movimentos sociais que se constituíram na década de 1980, do qual o MNLA é signatário. O movimento em alguns momentos parece se transformar em um fim em si mesmo, atuando dentro da legalidade estabelecida. No caso da reforma psiquiátrica, nos últimos 13 anos as pautas de lutas foram incorporadas e, não poucas vezes, casaram com as pautas de governo. O fechamento dos hospitais psiquiátricos e a abertura dos serviços substitutivos enquanto pautas clássicas do movimento, poderiam ter sido alimentadas pela construção de um projeto alternativo à hegemonia neoliberal. Todavia, essa discussão só recentemente tem se tornado pauta priorizada pelos movimentos, diante das graves denúncias dos trabalhadores.

Por sua vez, compreendemos que ao se utilizar da estratégia sanitarista, o movimento de luta antimanicomial foi atraído e absorvido, de certa forma pela hegemonia burguesa, num cenário de grande ofensiva ideológica da classe capitalista ao mesmo tempo em que se percebe uma fragilização do potencial combativo e da concentração orgânica da classe trabalhadora de modo geral, como os sindicatos e demais movimentos que passam a seguir a pauta governamental.

A quebra desse ciclo ocorre com a atual crise política e com a chegada de Valencius à coordenação nacional de saúde mental, que, como vimos acima, trouxe um saldo positivo no plano da luta política – o reconhecimento das contradições e da luta de classes. Os movimentos (MNLA/RENILA), trabalhadores e usuários ocuparam a sala da Coordenação Nacional de Saúde Mental por quatro meses – entre o dia 14 de dezembro e 15 de abril de 2016, quando foram forçados a desocupar a sala através de um mandado de reintegração de posse.

Após essa experiência resta ao movimento o desafio histórico de passada a euforia da ocupação, reorganizar a base em torno das pautas históricas, procurando traçar uma análise crítica da aproximação do movimento da perspectiva pós-moderna e, de sua captura pela racionalidade burguesa. Mesmo entendendo que se convencionou chamar de pós-modernismo é hoje um conjunto de produções muito distintas entre si, NETTO (2010) aponta que esses trabalhos têm traços comuns, tais como a) tendem a suprimir a distinção entre essência e aparência ; b) recusa da categoria da totalidade (NETTO, 2010). Na atual sociabilidade, dominada pela miséria

da razão (COUTINHO, 2010) observamos que as lutas tendem a acontecer dentro da ordem e a partir da ordem.

Privatização, precarização e cortes nos gastos têm sido uma realidade constante dos trabalhadores da saúde mental no país, e essas questões precisam ser pautadas no processo de reforma psiquiátrica brasileira, em especial, diante dos atuais processos neoliberais, neomanicomiais e neo institucionais.

O contexto é muito complexo, pois diversos grupos disputam a participação no governo e o poder de conduzir a política. Posicionar-se contra, e não participar do governo aparece como abrir mão da luta e deixar que o outro grupo conduza a direção da política de saúde mental. Por outro lado, temos que admitir que a participação dos militantes da reforma psiquiátrica na gestão tem possibilitado um processo de mudanças, afinal, como vimos no capítulo 4, desde 2006 os gastos com a rede substitutiva superam os gastos com o hospital psiquiátrico. Todavia, as pautas não podem se esgotar nisso. Existe um leque de questões que não tem sido absorvido com a mesma ênfase e que determina a direção da política de saúde mental, como a privatização que vem acontecendo de diversas formas, seja através dos contratos terceirizados para contratação de serviço ou recursos humanos ou ainda a intensificação do trabalho nos serviços substitutivos.

#### **5.4 As estratégias e mecanismos da razão instrumental e a gestão da política de saúde mental**

O campo da reprodução social nos fornece um cenário rico e de grande complexidade na atualidade, com processos de hegemonia burguesa (GRAMSCI, 2013) que tem interferido nos processos de constituição e operacionalização da política de saúde mental na medida em que, entendemos que a forma escolhida de acolher (só para utilizar um termo muito em gosto na saúde mental, nos últimos tempos) a demanda da classe trabalhadora (como a reforma psiquiátrica) expressa e traz consigo as estratégias de expandir a acumulação capitalista, e, sobretudo, a racionalidade em que se pauta e que tece o sistema de produção e reprodução social.

É importante lembrar que a política de saúde mental está diretamente vinculada com as necessidades dadas pela forma de ser da sociedade burguesa, visto

que a política de saúde mental é produto das condições históricas e da luta de classes, como apontamos no capítulo 3.

Assim, é imprescindível apontar que o desenvolvimento da política de saúde mental, e demais políticas sociais existentes na formatação dos padrões de proteção social coloca-se em estreita ligação com o desenvolvimento das forças produtivas e o enfrentamento da luta de classes. Vale pontuar, ainda, que a existência de políticas sociais é um fenômeno conexo à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se (BEHRING, 2000). A Política Social emerge como elemento central no marco da estratégia de enfrentamento eleita pelo Estado e pelas classes sociais (BEHRING, 2006).

Na verdade, a conjunção das relações sociais resultantes da sociabilidade do capital se dá mediante a existência de uma racionalidade que fundamenta uma visão de mundo pautada na busca incessante da manutenção da ordem burguesa. A razão passa a ser utilizada pelos interesses do capital que, ao romper com a tradição progressista, alia-se às forças conservadoras e passa a buscar a legitimação nos diferentes espaços de sociabilidade.

As intervenções do Estado na loucura<sup>41</sup>, a título de ilustração, têm a marca das contradições e antagonismo que emanam do papel essencial do Estado em contribuir para consolidação das grandes estruturas de reprodução dessa sociabilidade capitalista.

Posto isso, percebemos a necessidade de compreender em que eixos se apoiam o projeto político do governo do PT e sua relação com os processos de produção e reprodução social, na medida em que a internacionalização da produção, enquanto uma das estratégias de busca de manutenção e aumento da lucratividade por parte do capitalismo foi e, é utilizada nos marcos expansionista do capital na procura de novos espaços produtivos e novos mercados consumidores, ao mesmo tempo, que são criados novos produtos, novos desejos e novas necessidades, buscando a maximização dos lucros pelo controle dos mercados (NETTO, 2011).

---

<sup>41</sup> A história da loucura, ou ainda a história da intervenção do Estado na loucura deve ser apreendida a partir da totalidade, historicidade e contradição. Nesse sentido, da mesma forma que o processo de institucionalização da loucura, ou ainda, a criação de serviços (Manicômio/asilo/hospital) específicos, se deu no marco das modificações ocorridas no modo de produção e reprodução da vida social, isto é, ascensão e consolidação do sistema capitalista, também trouxe, consigo, uma série de problemas, fissuras e possibilidades de se romper e reconstruir outra forma de intervenção na problemática da loucura, mais adequada ao processo de desenvolvimento histórico.

No projeto de governo do PT, notamos que, além do eixo da democracia de Estado, a soberania é concebida como um processo de inserção do país no capitalismo internacional. O Eixo social, revela-se na prática um apêndice da política econômica, visto que entra como o grande eixo do governo “[...] criar as condições para a economia crescer”, assim a política social é compensatória, secundária.

É dessa difícil conjuntura que brota a política de saúde mental e a análise de sua racionalidade passa por entender em que eixos se apoia. A política revela na verdade, as contradições desse modelo adotado, como ser política social, apêndice da política econômica, como ser prioridade, e ao mesmo tempo não ter recursos para implementar suas diretrizes. Essas são algumas das contradições vivenciadas e discutidas por vários trabalhadores da saúde mental na atualidade.

A operacionalização da política tem gerado muitas discussões nos últimos anos, visto que os trabalhadores têm denunciado a excessiva instrumentalização e burocratização que tem dominado o cotidiano dos serviços que compõem a RAPS, com velhas e novas estratégias de cobrança dos procedimentos do SUS, executados pelos CAPS<sup>42</sup>, em que, contrariando as discussões que vêm sendo realizadas no próprio SUS sobre a produtividade, se implanta um instrumento que reafirma a lógica da produtividade em detrimento à lógica do cuidado na saúde mental, em que se percebe uma tentativa de se quantificar os atendimentos no serviço, transformando-os em procedimentos normativos, cada tipo de atendimento, objetivo, público, atividade, recebe um código de procedimento, e ainda, em cada ação realizada o profissional deve informar a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) executante e seu número no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), além de data e a quantidade de ações executadas por usuário no dia. Essa mudança normativa foi instituída pelo Ministério da Saúde em 30 de março de 2012 através de um novo sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS pela Portaria 276 (BRASIL, 2012) que, de acordo com a Coordenação de Saúde Mental, tem como objetivo monitorar as ações e serviços de saúde e pela Portaria SAS/MS 854 que altera e cria os novos procedimentos para os CAPS (Anexo 1) com a “[...] finalidade

---

<sup>42</sup> Após grande discussão sobre a necessidade de tornar mais próximo da realidade possível, foi instituída através da Portaria 854/SAS (2012) uma nova tabela de procedimentos, dada a necessidade de informar (quantitativa e qualitativamente) no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) os procedimentos resultantes de ações de atenção (atendimentos realizados) a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

de qualificar o processamento e o monitoramento da produção dos mesmos no SIA/SUS”. A então Coordenação enfatizava a necessidade de acompanhar as ações de forma mais sistemática; enquanto os trabalhadores<sup>43</sup> apontam para o caráter produtivista do instrumento, na medida em que tem contribuído para a intensificação do trabalho nesses serviços.

Podemos apontar, então, que se é verdade que o rumo da política de saúde mental está indefinido desde a nomeação de Valencius para a coordenação nacional de saúde mental, também é verdade que os problemas que envolvem a política de saúde mental são anteriores a essa questão, visto que a sua saída também não resolveu a questão. Muito antes de dezembro de 2016, já se discutia a direção que passava a tomar a política.

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), carro chefe da política de saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), propõem uma assistência articulada ao território, dessa forma devem ser implantados obedecendo uma lógica territorial e descentralizada, buscando facilitar o acesso dos usuários ao serviço, ao mesmo tempo em que o serviço sugere intervenções nesse território, de acordo com as necessidades de seus usuários, integrando ações que vão além da medicalização dos sujeitos. Devem assim, promover espaços de discussão da saúde mental nos territórios, procurando quebrar preconceitos, procurando construir uma cultura política crítica a respeito da história da loucura e seus determinantes e construir um cuidado / tratamento que estimule a autonomia e articule o sujeito e seu território nesse cuidado.

Desde que Goffman (1999) escreveu sobre as instituições totais, muita coisa mudou na forma de lidar com a loucura, mas, vivemos um período em que a ênfase nos instrumentos a cada dia tem aumentado e chamado atenção para uma excessiva burocratização.

Uma contribuição interessante a essa discussão é a de Coutinho (2010) que, ao discutir a razão na atualidade, cunha a partir da sua leitura de Lukács a categoria “miséria da razão” e aponta que na contemporaneidade o pensamento ideológico da burguesia tem se expressado ora através do estruturalismo, via racionalismo formal (em momentos históricos de estabilidade para a burguesia); e ora, a partir do irracionalismo subjetivista (nos momentos de crise). Concordamos com Coutinho

---

<sup>43</sup> Notas registradas pela autora em caderno de observações, durante sua participação no I Encontro da RAPS em Curitiba, em 2013.

quando ele aponta a necessidade de superar a unilateralidade das duas propostas, na medida em que, são expressões do pensamento burguês, e têm seu núcleo no abandono da historicidade, do humanismo e da dialética. Essa relação de complementaridade entre o racionalismo formal e o irracionalismo desempenha uma função ideológica, na cultura do capitalismo contemporâneo “[...] entre a ‘angústia’ e a ‘segurança’, operam constelações ideo-políticas sobre as quais se erguem ‘concepções de mundo’ conservadoras/estabilizadoras da ordem” (NETTO, 2010, p.245).

