



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIANA DUARTE DO NASCIMENTO

**O AVANÇO DO CONSERVADORISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: As
implicações para o Serviço Social**

NATAL/RN
2019

JULIANA DUARTE DO NASCIMENTO

**O AVANÇO DO CONSERVADORISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: As
implicações para o Serviço Social**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Ma. Angely Dias da Cunha.

NATAL/RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas - CCSA

Nascimento, Juliana Duarte do.

O avanço do conservadorismo na Política de Saúde Mental: as implicações para o Serviço Social / Juliana Duarte do Nascimento. - 2019.

95f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, Natal, RN, 2019.

Orientador: Profa. Ma. Angely Dias da Cunha.

1. Saúde mental - Monografia. 2. Reforma psiquiátrica - Monografia. 3. Conservadorismo - Monografia. 4. Serviço Social Clínico - Monografia. I. Cunha, Angely Dias da. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

JULIANA DUARTE DO NASCIMENTO

**O AVANÇO DO CONSERVADORISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: As
implicações para o Serviço Social**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para obtenção do título de bacharel
em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Ma. Angely Dias da Cunha.

Aprovado em: 25/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ma. Angely Dias da Cunha (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof^a Ma. Lenilze Cristina da Silva Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Manuella Brandão Marques Bezerra - N^o CRESS 2523
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

É o encerramento de mais um ciclo em minha vida, talvez um dos mais árduos de ser finalizada. É a conquista de um sonho que nunca foi só meu. Foram vários obstáculos superados para que hoje eu pudesse vivenciar este momento. Chega o momento de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a concretização desse sonho.

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter me dado saúde e perseverança para que eu não desistisse. Aos meus pais, que são as pessoas mais importantes da minha vida, tudo que sou hoje devo a vocês. Mãe, obrigada pela mulher forte e guerreira que a senhora é, obrigada por estar ao meu lado durante toda essa jornada e suportar minhas reclamações e chatices. A senhora é meu exemplo de mulher. Pai, obrigada por tudo que o senhor fez e ainda faz para que eu realize esse sonho, sei que o senhor abdicou de sonhos para que hoje eu estivesse aqui. A vocês todo o meu amor.

Agradeço ao meu irmão, Wosley, por sempre acreditar e torcer por mim; a minha cunhada Cynthia por todo o apoio, por sempre ter as palavras certas nos momentos em que precisei de incentivo, e por ter me dado o meu maior presente que é meu sobrinho Lucas.

Agradeço as minhas primas, Analuiza, Tatiane e Débora que sempre estiveram na torcida antes mesmo de ter conseguido entrar na universidade. Agradeço a todos os meus familiares e amigos que sempre torceram por mim, em especial a minha amiga Karol que escutou meus lamentos e reclamações durante a escrita deste trabalho e, minha amiga de infância, Jussara que mesmo distante esteve na torcida e sempre acreditou em mim.

Agradeço a todos que fazem parte do Departamento de Serviço Social, em especial a Karla Matos por sempre estar à disposição para ajudar ou tirar qualquer dúvida. Aos professores por todo conhecimento passado tanto na teoria, como os conhecimentos que vão para além da sala de aula. Levo inúmeros ensinamentos tanto para a minha vida profissional, quanto pessoal. São exemplos de profissionais que lutam diariamente em prol de uma universidade pública e de qualidade e para que esta seja ocupada pelo povo, pela classe trabalhadora.

Agradeço a minha orientadora Angely Cunha por todo tempo, esforço e incentivo dedicado para que eu concluísse este trabalho.

Agradeço a todos os funcionários do CREAS/Leste, onde eu realizei o meu estágio obrigatório e de onde saiu o meu desejo de estudar o tema da Saúde Mental. Foi lá que tive a certeza de que queria ser Assistente Social. Faço um agradecimento em especial a Manuella

Brandão, minha primeira supervisora de campo, que é um exemplo de profissional e que, no pouco tempo de convivência, me passou ensinamentos que levarei para minha atuação.

Agradeço aos colegas de turma com que convivi esses quatro anos; levarei muitas recordações boas, muitos sorrisos, aprendizados e amizades.

A todos o meu muito obrigada!

Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Este trabalho de conclusão tem o objetivo geral de analisar a atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental em uma conjuntura de avanço do conservadorismo, buscando compreender a Política de Saúde Mental no Brasil desde seu surgimento passando pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica até os dias atuais, e de como o Serviço Social se fez presente ao longo deste período. Assim, a metodologia utilizada ao longo deste trabalho é baseada em uma abordagem qualitativa de cunho exploratório. Portanto, é alicerçada em uma pesquisa bibliográfica e documental onde foram utilizados livros, teses, artigos, leis, nota técnica e portarias, para assim embasar o estudo. Desse modo, o trabalho é desenvolvido por meio do método crítico dialético de Marx. A princípio tem-se uma discussão dos fundamentos históricos da saúde mental no Brasil desde o seu primeiro hospital ainda no século XIX até a aprovação da Lei nº 10.2016/01. A pesquisa mostra o processo da Reforma Psiquiátrica e sua importância na luta pela defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, problematiza sobre o papel do Estado ao longo desse período, de como as suas medidas econômicas e políticas provocam o retrocesso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao mesmo tempo em que favorece o avanço do conservadorismo, especialmente nos últimos anos. O presente trabalho evidencia ao longo dos capítulos a inserção do serviço social na saúde mental baseado em uma atuação conservadora de caso, grupo e comunidade e como por meio da construção do projeto ético-político busca-se romper com essa prática. A pesquisa mostra, também, que existe uma tendência para uma retomada de uma perspectiva hospitalocêntrica na saúde mental brasileira e que isso possibilitará um campo fértil para práticas conservadoras alicerçada na defesa da terapia e do ajustamento dos indivíduos. Assim, buscou-se com este trabalho trazer uma discussão atual e necessária sobre os caminhos que a Política de Saúde Mental está traçando, e de como o Serviço Social precisa se firmar na luta contra o desmonte que se torna cada dia mais evidente na Política de Saúde Mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Serviço Social. Conservadorismo. Serviço Social Clínico.

ABSTRACT

This final paper has the main objective of analyzing the social worker's performance at the Mental Health Policy, considering the progress of conservatism nowadays and seeking to understand the Mental Health Policy in Brazil since its emergence, going through the Psychiatric Reform Movement, up to the current days, highlighting how Social Work got involved in it throughout this period of time. The methodology applied in this paper consists an exploratory and qualitative approach. Therefore, this is a bibliographical and documental research based on books, dissertations, articles, laws, technical note and ordinances. Thus, it was developed based on Marx's critical/dialectical method. At first we discuss the historical bases of Mental Health in Brazil since the coming of its first hospital, back in the 19th century, until the approval of the Law nº 10.2016/01. The research shows the process of the Psychiatric Reform and its relevance in the fight for the rights of people in psychic suffering. In addition, it also deliberates about the State's role throughout this period, highlighting how its economic and political measures causes the retrogression of the Psychiatric Reform in Brazil and simultaneously indulges the advance of conservatism, especially in recent years. This paper highlights, throughout the chapters, the Social Work's involvement at the Mental Health Policy that was based, at first, on the conservative methods of Social Case Work and Social Group/Community Work, however with the coming of the Social Work's Ethical-Political Project there is an effort to discontinue these practices. The research also points out that there is a tendency towards a resurgence of a hospital-centered perspective in Brazil's Mental Health Policy and this tendency may allow conservative practices, based on therapy and the adjustment of individuals, to reappear. Thereby, this paper intends to bring to light a current and necessary debate about the paths that the Mental Health Policy is tracing and, how Social Work needs to rise up against the Mental Health's Policy disarticulation, that grows more evident every day.

Key-words: Psychiatric Reform. Mental Health. Social Work. Conservatism. Clinical Social Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais medidas governamentais no tocante à saúde mental no Brasil.....	72
Quadro 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.....	74
Quadro 3 – Portarias que refletem o investimento em saúde no Governo Dilma.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCQs	Círculos de Controle de Qualidade
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental,
CONASP	Conselho da Administração de Saúde Previdenciária
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONGs	Organizações não governamentais
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SUS