Lukács (1976) aponta que a razão está diretamente relacionada ao desenvolvimento histórico do capitalismo, neste sentido, não pode ser considerada como neutra, acima das classes, ou imparcial “sino que refleja siempre el carácter racional (o irracional) concreto de una situación social, de una tendencia del desarrollo”<sup>44</sup> (LUKÁCS, 1976, p.5).

Para além de entender como esse tipo de raciocínio se torna hegemônico, como se constitui o que chamamos de racionalidade burguesa, é fundamental apreender como ele se apresenta nas atuais estratégias de desenvolvimento, acumulação e perpetuação adotadas pelo regime burguês, que tem como marca na atualidade a contínua perda de sua dimensão ontológica. A tarefa de desvendar como essa racionalidade tem se reatualizado na atualidade tem sido objeto de pesquisas, seja no âmbito da filosofia, da política, e do serviço social (GUERRA, 2002; SOARES, 2010); o que demonstra a complexidade da discussão e, ao mesmo tempo, a relevância e o encantamento na tarefa do desvelamento, considerando que o problema da racionalidade afeta, diretamente, a forma de ser, os modos de vida, de ver a vida. E, ainda, no contexto atual, a racionalidade subjacente às políticas sociais engloba também, o papel do Estado e da própria sociedade civil.

Seguindo essa perspectiva, entendemos a racionalidade da política de saúde mental enquanto uma forma de apreensão da realidade, o modo de conceber a realidade, que expressa o movimento, a direção da história. Ao se operacionalizar a política de saúde mental sob o jugo do racionalismo, do instrumentalismo e da burocracia, legitimam-se as práticas sociais da burguesia, o *modus operandi* da economia burguesa.

---

<sup>44</sup> “todavía sempre refleja el carácter racional (o irracional) de una situación social, una tendencia de desarrollo” LUKÁCS, 1976, p.5 (tradução nossa)

Os CAPS têm mostrado as contradições da política, visto em sua essência são pensados como espaços revolucionários no trato das pessoas com transtornos mentais, que procurem trabalhá-los como sujeitos sociais, buscando repensar a relação saúde mental X sociedade, tendo o território como espaço privilegiado das intervenções profissionais.

A apropriação do território pode acontecer através de vários tipos de intervenção além das visitas domiciliares, como visitas aos aparelhos sociais, sejam eles, escolas, clube de mães, idosos, A. A., associação de moradores, associações culturais, enfim, numa instituição fechada (num hospital psiquiátrico), os limites são dados pela instituição, saindo das paredes, dos limites institucionais, não trabalha-se mais focando nos limites, mas com possibilidades, nas possibilidades de emancipação política e de emancipação humana.

Todavia, a operacionalização da política de saúde mental tem dado mostras de processos de burocratização e instrumentalização.

Algumas pesquisas (JORGE et al, 2011; NEVES et al, 2012) apontam para a insatisfação do trabalhador com os processos de trabalho que vêm sendo instituídos nos CAPS, que têm privilegiado esses mecanismos burocratizantes, a exemplo do preenchimento do instrumento RAAS, que muitas vezes termina por inverter a finalidade dos serviços. Por sua vez, guardadas as diversidades entre os serviços CAPS instalados no país, em maior ou menor grau, os serviços têm suas atividades ainda muito centradas no atendimento assistencial dentro dos CAPS, numa inversão da lógica, visto que o território, uma vez apreendido pela racionalidade dominante, passa a figurar como mais uma informação burocrática e irracional, visto que a padronização que passa a ser seguida nos serviços, termina por não considerar as diversidades territoriais.

No trabalho territorial (QUINTAS, 2007; NEVES et al, 2012) percebemos algumas contradições que, inicialmente, aparecem como obstáculos à sua realização:

a) questões relativas à infraestrutura necessária para que a ação aconteça, como a disponibilização de veículo para conduzir os técnicos até o território, quando não é possível o deslocamento a pé, como na maioria das cidades brasileiras. Essa questão é bastante complexa, mesmo nos CAPS III, que funcionam 24hs, e que a legislação prevê que o serviço tenha um transporte. As contradições aparecem ao observar os diferentes arranjos para a garantia do transporte, que nem sempre

consegue ser garantido nas 24hs. Alguns CAPS terminam por dividir, mesmo que por períodos curtos de tempo, com outras unidades de saúde. Por sua vez, como o CAPS pode se apropriar de um território de 150 mil pessoas, como está previsto para um CAPS III, sem transporte próprio? Ademais, os CAPS III têm tendência a ter os casos mais difíceis da área, muitos desses casos exigem intervenções domiciliares complexas, que envolvem mais de um membro da equipe, do núcleo familiar, equipe de saúde da família e comunidade, necessitando de transporte também para deslocar usuários de suas casas para os CAPS em casos extremos, em que a família não consegue levar, ou o usuário não consegue ir sem o apoio do serviço. A questão do transporte é algo bem conflitante nas prefeituras na atualidade, visto que a grande maioria tem optado por terceirizar o serviço de transporte, procurando tornar a prestação do serviço mais eficiente, todavia, a realidade mostra uma outra face desse processo que envolve processo de licitação nem sempre tão claros, contratos nebulosos, alto custo e serviços de qualidade duvidosa, visto que muitos veículos não apresentam condições de trafegar nas vias urbanas, como pudemos constatar nos depoimentos em Curitiba em 2013.

b) Além das visitas domiciliares e demais formas de apropriação do território, a política de saúde mental aponta o trabalho de matriciamento junto às equipes de saúde da família, que implica, do ponto de vista operacional na visita de profissionais do CAPS a profissionais da equipe de saúde da família da área de referência do CAPS para aumentar a capacidade da equipe de saúde da família de atender às demandas de saúde mental. Essa discussão tem, como ferramentas teórico-metodológicas na saúde mental e na Atenção básica: Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial e Clínica Ampliada. Todavia, a retaguarda dos CAPS às equipes de saúde da família guarda uma gama de contradições, em especial, após a publicação da portaria 154 de 2008, que criou os Núcleos de apoio ao programa Saúde da Família, visto que tanto CAPS como NASF devem apoiar às equipes de saúde da família, em que se espera que haja uma articulação entre os serviços e equipes, todavia, não fica claro o que cabe a cada um. Ademais, o chamado matriciamento, tanto por parte da equipe dos CAPS, como equipe dos NASFs é ainda mais intrincado quando refletimos sobre o significado da implementação desses programas e dispositivos em meio à precarização da estratégia de saúde da família e as polêmicas em torno de apoiar e compor a equipe.

c) outra questão polêmica remete a uma das principais engrenagens da política de saúde mental, a questão de recursos humanos (QUINTAS, 2007). Como já apontamos no capítulo 4, a política fala de equipe mínima para atender a um quantitativo de usuários, por sua vez, os poucos investimentos do estado em capacitação profissional na área psicossocial terminam impondo limites no processo de reforma psiquiátrica. Ademais, as equipes reduzidas tendem a diminuir o escopo territorial, até se fechar dentro dos limites institucionais, transformando o novo, na nova forma do velho. Essa questão, além de expressar, na prática, as estratégias de exploração da classe trabalhadora e a precarização do trabalho, marca a negação do direito.

### **5.5 A arte do possível na operacionalização da política – a mediação da racionalidade burguesa na releitura de seus princípios**

Em 2013, durante o Primeiro Encontro da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, promovido pelo Ministério da Saúde (Curitiba, dezembro de 2013) as discussões foram centralizadas na precarização e fragilidade da rede substitutiva. Muitas mesas e intervenções de trabalhadores e usuários chamavam a atenção para as contradições geradas na implementação da política no contexto atual, em que vem sendo reafirmada a parceria público-privada e suas “possibilidades criativas de cuidado”, expressas através da terceirização de serviços e mão-de-obra na operacionalização da política.

É importante lembrar que, na história da assistência psiquiátrica, a rede privada e filantrópica sempre fora responsável por grande parte da prestação do serviço psiquiátrico no Brasil. Então, essa prática não é novidade para a saúde mental. Como apontamos no capítulo 3, o primeiro hospital psiquiátrico foi filantrópico. Esse modelo misto, eclético, mesclava o velho e o novo em nome de um modelo racionalizador, que se desenvolveu e tornou-se mais complexo ao longo dos anos com o crescimento econômico e o aumento da classe trabalhadora. Ao mesmo tempo em que verificamos o aumento das reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e vida, nesta discussão, em algumas ocasiões os projetos de classe se colocaram em disputa e, ressaltamos que as respostas dadas pela racionalidade burguesa vão de um racionalismo exacerbado ao irracionalismo

(COUTINHO, 2010). Só no final dos anos 1970 é que esse modelo privatista foi duramente questionado pelos trabalhadores (AMARANTE, 1995) a partir da chegada, aqui no Brasil, de experiências internacionais de reforma psiquiátrica, em especial, a psiquiátrica democrática italiana (BASAGLIA, 1991; DESVIAT, 1999) intensificando a discussão local. Com isso, estamos apontando apenas que a privatização é um instrumento bastante conhecido da área da saúde mental, em especial, a partir dos anos 1950 (RESENDE, 1994). Na verdade, toda saúde pública no Brasil a partir deste período e até os anos 1980 é marcada por um caráter privatista.

Não podemos perder de vista a historicidade da questão, a Política de Saúde Mental expressa um processo de lutas e conquistas pela reforma psiquiátrica, em que os espaços de lutas se fortalecem no processo de democratização da política (COUTINHO, 2006) nos anos 1980, em que notamos também uma ampliação do Estado burguês. Sob esse aspecto, concordamos com Coutinho (2011) quando ele ressalta que:

Nunca é demais dizer que a “ampliação” gramsciana da teoria do Estado é uma ampliação dialética: os elementos novos aduzidos por Gramsci não eliminam o núcleo duro da teoria de Marx e Engels (ou seja, o caráter de classe e o momento repressivo de todo poder estatal), mas o desenvolvem no sentido de acrescentar-lhe novas determinações. (COUTINHO, 2011, p.25)

Podemos dizer que as funções reguladoras do Estado têm sido organizadas de acordo com a luta de classes; assim, em determinadas situações, advertimos que ele pode ampliar, como aconteceu no caso brasileiro nos anos 1980, ou restringir funções de acordo com a dinâmica do capital e da luta de classes, como passamos a sentir com a nova dinâmica estabelecida nos anos 1990.

O Neoliberalismo não representará, para a saúde mental, apenas o cenário de negociação do projeto de Lei no Senado, mas, compreendemos que suas ideias, de fato representam o pensamento burguês contemporâneo. Em meio às contradições que emanam desse processo, as políticas sociais refletem e atendem, simultaneamente, às demandas do capital e da classe trabalhadora, de forma dialética, ao mesmo tempo em que atendem aos interesses da classe trabalhadora, e, exatamente por isso, as políticas sociais vão contribuir para o processo de acumulação. Ademais, as políticas sociais, e nelas a política de saúde mental se inclui, expressam os diferentes interesses de classes e, emergem de certa forma, como um termômetro das lutas de classes, apontando para os diferentes projetos que disputam

a hegemonia no Estado e na sociedade. A política social exprime assim um determinado modo de conceber a realidade, na qual está implícito, ou explícito, o entendimento da relação Estado e Sociedade, sobre as relações de trabalho, sobre os direitos sociais, sobre a relação de classes e sobre a hegemonia. Enfim, informam a racionalidade, ou pelo menos sobre uma racionalidade, a hegemônica.

Na política de saúde mental, após a aprovação de leis e portarias que contemplam uma outra relação entre saúde X loucura é importante reconhecer que se avançou muito, do ponto de vista da construção de um verdadeiro arsenal legal para garantir a assistência às pessoas com transtorno mental, e das lutas travadas para enfrentar os hospitais psiquiátricos, que a cada dia se armam de novas estratégias e argumentos para continuarem na assistência psiquiátrica conservadora manicomial.

Nessa perspectiva, nos últimos anos, apreendemos novas ofensivas contra a política de saúde mental (pública e universal), as Organizações Sociais de Saúde (OSS) apresentam várias facetas, mas todas figuram como novas artimanhas da burguesia para continuar lucrando com a saúde mental. O capital procura adaptar-se aos direitos conquistados pela classe trabalhadora, ao mesmo tempo que trava um duelo contra eles. Os proprietários de hospitais psiquiátricos têm, ao longo desses anos, lutado vigorosamente contra a reforma psiquiátrica, os trabalhadores da saúde mental e o movimento de luta antimanicomial são hoje, prova viva disto. *Lobbies* no Congresso Nacional, outros tantos deputados eleitos para representar o interesse dos proprietários dos hospitais psiquiátricos e, mais recentemente, a entrada do bloco dos parlamentares evangélicos, que ao tomar as drogas como moeda de campanha política, passa a defender uma proposta para tal – as Comunidades Terapêuticas. Como podemos ver, são muitas as estratégias de recomposição das forças conservadoras.

No caso das organizações, elas são chamadas de Organizações Sociais de Saúde – OSS, e não constituem um campo jurídico-político e operacional homogêneo. Têm suas origens ideológicas nos processos de privatização empreendidos em especial, a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir do qual houve uma articulação voltada para a adesão à privatização, diante das alianças em que se costura a ordem burguesa nos anos 1990 ditada pela dinâmica das reestruturações e expropriações, em que o Estado atua buscando consolidar a burguesia, estimulando

a concentração e centralização do capital, resultando em precarização do trabalho e corte no investimento nas políticas sociais.

Dentro das diferenciações que ocorrem de uma cidade para outra, é possível identificar 2 situações comuns no que tange aos contratos estabelecidos entre as Prefeituras e as OSS: a) contratação de recursos humanos para trabalhar em diferentes programas da política de saúde mental. Esse tipo de contratação, chamada de terceirizada, tem implicado para o trabalhador numa nova condição de trabalho, traz consigo diferentes formas de precarização do trabalho, com perdas de direitos e garantias sociais. O que tem implicações diretas na implementação da política de saúde mental, pois, de um lado, não existe nenhuma garantia da continuidade do trabalho desses profissionais contratados, dada a fragilidade dos contratos de trabalho e, de outro, diante dessa condição, se fragiliza a luta política; b) contratação de serviços – para a execução de vários programas do leque proposto pela RAPS, como na contratação e administração das Residências Terapêuticas, consultório de rua etc. Hoje, as cidades do Rio de Janeiro e Recife são exemplos de processos massificados de contratos com essas organizações que terminam por acarretar a privatização, a flexibilização e a precarização da rede pública a partir da contratação dessas instituições.

Na verdade, essas contratações têm, por base, as determinações do Banco Mundial para a Saúde (; MERHY, 2007a) em que as diretrizes e pacotes do Banco Mundial procuram adequar a política de saúde ao ajuste fiscal, procurando reestruturar o gasto público. Constatamos, assim, nas últimas décadas, um processo de assimilação das pautas de agendas definidas pelo Banco Mundial, que passa a ser vivenciado nas diferentes políticas setoriais, como a política de saúde mental. No caso dos contratos, observamos que os argumentos racionalizadores, transmitem e difundem uma suposta ideia de eficiência do privado, enquanto dissemina novos valores à sociedade. Nesses termos, focalização, encolhimento, privatização, passam a ser ideias aceitáveis, diante de uma discussão que toma a priori a (in) capacidade do Estado.

Assiste-se na saúde mental, mostras da reconfiguração do privado e do próprio Estado a partir da nova divisão internacional do trabalho constituída na era neoliberal, diante da acumulação flexível (HARVEY, 2012). A contratação das OS na saúde mental marca a entrada do setor nas novas tendências de acumulação do capital em

tempos de mundialização financeira (CHESNAIS, 1996). Os processos e relações de trabalho na saúde mental passam a ser flexibilizados para dar conta dessa nova dinâmica de funcionamento do capital, como aponta Harvey (2012), a flexibilização dos contratos de trabalho procura dar conta da imprevisibilidade do mercado e, como coloca Vasopollo, é tida na atualidade como uma alternativa para combater o desemprego (VASOPOLLO, 2005). Os contratos flexíveis terminam por gerar condições de trabalho precárias ou mais ainda pior, uma sociabilidade pautada na precariedade (VASOPOLLO, 2005). As “OSS” contratadas nos diferentes municípios na saúde mental contratam por tempo determinado, muitas vezes, sem garantias, por outro lado, funcionam disseminando a lógica privatizante, materializando condições de trabalho precarizadas e temporárias, dificultando a consolidação da lógica do direito.

A justificativa das prefeituras para o uso desse dispositivo geralmente está relacionada com uma suposta flexibilização, desburocratização e agilidade, enfim, o racionalismo burguês que aponta para o público como o lugar errado, incompleto, e o privado como o fim a ser alcançado.

A revisão da literatura especializada sinaliza para uma preocupação com a operacionalização da Política de Saúde Mental, destacando-se, especialmente, suas articulações com as manifestações conjunturais e a apropriação de tendências vinculadas às atuais estratégias de legitimação burguesa.

Outras questões vêm sendo debatidas pelos trabalhadores dos CAPS, visto que as dificuldades na operacionalização da política vêm crescendo a cada ano, no mesmo ritmo da abertura dos serviços. Faltam trabalhadores para a operacionalização, mas também falta garantir os direitos aos usuários. Transporte, alimentação, terapêutica singular e adequada, são questões que vêm sendo amplamente discutidas, dada a negativa que vem acontecendo no âmbito da operacionalização. A realidade dos serviços abaliza que as gestões não têm garantido o transporte dos usuários, conforme preconizado em lei e, em alguns serviços, exige-se uma verdadeira seleção para eleger os usuários que, de fato necessitem de auxílio transporte para viabilizar o tratamento. Em meio à discussão da focalização e subjetivismo dos critérios, o direito é negado. Quanto à alimentação, a temática envolve uma diversidade de problemas nas experiências nacionais, que vão desde o repasse insuficiente até a terceirização que vem com a proposta de resolver as

questões e, na prática, se traduz em outros tantos questionamentos, alimentos servidos fora da validade, refeições que atrasam, cardápios repetitivos, refeições estragadas, essa é a realidade dos CAPS que têm utilizado os serviços terceirizados, como na cidade de Recife. Dessa forma, os limites da dimensão técnico-assistencial são potencializados, na medida em que a forma escolhida para operacionalizar traz, consigo, estratégias de negação do direito.

Os relatos – seja nos serviços, nos Congressos da área e nos trabalhos técnicos que têm sido publicados – apontam uma preocupação com uma nova institucionalização. A apropriação do território tornou-se um ideal quase inalcançável, diante das dificuldades reais e concretas vivenciadas no cotidiano dos serviços. As falas diversas relatam falta de material para os grupos e oficinas, em alguns lugares sequer existe espaço destinado para isso, em outros, não há profissionais para executar. Os projetos que autorizam o funcionamento dos serviços, por vezes, têm se tornado modelos fechados, tal qual aqueles que vieram a substituir.

Entendemos que a política de saúde mental se concretiza de forma bastante contraditória, garantindo e negando direitos. As contradições assinaladas na operacionalização da política mostram que, se de um lado as conquistas jurídico-políticas apontam para a concepção de um arcabouço institucional com a criação de novos serviços e práticas que envolvem o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, de outro, as novas exigências apresentam-se em sua implantação e execução, mas, em grande parte, essas questões são reduzidas a problemas de gestão e passam a ser discutidas de forma fragmentada – o problema passa a ser da clínica que empobreceu, do processo de trabalho que ficou engessado, dos modelos de gestão que não dão mais conta do atual estágio de desenvolvimento. Não se podem ignorar as condições históricas da política social e as mediações entre Estado e Sociedade.

Ao analisarmos a Política de Saúde Mental, observamos avançamentos resultantes do processo social, econômico e político que se constituiu no Brasil, em especial a partir dos anos 1990 no Brasil, seja adiando a aprovação da legislação, seja dando novos significados ao processo de Reforma Psiquiátrica, como vimos no capítulo 3. A política de saúde mental sofre inflexões da racionalidade que domina o campo das políticas sociais num contexto bastante complexo de estratégias e respostas à crise. Assim, a política de saúde mental, enquanto política social, tem seu núcleo nas relações de produção social, onde está o cerne das contradições do

sistema, e, enquanto parte constituinte das políticas sociais, situa-se no campo da reprodução social, e se materializa como um espaço dialético de projetos contraditórios em disputa, em confronto, estabelecendo-se no limite da luta de classes na esfera do Estado. A atual Política de Saúde Mental é fruto desse movimento. É uma tentativa do Estado em acolher as demandas, entrar no campo tenso das negociações, mas, sobretudo, possibilitar a ressignificação das demandas pela reforma psiquiátrica. Só podemos entender os problemas enfrentados na operacionalização da política se entendermos a atual dinâmica da luta de classes no Brasil.

O governo Lula se destacou pela articulação com o capital, num movimento que nos faz lembrar os conceitos de hegemonia e supremacia em Gramsci, ou como aponta Coutinho em que a supremacia “[...] designa o momento sintético que unifica (sem homogeneizar) a hegemonia e a dominação, o consenso e a coerção, a direção e a ditadura” (COUTINHO, 2012, p.130). Na verdade, embora seja um traço do governo Lula, não foi exclusivo, pois sabemos que a intervenção do Estado tem tido, ao longo da história do desenvolvimento capitalista, um papel estratégico no sistema de reprodução social coerente com o modelo de acumulação. Ao contrário do que Adam Smith acreditava o “livre comércio” está muito longe de ser o motor do desenvolvimento. O Estado tem viabilizado as condições necessárias à expansão e acumulação capitalista, com novas funções políticas e econômicas, de acordo com os interesses monopolistas.

A atual análise da política de saúde mental, no Brasil, coloca-nos o desafio de se refletir sobre as contradições, determinantes e mediações do contemporâneo momento histórico. Assim, algumas relações são mais gerais e são pertinentes a uma discussão mais ampla acerca das políticas sociais na presente crise do capital. Outras mediações são específicas à área e estão relacionadas às inflexões do pensamento burguês de nossa época na política de saúde mental e o caldo sócio cultural presente nessa sociabilidade.

O Conservadorismo tem ocupado cada vez mais espaço na atual sociabilidade. Na saúde mental, desde as eleições de 2010, observamos a centralidade em torno da questão do Crack, em que o aumento do consumo foi trazido pela mídia. A problemática do Crack se transformou num dos pontos conflitantes do debate político, com proposta bastante conservadoras. Assim novas determinações tomam a cena

política e trazem implicações para a política de saúde mental. Sob esse aspecto, lembramos que Gramsci, em carta à Tatiana, aponta novas determinações (como os conceitos de hegemonia e sociedade civil) no conceito de Estado:

Que, habitualmente, é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo, para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento), e não como um equilíbrio da sociedade política com a sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional, exercida através de organizações ditas como privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc.) e, é especialmente na sociedade civil que operam os intelectuais[...] (GRAMSCI, 2005, p.84)

Gramsci apontar a complexidade da dinâmica dos aparelhos privados de hegemonia; nesse sentido, a gestão que se estabelece pós-eleições apresenta um Congresso conservador e, nele, destaca-se a atuação da representação evangélica da sociedade, que passa a ser conhecida como bancada evangélica. Esse grupo também apresenta propostas para vergastar a problemática das drogas através das comunidades terapêuticas – propriedades, afastadas do perímetro urbano, com uma proposta moral e religiosa quanto ao tratamento dos usuários de drogas. Na verdade, a proposta das instituições religiosas quanto ao cuidado da saúde mental não é nova; como já apontamos, as instituições religiosas discutem saídas para o tratamento da doença mental, inclusive quanto aos males do álcool e de outras drogas há vários anos. Todavia, na atualidade, observamos uma complexidade de questões que envolvem a discussão, a começar pelo financiamento público, visto que a pressão exercida pela bancada evangélica se soma à estratégia de composição de forças do governo Dilma para incluir as comunidades terapêuticas na Política de Saúde pública, através da RAPS.acrescentar, às comunidades terapêuticas, a RAPS.

O tratamento nessas instituições foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) em reunião entre 5 e 6 de maio. Chamamos atenção para o contexto conflituoso da reunião do Conad, visto que os pontos polêmicos foram deixados para o final, quando a maior parte dos conselheiros e conselheiras já havia se posicionado positivamente. Na ocasião, o CFESS – Conselho federal de Serviço Social –, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) – órgão do Ministério Público Federal (MPF) – e o Conselho Federal de Psicologia entre outras entidades, posicionaram-se contrariamente à regulamentação. Diante das manobras na condução do debate e da impossibilidade de conseguir contribuir para o debate, o

CFESS e a representação de Antropologia chegaram a se retirar da reunião, deixando claro que não poderiam validar aquele processo.

Na verdade, o CFESS, desde 28 de novembro de 2014, havia publicado uma nota com posicionamento contrário à regulamentação:

Inicialmente, gostaríamos de reiterar nossa posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas, tendo em vista que defendemos que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014, p.01)

O tratamento de base moral e caráter religioso, fornecido por essas instituições implica, na maioria das vezes, na aceitação, por parte do paciente, da religião que está ofertando o cuidado. Eis que essa questão é bastante polêmica, as Comunidades Terapêuticas tentam se defender dizendo que as pessoas não são obrigadas a seguir o credo religioso, mas que a aceitação pode ser importante para o tratamento. A questão é que o Estado brasileiro é laico, portanto, o que tem sido questionado é o financiamento dele às Comunidades Terapêuticas, ademais, elas não são instituições de saúde e não se enquadram em regras e orientações sanitárias, ao mesmo tempo, figuram nebulosamente como unidades de acolhimento da saúde e da assistência social.

Na Nota, o CFESS chama atenção para a violação aos princípios do SUS, e da própria política de saúde mental que prevê a redução de danos, não contemplada nas Comunidades Terapêuticas e cita ainda o Relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre a inspeção de 68 Comunidades Terapêuticas, para apontar a violação dos direitos das pessoas que têm sido atendidas por estas entidades, acrescentando que o tipo de recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado (CFESS, 2014).

Analisando o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” (CFP, 2011) constatamos que o Relatório mostra o resultado das vistorias realizadas pelo Conselho de Psicologia em 68 instituições de internação para usuários de drogas, em 24 estados brasileiros e no

Distrito Federal (efetivadas entre 28 e 29 de setembro de 2011). Os dados apresentados pelo Relatório são preocupantes, descrevem inúmeras violações aos direitos humanos, como castigos físicos e psicológicos, prática de tortura, humilhações sociais, desrespeito à escolha religiosa e orientação sexual, além de o relatório denunciar trabalho forçado não remunerado (mão de obra escrava?) em várias Comunidades Terapêuticas visitadas. O Relatório também aponta que boa parte das pessoas responsáveis pelo “tratamento” são vinculadas à religião da Instituição e que profissionais como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais são quase inexistentes, figurando como itens de exigência, mas nada foi encontrado que fosse capaz de comprovar a passagem ou o atendimento desses profissionais durante a inspeção.

Outro ponto apontado tanto pelo Relatório de CFP (2011) como pelo CFESS (2014; 2015) é a questão do financiamento das Comunidades Terapêuticas. No Relatório, o CFP evidenciou o quanto é complexa e plástica a questão do financiamento dessas instituições, pois, como o CFESS aponta, elas têm usado o fundo público, todavia, contrariam a lógica e as determinações legais das políticas sociais. O Relatório do CFP mostra o quanto é difícil saber ao certo qual o financiamento público para as Comunidades Terapêuticas, visto que, já em 2011, elas recebiam recursos provenientes da justiça, assistência social e saúde.

A discussão sobre as Comunidades Terapêuticas na RAPS é polêmica, pois sabe-se que essas instituições não seguem as diretrizes da política de saúde mental, desconhecendo, inclusive, a discussão que envolve a reforma psiquiátrica.

Na verdade, isso já vem sendo travado em nível nacional e local, de modo que o campo da saúde mental tem sido tema de reuniões nas Assembleias Legislativas dos Estados, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Recentemente, em 12/04/2016 sob o tema: “Frente vai defender a reforma psiquiátrica” o jornal da Câmara dos deputados publicou matéria informando o lançamento de uma frente parlamentar em defesa da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, em meio ao tenso processo de votação do impeachment da Presidente Dilma Rousseff. Constatamos uma preocupação com a direção da política de saúde mental diante da instabilidade política e econômica brasileira.

Por sua vez, o Relatório de Gestão de 2011-2015 frisa o fato de as Comunidades Terapêuticas não terem sido financiadas pela Coordenação nesse

período. Todavia, não existe nenhum motivo para comemoração, visto que, de acordo com Denadai (2015), existem, atualmente 371 Comunidades Terapêuticas Cadastradas no SENAD e financiadas pelo Governo Federal por meio da Secretaria Nacional de Política sobre drogas do Ministério da Justiça. “Até o momento, foram contratadas 371 entidades, gerando 8.034 vagas em todo o Brasil. O valor pago é de R\$ 1 mil/mês para adultos e de R\$ 1,5 mil/mês para adolescente ou mãe/nutriz” (BRASIL, 2015 apud DENAI, 2015). Apontando, assim, o financiamento público de ações privadas de caráter conservador. Esse financiamento das Comunidades Terapêuticas não aparece no orçamento do Ministério da Saúde, fazendo depreender que os gastos com a rede de caráter manicomial são ainda maiores que os valores anunciados pelos dados oficiais.

A discussão ganha fôlego, sendo chamados inclusive pesquisadores para discutir a questão, como em 15/06/2016, em que o mesmo jornal publica as matérias “Comissões analisam o tratamento de pessoas com transtornos mentais” e “Conselho critica comunidades terapêuticas” ambas no mesmo dia. A primeira, aponta os avanços, mas sobretudo, os desafios, e traz a fala de Eduardo Mourão Vasconcelos, professor do curso de serviço social da UFRJ e representante do conselho de psicologia, que denuncia o subfinanciamento da saúde, as terceirizações e sucateamento do SUS. Na segunda matéria, discutem-se os problemas com as comunidades terapêuticas, a partir de um Relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia que apontou, entre outras coisas “[...] violência física, humilhação, imposição de credo, intimidações e desrespeito à orientação sexual nas Comunidades terapêuticas”. Na ocasião, o deputado Lincoln Portela (PRB – MG) defendeu o modelo enquanto representante da bancada evangélica e pastor de uma igreja evangélica que possui comunidade terapêutica, embora reconheça falhas e exageros nas instituições, chegando a propor o diálogo.

Mas não é só no campo do álcool e de outras drogas que as experiências da neo-institucionalização tem ganhado corpo. No âmbito do transtorno mental, tem se conduzido algumas experiências de desinstitucionalização, em que complexos processos têm produzidos novas instituições chamadas de “módulos assistenciais de desinstitucionalização” que têm sido utilizados com vistas a acelerar os processos de desinstitucionalização. Por sua vez, estão respaldados na Portaria 52/2004, segundo a qual :

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)

A questão é que, em alguns lugares, essa transição segura chega a demorar dois, três ou até mais de quatro anos. Sem contar que esses lugares de transição têm sido questionados com relação à qualidade da assistência que tem sido ofertada aos seus usuários, visto que, em alguns casos, chegam a ter mais de 200 usuários num módulo – como na cidade de Recife.

Percebe-se, na atual conjuntura, traços do projeto conservador, fundamentados numa racionalidade que instrumentaliza e naturaliza as relações sociais, de modo que ela aparece ora travestida de “novo” modelo de desenvolvimento – no qual a financeirização da economia é combinada com as políticas sociais<sup>45</sup> sob uma mistura nebulosa de globalização neoliberal e cultura pós-moderna –, ora sob uma preocupação voltada a articular a política social com a ordem social vigente.

Compreendemos que a dinâmica constitutiva dos processos sociais que têm se desdobrado, na última década, está diretamente relacionada com as estratégias ideopolíticas da sociedade burguesa contemporânea e com o avanço do conservadorismo nos processos de reprodução social. Essa ofensiva ideológica tem se expressado na operacionalização da política de saúde mental, seja na organização da política seja nas respostas que o Estado tem dado às demandas sociais. Como em qualquer outra Política Social, a discussão sobre a Política de Saúde Mental incorpora os distintos nexos causais e a relação com as estratégias de produção e reprodução sociais no capitalismo, explicitando a historicidade inerente à discussão bem como os desdobramentos do entrelaçamento entre Estado, Sociedade e Capital e entre a racionalidade instrumental e a racionalidade emancipatória no processo de reprodução social.

Apreendemos a existência de novas e velhas demandas na saúde mental e seus tensionamentos, especialmente, num processo de autonomização das particularidades e singularidades dos fragmentos da esfera subjetiva da vida, promovidos pela perspectiva pós-moderna (IAMAMOTO, 2007). O que se vê é

---

<sup>45</sup> Sobre o assunto é interessante consultar o artigo de Grace Livingstone “Na América Latina, a direita procura inventar um discurso social”, publicado no “Le Monde Diplomatique Brasil” em Maio de 2014.

a suspensão da esfera da subjetividade do processo de produção. Entender as esfinges de materialização da Reforma Psiquiátrica implica apreender a dinâmica histórica dos processos de institucionalização e desinstitucionalização e sua estreita relação com o processo de produção e reprodução social. Ademais, não se pode esquecer a mudança empreendida na Política de Saúde Mental no Brasil e, como isso se traduz em demandas profissionais, ético-políticas e teórico-metodológicas. Assim, a política de saúde mental avança, todavia, sob uma tensa relação dialética entre inovação e conservadorismo e que, nos marcos da atual política, traz uma grande investida ideológica, da arte do possível.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado na tese para desvelar as contradições da política de saúde mental nos permite apontar como a atual crise do capitalismo e a ofensiva ideológica burguesa se tornaram um marco histórico de fundamental importância para se entender o desenvolvimento da política de saúde mental na contemporaneidade.

Nesse sentido, discutimos a política de saúde mental, buscando entender sua dinâmica na sociedade capitalista contemporânea e suas interfaces com os padrões de acumulação e estratégias de legitimação da sociedade burguesa no atual contexto societário, pois, como nos lembra Marx:

[...] todas as épocas de produção têm certas características em comum, determinações em comum. [...] Algumas determinações pertencem a todas as épocas; outras são comuns apenas a algumas. [Certas] determinações serão comuns à época mais moderna e à mais antiga. (MARX, 2011b, p.41)

Nessa passagem, lembrada por Mario Duayer na apresentação da obra *Grundrisse* (MARX, 2011b), a análise da dinâmica societária incorpora as categorias de historicidade e dialética, e reflete o modo de apropriação do mundo resultante desse modo de produção, mas expressa também a luta de classes.

Nesse sentido, existem determinações mais gerais que perpassam a discussão da política de saúde mental no modo de produção capitalista. A análise da realidade atual nos ajudou a desvendar, em especial, suas articulações e determinações históricas. Assim, investimos no desvelamento de determinações e mediações no atual estágio de desenvolvimento capitalista e das estratégias de hegemonia burguesa e como têm se expressado na política de saúde mental. Isso não significa negar as conquistas relacionadas à reforma psiquiátrica, mas situar as conquistas no contexto adverso em que se dão, e em meio às diversas tentativas de analisar a política de forma fracionada com uma narrativa fragmentada, como se a política de saúde mental tivesse uma existência autônoma, tal como se apresenta no mundo da “pseudoconcreticidade” (KOSIK, 1976), diretamente relacionada à prática utilitária. Neste contexto, buscamos a essência da política de saúde mental no cerne do sistema de produção capitalista mas tentando situá-la na dinâmica histórica.

Entendemos que as transformações recentes na ordem societária trazem novos desafios às políticas sociais, e à política de saúde mental em particular.

O exame histórico da política nos mostra que a Reforma Psiquiátrica emerge no bojo de um processo de socialização da política, de ampliação do Estado no contexto de pós-guerra na vigência de importantes modificações da lógica de acumulação capitalista. A política de saúde mental vai expressar um determinado modo de conceber a realidade, de conceber a relação saúde X loucura, que informa o entendimento da relação Estado e Sociedade sobre as relações de trabalho, sobre os direitos sociais, sobre a relação de classes e sobre a hegemonia.

A implementação da política de saúde mental está atravessada por essas determinações mais gerais que perpassam todo o sistema, algumas das quais são comuns ao campo da reprodução social, e esse processo ocorre de modo contraditório e dialético, na medida em que as lutas sociais são recriadas em cada cenário (econômico, político, social), e as demandas da classe trabalhadora são incorporadas na agenda política, como aconteceu e acontece na relação dinâmica e dialética entre os pleitos por reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica e a política não coincidem, mas, antes, têm uma relação dialética, de renovação e continuidade, possibilitando ainda compreender que a política de saúde mental consiste num campo de disputa de racionalidades, onde os projetos estão em disputa por hegemonia. É importante apontar que a política é fruto das condições históricas em que se processa a luta de classes.

A reforma psiquiátrica se desenvolve num contexto de crise do capital, em que as manifestações da crise vêm sendo duramente vivenciadas nos países em desenvolvimento. O avanço do capitalismo e as respostas à crise têm sido marcados por desfechos políticos na Europa e no Brasil e que apontam um avanço do neoliberalismo que se faz às custas da fragilidade das instituições democráticas, mostrando o quão é frágil a relação entre capitalismo e democracia.

Esse processo complexo vai caracterizar a ofensiva ideológica do pensamento burguês, visto que o neoliberalismo imprime uma agenda que redefine o papel do Estado, a partir de novos princípios de intervenção que vão afetar as políticas sociais e, nelas, a política de saúde mental: focalização; privatização e corte nos gastos sociais. Dessa forma, o neoliberalismo emerge como uma resposta econômica, mas

sobretudo política, expressando o pensamento conservador, reproduzindo a racionalidade burguesa nos processos de fetichização e fragmentação da vida social.

No Brasil, o desvelamento dos determinantes históricos da política de saúde mental nos conduziram a contextualizar a montagem do modelo manicomial no Brasil e sua contraditória aliança entre a modernidade e o conservadorismo. As discussões sobre a reforma psiquiátrica são fortemente aquecidas pelos movimentos que lutavam contra a autocracia burguesa, em favor da abertura democrática e do direito à saúde no final dos anos 1970 e 1980. Neste contexto, o fundamento maior para as discussões do direito à saúde eram as disposições da Constituição de 1988.

Ao longo dos 12 anos que a Lei tramita no senado, muitas lutas foram travadas por trabalhadores, usuários e militantes dos movimentos. A mudança da rede assistencial exigiu muitas articulações e discussões. O projeto do fechamento radical dos hospitais psiquiátricos transforma-se na Lei 10.216/01, que objetiva garantir direitos aos usuários de saúde mental, um ganho significativo, tendo em vista o cenário de perda dos direitos impresso nos anos 1990.

A política de saúde mental vai refletir as contradições pertinentes às políticas sociais no Brasil, em que o processo de socialização da política ocorre de forma tardia e inacabada pelos seus altos escalões; além disso é atropelado pelo contexto internacional de adoção do neoliberalismo. Nesse sentido, a política emerge permeada de contradições que apontam para a apreensão do movimento real da sociedade brasileira, em que o direito é reconhecido e negado ao mesmo tempo.

Assim, ressaltamos que a luta pela reforma psiquiátrica foi intensa e conseguiu sobreviver a um contexto adverso de implantação do neoliberalismo no Brasil na década de 1990, mas não sem mudanças de estratégias e em suas bases de sustentação. Ademais, não podemos nos esquecer da tendência de fragmentação que vai marcar as lutas sociais a partir da década de 1990.

Sob esse prisma, apresentamos a política de saúde mental como um processo resultante de complexas e contraditórias relações entre Estado e sociedade, radicadas no âmbito da luta de classes, no movimento de produção e reprodução social, no marco dos ciclos de expansão e crise do capital e, nesse contexto, a racionalidade resultante dessa sociabilidade. Nessa perspectiva, a política tem ressaltado sua condição histórica e social no curso da sociedade burguesa na sua totalidade, como também, suas mediações mais singulares e particulares.

No Brasil, é importante pensar sua relação com novas ideologias, com o neodesenvolvimentismo, amplamente difundido, tentando minimizar as contradições e problemas crônicos do sistema. Ao mesmo tempo, a racionalidade da ordem burguesa procura se fundar nas estratégias de consenso da ordem vigente, a onda ideológica procura eternizar a ordem estabelecida a partir de uma estrutura racional do imutável, que nos convida à resignação com a política social vigente.

É fundamental compreendermos as determinações fundamentais da forma de pensar predominante na Política de Saúde Mental hoje: a dinâmica que engendra a operacionalização da política com a forma de pensar dominante nessa sociedade; as mediações e demandas postas à política de saúde mental pelo desenvolvimento das forças produtivas e pela luta de classes, suas articulações e formas de expressões nos projetos no campo da saúde mental e sua articulação na ordem burguesa. A racionalidade burguesa, expressa no racionalismo burocrático, vai ressignificar o acesso à política, atravessada pelos princípios neoliberais de focalização e corte de gastos; o acesso passa a ser burocratizado, dificultado. Na sociedade brasileira, a burocracia esteve marcadamente ligada à negação das conquistas dos trabalhadores, impregnada da cultura do favor, truncando a socialização da política na contemporaneidade, em que a universalidade garantida no plano legal depara-se com as condições objetivas de operacionalização.

Assim, procuramos identificar como a ofensiva ideológica do capital se expressa nas tendências da política:

– O avanço da implantação dos CAPS – A análise dos dados disponíveis sobre os CAPS nos mostra que os avanços de fato existem, inclusive não são poucos, afinal a implantação de mais de 2000 serviços em 15 anos mostra a luta e a pressão exercida pelos trabalhadores. Os dados guardam significados não expostos numa primeira aproximação; um exame mais atento, mostra os limites e as contradições contidas no modelo adotado, em que notamos que a abertura dos serviços avança junto com as contradições do modelo implementado, visto que a escolha pelos serviços CAPS I guarda um redimensionamento da política, em que se ampliam os questionamentos, em escala semelhante à ampliação das dificuldades quanto ao acesso, à cobertura e à natureza substitutiva dos serviços; em que os princípios democráticos do SUS se mesclam com os mecanismos mais instrumentais da racionalidade burguesa empresarial.

– A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos tem sido amplamente confirmada pelos dados, mas também são eles que nos mostram as contradições desse processo, seja pela complexidade dos processos de descredenciamento dos hospitais psiquiátricos, que envolvem uma correlação de forças e um jogo político, muitas vezes não tão claro, que envolvem, inclusive, um poder de barganha, que fica explicitado no montante ainda destinado aos hospitais psiquiátricos; seja pela discussão de desassistência que tem sido apropriada pelos setores manicomial para discutir as falhas da política de saúde mental na contemporaneidade.

– Financiamento da política – Ao mesmo tempo em que a análise dos dados nos mostra o redirecionamento da política, aponta também para as dificuldades e contradições, haja visto que o orçamento do Ministério da Saúde para a saúde mental tem sofrido poucas alterações, mesmo diante da ampliação da política. Em especial após a RAPS, notamos uma ampliação dos programas e serviços e atribuições, todavia, o orçamento não sofre alterações significativas nesse mesmo período, mantendo-se entre 2,5% e 3,0% do orçamento do Ministério da Saúde. Observamos que a universalidade é aprisionada pela lógica do produtivismo, visto que a permanência ou mudança no aparato técnico-operativo da política aponta para as estratégias de produção e reprodução ideológica da racionalidade capitalista, e mais, de como o fundo público tem sido apropriado pelo setor privado. Seja com a multiplicação dos contratos com as OS's, seja com o financiamento público às Comunidades Terapêuticas – através dos órgãos ligados às pastas da Saúde, Assistência e Justiça, mostrando as estratégias e plasticidade de extraírem recursos públicos para instituições privadas.

A política aparece atravancada pelas investidas neoliberais que redefinem, redimensionam e ressignificam a reforma psiquiátrica dentro dos parâmetros possíveis, configurando-se a arte do possível. Assim, compreendemos que a operacionalização da política de saúde mental é apropriada pela racionalidade burguesa, dentro de um contexto histórico, social, político e cultural muito complexo e contraditório, marcado por novas estratégias de legitimação do processo de expansão e acumulação capitalista, em que as relações sociais aparecem mistificadas.

Como assinalado no decorrer da exposição, as contradições da política apontam para as interfaces da racionalidade burguesa na política de saúde mental, expressas nas relações analisadas.

A política apresenta grandes avanços, todavia, nos últimos anos, tem sido alvo de muitas críticas e discussões sobre sua direção, visto que o cenário político atual mostra o giro conservador.

A hegemonia do neoliberalismo e do pensamento conservador tem se dado à moda do desenvolvimento brasileiro em que o novo se alia às forças conservadoras. As lutas sociais e a sociedade civil combativa passam a ser criminalizadas. Na verdade, esse tem sido parte da nossa história política brasileira, que tem, como marco, o afastamento dos trabalhadores do cenário político.

Como apontamos, o neoliberalismo vai imprimir uma nova ofensiva à política de saúde mental concretizada nas Organizações Sociais de Saúde, que, em última instância, configuram-se como estratégia do capital na saúde mental. A privatização na saúde mental não é algo novo. Na verdade, se reinventa o velho. A assistência psiquiátrica no Brasil foi essencialmente privada e filantrópica. Os usuários com transtorno mental contavam historicamente com um complexo e contraditório acesso à assistência à saúde. Um acesso, em grande parte, privado, restrito, pois basicamente só se contava com o hospital psiquiátrico. Os ambulatórios não tinham grande espaço no modelo manicomial. Uma verdadeira inversão da lógica do direito, o acesso se dava mediante a negação de sua condição de sujeito de direitos, num modelo arcaico que reproduzia, ou reproduz, o que existe de mais conservador em nossa sociedade.

Uma das maiores ofensivas ao pensamento conservador tem ocorrido quanto à problemática das drogas, visto que tem sido difundido através da imprensa à sociedade, chamando atenção para uma epidemia de crack. Sob esse aspecto, ressaltamos o aumento de propostas punitivas, o aumento do Estado penal (WACQUANT, 2001), e o implemento de medidas de proteção social conservadoras, em que se destaca a neoinstitucionalização sob os pilares do tratamento moral.

A condução da política de saúde mental tende a ser ancorada na “arte do possível”, das reformas possíveis, em que, muitas vezes, abandonam-se as propostas originais, ou chegam a ser deturpadas, reconfiguradas e ressignificadas em sua essência a partir da ofensiva burguesa. Assim, a racionalidade burguesa tem se pautado na política de saúde mental, tendo como principal traço, a instrumentalização do direito, que se expressa, em última instância, como a negação do direito.

Recorremos, ainda, ao conceito gramsciano de transformismo para compreender a dinâmica instituída na política de saúde mental na última década bem como sua interface na luta de classes. O transformismo é incorporado em várias esferas e vai atingir a luta pela reforma psiquiátrica em seu caráter combativo e propositivo. A estratégia sanitarista, empreendida na luta pela reforma psiquiátrica, foi atraída pela hegemonia burguesa num cenário de grande ofensiva ideológica da classe capitalista ao mesmo tempo em que se percebe uma fragilização do potencial combativo e da concentração orgânica da classe trabalhadora, visto que intelectuais orgânicos da classe trabalhadora, ligados à reforma psiquiátrica, são atraídos para o campo político dominante, tendo, como resultado, um esvaziamento da postura crítica, enfraquecendo as bases e a força combativa no movimento dos trabalhadores. Por outro lado, chamamos atenção para o fato de que as lutas se dão de acordo com as condições históricas dadas, por isso a necessidade de se refletir sobre o atual cenário.

A questão é complexa, como apontamos, pois muitos grupos e projetos disputam a participação no governo e o poder de conduzir a política. Ser contra ou a favor, ficar dentro ou fora do governo não são decisões simples e exigem organização política. Como afirmamos, muitos avanços aconteceram nesses 15 anos, todavia, os desafios são tão grandes quanto os avanços. Ter um militante, seja do movimento, seja da academia ocupando a coordenação de saúde mental garantiu, sem dúvida, a direção das mudanças, visto que cinco anos após a implementação da lei, os gastos com os serviços substitutivos passaram a superar os gastos com os hospitais psiquiátricos, também não se pode desconsiderar os mais de 2.000 serviços criados em uma década e meia. Mas as pautas não podem se esgotar nessas questões, pois a análise delas nos mostrou que existem várias relações que não aparecem num primeiro olhar. A reforma avança, todavia, permeada de contradições como a privatização que vem acontecendo de diversas formas, seja através de contratos terceirizados na seara dos serviços, seja quanto a investimentos no âmbito dos recursos humanos ou na intensificação do trabalho que vem ocorrendo nos serviços substitutivos.

A luta pela reforma psiquiátrica ganhou novo fôlego, contraditoriamente, com a entrada de Valencius Wurch Duarte Filho, na coordenação da saúde mental, tendo em vista que o movimento, ou melhor, os movimentos (MNLA e RENILA), dentre outras organizações, fizeram-se presentes, pois reivindicaram a saída dele da citada

coordenação. Após a exoneração de Valencius, em 09/05/2016, e com o *impeachment* de Dilma Rousseff – após o qual se seguiu a administração do governo de Michel Temer – Ricardo Bastos é nomeado Ministro da Saúde e, até novembro de 2016, o cargo de coordenador nacional da saúde mental encontrou-se vago, fato demonstrativo de um claro retrocesso na política de saúde mental. Mas as perdas não se limitaram ao campo da saúde mental; recentemente, a PEC 241 foi aprovada no Congresso Nacional e passou a tramitar no Senado como PEC 55, quase num ritmo tão rápido como se tem ecoado a ideia de que essa é a reforma possível, dentro da atual crise, o que nos faz lembrar Mota (1995) quando trata da cultura da crise, na condição de ofensiva ideológica burguesa. O atual cenário mostra o difícil momento político em que estamos, numa correlação de forças pouco favorável para a classe trabalhadora diante da investida imperialista do capital, representando grande retrocesso no campo das políticas sociais.

Por fim, apontamos que existe um afastamento do projeto original de reforma psiquiátrica, ou ainda, que a atualidade aponta para uma ressignificação dela através da racionalidade burguesa e, ainda, que essa proposta se dá a partir de uma articulação contraditória, dialética e inquietante de inovação e conservadorismo e, que se revela na operacionalização da política de saúde mental, com implicações no campo dos direitos sociais. Essa questão nos faz pensar na política de saúde mental na relação com novas ideologias, com estratégias de consenso da ordem vigente, de modo que a onda ideológica que procura eternizar a ordem estabelecida a partir de uma estrutura racional do imutável, nos convida a resignarmos-nos com a política social vigente, marcada por uma “arte do possível”.

Assim, percebemos a coexistência de novas e velhas demandas no trato da saúde mental que mostra tensionamentos, especialmente, num processo de autonomização das particularidades e singularidades dos fragmentos da esfera subjetiva da vida (pós-modernidade).

Nesse sentido, a análise da política de saúde mental na dinâmica da sociedade brasileira mostra uma relação dialética entre as categorias continuidade /renovação, as quais expressam um movimento histórico, dialético e contraditório na política de saúde mental, segundo a qual os movimentos de restauração são marcados pela estratégia ideológica da “arte do possível”, que vai imprimir uma nova direção à operacionalização da política de saúde mental.



## REFERÊNCIAS

- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Pacientes do Alberto Maia serão transferidos. Publicado em 18/11/2009. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=10840>. Acesso em: 19 jul. 2015.
- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Equívocos da "reforma psiquiátrica", segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)**. In: Revista Hospitais Brasil. Publicado em 06/07/2010. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12028>. Acesso em: 25/07/2015.
- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. NEWS LETTER. Presidente da ABP reafirma "Diretrizes" no Congresso Nacional. Disponível em: <http://www.abp.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-58/>
- ABRASCO. **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Publicada em 14/12/2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2015/12/nota-publica-cgmadms/>. Acesso em: 15/12/2015.
- ALVES, Domingos Sávio. Entrevista: Domingos Sávio Alves. Publicado em Revista Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 305-309, jan./abr. 2016.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade, conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sônia. Saúde e democracia: A luta do cebes. São Paulo, Lemos, 1997.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: **História, Ciência e Saúde**. Manguinhos I, vol.1, n.1, p.61-77 Jul-out, 1994.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AROUCA, A. S. Democracia é Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.35-42, 1987.
- ASSIS, MACHADO de. **O Alienista**. Companhia das Letras, 1882.
- BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia; MORENO, Vania. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. In: **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.

BARROCO, Maria Lúcia. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2011, n.106, p. 205-218. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n106/n106a02.pdf>.

BARROS Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. USP. São Paulo, v. 45 ( Especial 2.): pag 1780-1785, 2011. /

BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARIS, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, Supl. II, out., 2010.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

BEHRING, Elaine; BOSCHETT, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

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

BEHRING, Elaine R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BEHRING, Elaine. O Estado Social Europeu tem futuro? In: VARELA, Raquel (org.). **Quem paga o Estado Social em Portugal?** Portugal, Lisboa: Bertrand Editora, 2013.

BELCHIOR, Luisa. **Crise ameaça políticas sociais na Europa**. São Paulo. Folha de São Paulo (30/05/12). Correspondente de Madri, 2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/45861-cri-se-ameaca-politicas-sociais-na-europa.shtml>. Acesso em: 14/07/2015

BICHAFF, Regina. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: Uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para consolidação da reforma psiquiátrica**. São Paulo: R. Bichaff, 2006.

BORON, Atílio. Aula inaugural: pelo necessário (e demorado) retorno ao marxismo. IN: BORON, Atilio A., AMADEO Javier e GONZÁLEZ, Sabrina (org.). **A teoria marxista hoje Problemas e perspectivas**. Coleção Campus Virtual. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006

BOSHETTI, Ivanete Salete. América Latina, política social e pobreza: “novo” modelo de desenvolvimento. In: Evilásio Salvador (et al) orgs. **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BOSHETTI, Ivanete Salete. Os custos da crise para a política social. In: BOSHETTI, Ivanete Salete (orgs.). **Política Social – fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, Biblioteca Básica de Serviço Social, São Paulo: Cortez, 2010.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. Ponta Grossa: **Revista Emancipação**, v.06, n01, 2006.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p. 1585-1596, junho, 2010.

BRAGA, RUY. Apresentação. In: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy e RIZEK, Cibele (org). **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. A política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004  
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 10.708. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, de 31 de julho de 2003.**

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 106. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, de 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Casa Civil. Decreto 7179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências, Ministério da Saúde: Brasília ,2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**, Relatório Final, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília, CDMS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1966, de 10/09/2013. **Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2077. **Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003, de 31 de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 251. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS**. Diário oficial de 31 de janeiro de 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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**, Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336. **Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações**. Diário oficial de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 54. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - PNASH Psiquiatria**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1190. **Institui o o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**, de 04 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 426**, de 03 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, ). Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. **Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias nº- 52/GM/MS que estabelece a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país**, de 20 de janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº- 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, **que estabelece a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país**, de 20 de janeiro de 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental “cuidar sim, excluir não... efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 11/10/2015). 48p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRASIL. 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**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde, nº8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria 189**, de 20 de março de 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS/Sistema de Informações Hospitalares SIH. Dados trabalhados pela autora. Disponível: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>, acessado em 15/03/2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

BRAVO, Maria Inês. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BREILH, Jaime. **Determinantes Sociais da Saúde**: Entrevista com Jaime Breilh. CEBES, 2011. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2011/11/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/>>. Acesso em: 12 set 2016.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia. Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Ed. UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMATA, Marcio Wagner et all. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4405-4414, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.

CARCANHOLO, Reinaldo & SABADINI, Maurício A.. Capital fictício e lucros fictícios. In: **Revista Soc. Bras. Economia Política**, Rio de Janeiro, nº 24, p. 41-65, junho 2009.

CASTEL. Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro, Graal, 1991.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 12, p. 613-636, out./dez., 2012.

CASTELO, Rodrigo. **O social-liberalismo**: Auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. CFESS reafirma posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas. Publicado em 05/12/2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1143>

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: Contribuições do CFESS para o debate.** Publicado em 28/11/2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>

CHAVES, Leslie. Paulo Amarante: **Retrocessos à vista no campo da saúde mental no Brasil.** Brasil de Fato. Publicado em: 10 fev. 2016. Disponível em: <http://www.brasildefato.com.br/node/34112>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CHESNAIS, François. A luta de Classes na Europa e as raízes da crise econômica Mundial. **Carta Maior**, 09/07/2012, Acesso em: 15 mar. 2016. <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/A-luta-de-classes-na-Europa-e-as-raizes-da-crise-economica-mundial-l-7/25351>

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital.** São Paulo: Xamã, 1996.

COELHO, Bernadete Perez. **A Reformulação da Clínica a partir de diretrizes para a Atenção e Gestão na Saúde:** Subjetividade, Política e Invenção de Práticas. Tese (Doutorado em ) Recife: FIOCRUZ, 2012a.

COELHO, Eurelino. **Uma Esquerda para o capital -O transformismo dos grupos dirigentes do PT (1979-1998).** São Paulo: Editora Xamã / Bahia: UEFS Editora, 2012.

COGGIOLA, Osvaldo. **Por que os sinos gregos tocam?** São Paulo: Blog da Boitempo, 2015. Disponível em: [https://blogdaboitempo.com.br/2015/08/11/por-que-os-sinos-gregos-dobram/?iframe=true&theme\\_preview=true](https://blogdaboitempo.com.br/2015/08/11/por-que-os-sinos-gregos-dobram/?iframe=true&theme_preview=true). Acesso em: 20 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia.- Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.200 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. **Hospitais psiquiátricos pedem ajuda**, 06/05/2007. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/Hospitais+psiquiatricos+pedem+ajuda+11+1509.shtml>. Acesso em: 25/07/2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco, BRAGA, Ruy e RIZEK, Cibele (orgs.). **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira.** São Paulo: Boitempo, 2010a.

COUTINHO, Carlos Nelson. A Democracia como valor universal: notas sobre a questão democrática no Brasil. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1980.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente.** São Paulo: Cortez, 2008

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cultura e Sociedade no Brasil – Ensaio sobre ideias e formas**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci. Um Estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções: o marxismo na batalha das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a miséria da razão**. São Paulo: Expressão Popular, 2010b.

DELGADO, Pedro Gabriel G. et al. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n.1. p. 51-58, 2012.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FICRUZ, 1999.

DESVIAT, MANUEL. **Conferência proferida no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC-UFBA**, promovido pelo Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental – NISAM e Grupo de Mobilização da Rede de Atenção Psicossocial – Núcleo Bahia (em 15 de abril de 2014, Acesso em: 21/06/2015: <https://youtube.be/41YcVt6UZsE>

DESVIAT, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4615-4621, 2011.

DIÁRIO DA LIBERDADE. Crise imobiliária provoca suicídios. Publicado em 22/11/2012. <http://www.diarioliberalidade.org/~diarioli/mundo/laboral-economia/33289- crise-imobili%C3%A1ria-provoca-suic%C3%ADdios.html>. Acessado em: 19/07/2015.

DIAS, Edmundo. **Política Brasileira: Embate de projetos hegemônicos**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

DIAZ, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello. **Atenção à Crise em Saúde Mental: clínica, planejamento e gestão**. Campinas: UNICAMP, 2013.

DUARTE, Sílvia Louzada. **A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica**. Vitória: UFES, 2016.

DUMÉNIL, Gerard; LÉVI, Dominique. **A crise do Neoliberalismo**. São Paulo: Boitempo, 2014. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ELIA, Luciano. **O Ministro, o coordenador, sua ideologia e a ciência**. Publicado em Carta Maior/Editorial Política em 29/01/2016. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/O-ministro-o-coordenador-sua-ideologia-e-a-Ciencia/4/35400>. Acesso em: 05 fev. 2016.

ERIBON, Didier. Michel Foulcault. 1926-1984

FALEIROS, Vicente. **Globalização, correlação de forças e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2014

FEDERAÇÃO BRASILEIRADOS HOSPITAIS. **Proposta à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/sta\\_casa\\_fbh.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/sta_casa_fbh.htm). Acesso em: 20/10/2015

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de interpretação sociológica**. São Paulo: Globo, 2005.

BASTOS, Inácio; BERTONI, Neilane. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

FLEURY, **Sonia**. **Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

FONTES, Virgínia. Entrevista a Carta Maior: Virgínia Fontes, o SUS e a luta de Classes. **Carta Maior/Direitos Humanos**. 04/04/2013. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Virginia-Fontes-o-SUS-e-a-luta-de-classes/5/27816>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o Capital Imperialismo – teoria e história**. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FREITAS, João Paulo de. **Profissionais criticam situação de Caps da Capital**. Publicado em Jornal O Povo on line/ jornal de Hoje/ Cotidiano em 11 out. 2014. Disponível em: [http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2014 out. 11/noticiasjornalcotidiano,3329597/profissionais-criticam-situacao-de-caps-da-capital.shtml](http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2014%20out%2011/noticiasjornalcotidiano,3329597/profissionais-criticam-situacao-de-caps-da-capital.shtml). Acesso em: 20 jan 2016.

GALVÃO, Camila Alves Varela. **Saúde mental e atenção primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde**. / Rio de Janeiro: Camila Alves Varela Galvão, 2012.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. O financiamento Federal da Saúde Mental após o Pacto da Saúde. **Libertas**, Revista da Faculdade de Serviço Social- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, v.11, n.2, 2011.

GIDDENS, Anthony. **A terceira Via: Reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia**. São Paulo: Ed. Unesp, 2005.

GLOBO, Jornal O. **Após denúncia maior manicômio de Pernambuco é descredenciado do SUS**. Publicado em 17/11/2009. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/apos-denuncias-maior-manicomio-de-pernambuco-sera-descredenciado-do-sus-3153257>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

GLOBO, Jornal O. **Comunidades Terapêuticas mantidas por parlamentares podem ganhar verba federal**. Publicada em 29/04/2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104#ixzz49zU81m9A> . Acesso em: 14 mar. 2016.

GLOBO/G1. . **Fechamento de vagas de internação em hospitais psiquiátricos preocupa**. 18 set. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014-set-fechamento-de-vagas-de-internacao-em-hospitais-psiquiatricos-preocupa.html>. Acesso em: 15 jun. 2015

GLOBO/G1. <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014-set-fechamento-de-vagas-de-internacao-em-hospitais-psiquiatricos-preocupa.html>

GOFMAN, **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001

GONÇALVES, Reinaldo. Governo Lula e o nacional-desenvolvimentismo às avessas. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, v. 31, p. 5-30, 2012

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume 4 – Temas de Cultura, Ação Católica, Americanismo e Fordismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume 5 – O Risorgimento. Notas sobre a História da Itália**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014a

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume.1. Introdução ao Estudo da Filosofia; a filosofia de Benedetto Croce**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

GRAMSCI, Antonio. **Cartas do Cárcere**, volume. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GUERRA, Iolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GRMPETER, Paula. A participação dos portadores de transtorno mental no movimento de luta antimanicomial de Pernambuco. Dissertação de Mestrado. Recife: O Autor, 2008.

HARVEY, David. **Condição Pós Moderna – uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola, 2012.

HARVEY, David. **O enigma do Capital**. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo – História e implicações**. São Paulo: 2012a.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2013

HAYEK, Friedrich. **O Caminho da Servidão**. São Paulo: Instituto Liberal, 1990 (1944).

HOBBSAWM. Eric. **A Era das Revoluções: Europa 1789-1848**. Tradução de Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

HBSBAWM. Eric. **A era dos Extremos: O breve século XX, de 1914 a 1991**. Tradução de Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOBBSAWM. Eric. Introdução. In: MARX, Karl. **Formações Econômicas Pré-Capitalistas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

IAMAMOTO, Marilda. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda. Villela. **Serviço Social em tempos de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IASI, Mauro. **A crise do PT: o ponto de chegada da metamorfose**. Publicado no Blog da Boitempo em 10 mar. 2016. Acesso em: 14 maio 2015. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/03/10/a-crise-do-pt-o-ponto-de-chegada-da-metamorfose/>

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2145-2154, 2011.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORNAL DA CÂMARA. **Comissões analisam o tratamento de pessoas com transtornos mentais**, publicado em 15 jun. 16, p.06, 2016. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/jornalcamara/>.

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; NOGUEIRA, Maria Emanuela Ferreira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MORAIS, Ana Patrícia Pereira. **Gestão de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no Contexto da Política de Desprecarização no Sistema Único de Saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.417-25, Jul-Set., 2007.

JORNAL DA CÂMARA. **Conselho critica comunidades terapêuticas**, publicado em 15 jun. 16, p.06, 2016. Disponível em <http://www.camara.leg.br/internet/jornalcamara/>.

JORNAL DA CÂMARA. **Frente vai defender a reforma psiquiátrica**. Publicado em 12/04/16, p. 06, 2016. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/jornalcamara/>.

KONDER, Leandro. **O marxismo na Batalha das ideais**. São Paulo: Expressão popular, 2009.

KOSIK, Karel Kosik. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LANCMAN, Selma & BARROS, Juliana de Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista Ter. Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antonio. Entrevista com Raquel Varela Revolução dos Cravos, condições de trabalho e vida em Portugal. **Revista Katálises**, Florianópolis, v. 18, nº.1, pags 123-130, jan/jun. 2015.

LEHER, R. Para silenciar os campi. **Educação & Sociedade**, São Paulo, Campinas, v. 25, n.88, p. 867-892, 2004.

LEMES, Conceição. **Trevas no rumo da Saúde Mental: ministro critica influência de Foucault e indica psiquiatra que dirigiu casa de horrores; “a comida, não daria para meus cachorros”**. Publicado em VioMundo. Em 14 dez. 2015. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/trevas-no-rumo-da-saude-mental-ministro-critica-influencia-teorica-de-foucault-e-indica-psiquiatra-que-dirigiu-casa-de-horrores-a-comida-nao-daria-para-meus-cachorros.html>. Acesso em: 16 dez. 2015

LENIN, Vladimir I. **Imperialismo fase superior do capitalismo**, São Paulo: Global, 6ª ed., 2012.

LIMA, Luana. Saúde mental em situação precária. Matéria publicada no jornal Diário do Nordeste em 27/04/2013. Acessado em 03/11/16.

LIVINGSTONE, GRACE. Na América Latina a direita procura inventar um discurso social. Matéria publicada no jornal Le Monde Diplomatique Brasil em 05 de maio de 2014. Disponível em : <http://diplomatique.org.br/na-america-latina-a-direita-procura-inventar-um-discurso-social/> Acessado em 22/11/2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, Ética e Política: Algumas Questões de Ordem da Luta Antimanicomial. In: Conselho Federal de Psicologia (organizador). **Loucura, ética e política**: Escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação** / Marcela Adriana da Silva Lucena. – Recife: O Autor, 2011.

LUKÁCS, Georg. El Assalto a la Razón. **La trayectoria del irracionalismo desde Shelling hasta Hitler**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1976.

LUKÁCS, Georg. **História e Consciência de Classe: estudos sobre a dialética marxista**. Rio de Janeiro: WMF Martins Fontes, 2ª edição, 2012

LUKÁCS, Gyorgy. **Introdução a uma estética marxista**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

LUKÁCS, György. **Marxismo e Teoria da literatura**. Seleção, apresentação e tradução: Carlos Nelson Coutinho. 2ed. São Paulo, Expressão Popular, 2010.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do Ser Social I**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho, Mario Duayer e Nélio Schneider. São Paulo, Boitempo, 2012.

LUZIO, Ana Cristina; YASUI, Sílvio. Além das portarias: desafios da Política de Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar., 2010.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo, Nova Cultural, 1999.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco e ROA, Alejandra, Carrillo (org.). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W.F. • A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez., 2012.

MARTINS, José. Nas entranhas do ciclo industrial dos Estados Unidos. São Paulo: Núcleo de Educação Popular 13 de maio. **Crítica Semanal de Economia**/Edição 1284 – Ano 29; 4ªSemana, Fevereiro, 2016.

MARTINS, Marcos Francisco. **Marx, Gramsci e o conhecimento- ruptura ou continuidade**. São Paulo: UNISAL, 2008.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista**. Editora Vozes de Bolso, 2011a.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. **Grundrisse: Manuscritos econômicos de 1857-1858**: esboço da crítica da economia política. Tradução: Mário Duayer e Nélio Sheneider. São Paulo: Boitempo, 2011b.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da Economia Política: livro II: o processo de circulação do capital**. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2014

MARX, Karl. **O Dezoito de Brumário de Luís Bonaparte (1851-1852)**. Edição Ridendo Castigat de Moraes. Versão Ebook: Néilson Jarh Garcia, [www.ebook.com.br](http://www.ebook.com.br) (acessado e baixado em 25 de setembro de 2012), 2012.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da Economia política: Livro I: o processo de produção do capital**. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MERHY, Emerson Elias & AMARAL, Heloísa (org.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild/Campinas-SP: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, ISBN 978-85-60438-19-8, 2007b.

MERHY, Emerson Elias & FRANCO, T. B. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, Emerson. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed, São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MÉSZÁROS, István. **A montanha que devemos conquistar – Reflexões acerca do Estado**. Tradução: Maria Isabel Lagoa. São Paulo: Boitempo, 2015.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital: Rumo a uma teoria de transição**. Tradução: Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2012.

MOTA, Ana Elizabete (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. Trabalho Precário na indústria de confecções: apontamentos sobre a realidade brasileira e portuguesa. Rio de Janeiro: **Revista Em Pauta**, 1 semestre de 2013, v.11, n.31, págs. 31-65, 2013.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Carta de Bauru. Mimeo.1987

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Nota de Resistência da Luta Antimanicomial Brasileira**. Publicada em 16/04/2016. Disponível em <https://www.facebook.com/mnlaemluta/>. Acesso em: 17/04/2016.

MURAMOTO, Melissa Tieko; MANGIA, Elizabete Ferreira. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2165-2177, 2011.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. São Paulo: **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.

NETTO, José Paulo. **Lukács e a crítica da filosofia burguesa**. Lisboa: Seara Nova, 1978.

NETTO, José Paulo. **Pequena História da Ditadura Brasileira (1964-1985)**. São Paulo: Cortez, 2014.

NETTO, José Paulo. Posfácio. In: COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a miséria da razão**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

NETTO, Leila Escorsim. **O Conservadorismo Clássico** – Elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011a.

NEVES, Rosane et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise.. Universidad del Rosario Bogotá, Colombia, **Avances en Psicología Latinoamericana**, vol. 30, núm. 2, pp. 356-368, 2012.

OLIVEIRA, Edinéia Figueira dos Anjos & GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58, jan./jun., 2011.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do Antivalor – A economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Francisco. Hegemonia às avessas: Decifra-me ou te devoro! in: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy e RIZEK, Cibele (org). **Hegemonia às avessas: Economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de, ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3069-3078, 2012.

ONOCKO CAMPOS, Rosana & SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, março 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; BACCARI, Ivana Preto. **A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2051-2058, 2011

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acessado em 22/10/16.

PADURA, Leonardo. **O homem que amava os cachorros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol. 11, n.2, p. 241-58, maio-ago. 2004.

PAVAN, Bruno. **Movimentos populares criticam entrega de ministérios ao PMDB**. Publicado em 02 out. 2015. In: Brasil de Fato .Disponível em: <http://antigo.brasildefato.com.br/node/33116>. Acesso em: 30 out. 2015.

PELLEGRINI, Marcelo. **Em extinção, manicômios podem voltar “disfarçados”**. Publicado em Carta Capital/Sociedade em 03 fev. 2015. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/em-extincao-manicomios-podem-voltar-disfarçados-7374.html>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. São Paulo, **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 12, p. 729-753, out./dez., 2012.

PESCHANSKI, Alexandre. **Crise Europeia e austeridade fiscal. São Paulo: Blog da Boitempo. 2012. Disponível em:**  
<[https://blogdaboitempo.com.br/category/colunas/joao-alexandre-peschanski/?iframe=true&theme\\_preview=true](https://blogdaboitempo.com.br/category/colunas/joao-alexandre-peschanski/?iframe=true&theme_preview=true)>. Acesso em: 24 out. 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves; et ali. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.653-660, março, 2012.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4.579-4.589, dezembro, 2011.

POULANTZAS, Nicolas et ali. **O Estado em discussão**. Lisboa: Edições 70, 2000.

PSOL/Liberdade, **Socialismo. Revolução/ Setorial da Saúde. O desmonte da saúde mental no Rio de Janeiro**. Publicado em 24 nov. 2015. Disponível em: <http://www.lsr-cit.org/nacional/25-nacional/1386-o-desmonte-da-saude-mental-no-rio-de-janeiro>. Acesso em: 12 mar. 2016 QUEIROZ, Marcos de Souza; DELAMUTA, Leny Aparecida. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3603-3612, 2011.

QUINTAS, Renata Martins. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**. / Renata Martins Quintas. Rio de Janeiro: [S.n.], 2007.

RANGEL, Mariana Nogueira. **“A nova cronicidade” nos “Novos” Serviços de Atenção Psicossocial**. 2008.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão**. Documentário, 24 min., Brasil, 1979.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Carta de Princípios. Disponível em: <http://blogdarenila.blogspot.com.br/2009/jan/carta-de-principios.html>. Acesso em: 29 out. 2015.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.

RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v16, n.12, p.4.623-33, dezembro, 2011.

RODRIG, Dani. Depois do Neoliberalismo, o quê? In: **Desenvolvimento em debate: Novos rumos do desenvolvimento do mundo**, Ana Célia Castro (org.) Rio de Janeiro: Mauad; BNDES, v. 1, pag. 277-298, 2002.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? In: **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSANVALLON, Pierre. **A nova questão social: repensando o Estado-providência**. Brasília, Distrito Federal: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem da desigualdade (1754)**. Tradução Maria Lacerda de Moura. Versão e-book, 1973.

SADER, EDER. **Quando novos personagens entram em cena**. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

SADER, Emir. **Eles e nós: para a hegemonia pós-neoliberal**. Publicado em Carta Maior, em 04 mar. 2014. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Blog/Blog-do-Emir/Eles-e-nos-para-a-hegemonia-pos-neoliberal/2/30394>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SADER, Emir. Neoliberalismo versus pós neoliberalismo: a disputa estratégica contemporânea. In: **Margem Esquerda**, Ensaios Marxistas. São Paulo: Boitempo, junho, 2011.

SAMPAIO JR, Plínio de Arruda. Desenvolvimento e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: nº 12 (p. 672-688), out./dez., 2012.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. saúde coletiva**, Dez 2011, vol.16, .o.12, p.4685-4694. ISSN 1413-8123.

SARACENO, BENEDITO. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: Te Corá, 1999.

SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de saúde na construção do SUS. In: SUÁRES et all (org). **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO. **Hospital Alberto Maia é descredenciado do SUS**. Publicado em BLOG SES PE em 30 dez. 2010. <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/hospital-alberto-maia-e-descredenciado-do-sus>. Acesso em: 18 dez. 2015.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Lutas Sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Recife: UFPE/ O AUTOR, 2014.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos no processo de reforma sanitária brasileira. Recife: UFPE, 2014

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental** [online]. 2013, vol.10, n.19, pp. 267-285. ISSN 1679-4427.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2377-2386, 2012.

SITCOVSKY, Marcelo. Reconciliação entre assistência social e trabalho: o impacto do Bolsa Família. In: MOTA, Ana Elizabete. **Desenvolvimento e Construção da Hegemonia – crescimento econômico e Reprodução da desigualdade**. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

SOARES, Raquel Cavalcanti. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social** / Raquel Cavalcante Soares. - Recife: A Autora, 2010.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan.-abr., 2002.

TERTULIAN, Nicolas. A destruição da razão: 30 anos depois. Verinotio. **Revista online de filosofia e ciências humanas**, n. 13, Ano VII, abr./2011 – Publicação semestral – ISSN 1981-061X. Acessado/baixado em 30 maio 2013.

TOLSTÓI, LIEV. **Anna Karenina**. Tradução de Rubens Figueiredo. São Paulo Cosac Naify, 2013.

VARELA, Raquel & PEREIRA, Luísa Barbosa. Segurança Social, Trabalho e Estado em Portugal. Brasília: **Revista Temporalis**, ano 15, nº30, jul./dez., 2015.

VARELA, Raquel. **A Revolução dos Cravos**. Lisboa: Bertrand, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNL) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da intersectorialidade**. São Paulo Cortez, 2004.

VASOPOLLO, Luciano. A precariedade como elemento estratégico dominante do capital. **Revista Pesquisa & Debate**, SP, volume 16, número 2(28), pp. 368-386, 2005.

WACQUANT, As prisões da miséria. Rio de Janeiro, Zahar, 2001.

WOOD, Ellen. Capitalismo e democracia. En publicacion: **A teoria marxista hoje. Problemas e perspectivas**. In: BORON, Atilio A.; AMADEO, Javier; GONZALEZ, Sabrina. 2007.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. Tradução César Castanheira. [S.l.; s.n.], 2003.

ŽIŽEK, Slavoj. Žižek: **não podemos abordar a crise dos refugiados sem enfrentar o capitalismo global**. São Paulo: Blog da Boitempo, ([https://blogdaboitempo.com.br/2015 set. 18/zizek-nao-podemos-abordar-a-crise-dos-refugiados-sem-enfrentar-o-capitalismo-global-os-refugiados-nao-chegarao-a-noruega-tao-pouco-a-noruega-que-eles-procuram-existe/?iframe=true&theme\\_preview=true](https://blogdaboitempo.com.br/2015-set-18/zizek-nao-podemos-abordar-a-crise-dos-refugiados-sem-enfrentar-o-capitalismo-global-os-refugiados-nao-chegarao-a-noruega-tao-pouco-a-noruega-que-eles-procuram-existe/?iframe=true&theme_preview=true), publicado em 18 set. 15, Acesso em: 20 out. 2015), 2015.

ZOLA, Émile. **Naná**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.