Sistema Único de Saúde

UA

Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL.....	18
2.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	17
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	23
2.3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	35
3. ESTADO, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE	44
3.1 CONTRARREFORMA DO ESTADO E AJUSTE FISCAL: DETERMINANTES ECONÔMICOS, SOCIAIS E POLÍTICOS EM TORNO DO DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	42
3.2 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: REQUISIÇÃO DE UM PERFIL PROFISSIONAL CONSERVADOR.....	52
4. O CONSERVADORISMO E A SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	63
4.1 AVANÇO DO CONSERVADORISMO E A PROPOSTA DO ESTADO DE RETORNO AOS MANICÔMIOS: BREVE PANORAMA DOS DOCUMENTOS E LEGISLAÇÕES REFERENTES À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO GOVERNO DILMA ATÉ O GOVERNO BOLSONARO.....	61
4.2 DESAFIOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ATUAL CONJUNTURA.....	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	90

1. INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como objetivo geral analisar a atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental em uma conjuntura de avanço do conservadorismo e, como objetivos específicos identificar a inserção do Serviço Social na Política de Saúde Mental no Brasil; apreender as mediações econômicas, políticas e sociais em torno da Política de Saúde Mental que inflexionam o fazer profissional do Serviço Social e; analisar os principais desafios e possibilidades na atuação profissional do/a Assistente Social na Política de Saúde Mental na atual conjuntura.

A aproximação com o objeto de estudo ocorreu durante o estágio curricular obrigatório realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS/Leste. A vivência nesse campo me oportunizou o contato com várias políticas e serviços, como a Assistência Social, Criança e Adolescência, Idoso, Saúde, Educação e a própria Saúde Mental. Ao cursar a disciplina de Serviço Social e Saúde obtive um primeiro contato com a discussão sobre Saúde Mental, mas foi a partir do estágio, especificamente, em decorrência do projeto de intervenção, que surgiu o interesse pela temática.

O citado projeto de intervenção estava voltado para discutir a fragilidade existente no trabalho em rede, isto é, as dificuldades que o CREAS/Leste encontrava na realização de trabalhos com outras instituições das diferentes políticas públicas. No momento de escolher qual instituição seria trabalharia a temática, surgiu o desejo de intervir em dois dispositivos da Política de Saúde Mental: o Centro de Atenção Psicossocial III e AD/leste. O então projeto de intervenção foi denominado “Intersetorialidade: desafios e possibilidades da articulação entre o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS/Leste e o Centro de Atenção Psicossocial III e AD/Leste”.

Após a finalização das intervenções, vários questionamentos surgiram em relação ao trabalho realizado pelas Assistentes Sociais daqueles serviços de Saúde Mental. Indagações sobre o exercício profissional, sobre a realização do trabalho interdisciplinar, acerca dos limites do seu trabalho em uma instituição – que em um primeiro e breve contato não mostrava uma boa estrutura para realização de um trabalho que usuários necessitam –, sobre a autonomia desses profissionais, dentre outras questões.

Mesmo com as leituras realizadas e com a própria execução da intervenção essas dúvidas permaneceram, consequência do curto período de tempo disponível para a construção e realização do projeto de intervenção. Com relação à execução não era oportuno fazer tais

questionamentos para as Assistentes Sociais participantes, pois o objetivo era a discussão acerca das dificuldades existentes no trabalho em rede entre o CREAS/Leste e os CAPS III e AD, tal abordagem fugiria do que foi proposto inicialmente. Assim, a partir dessas primeiras indagações e inquietações surgiu o desejo de trabalhar com a temática de Saúde Mental na atual conjuntura.

É evidente que nos últimos tempos estamos vivenciando o avanço do conservadorismo na sociedade e, isso fica nítido quando analisamos os resultados, em nível nacional, das últimas eleições. Essa onda conservadora vai ser vista também no Serviço Social e na atuação de alguns profissionais. Trazendo a discussão para o âmbito da atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde Mental e para os conteúdos discutidos e abordados ao longo da monografia, pressupõe-se que a prática profissional do Serviço Social ainda possui traços de práticas terapêuticas.

Essas práticas são decorrentes de vários fatores, um deles consiste na existência de profissionais que adotam perspectivas teóricas baseadas na culpabilização e criminalização, que acreditam e defendem essas práticas como a única possível para trabalhar com usuários de Saúde Mental. Este tipo de atuação está ligado ao Serviço Social tradicional, em que o sujeito é responsabilizado pela sua situação, sem que nada da sua realidade e da sua história de vida seja analisado de forma crítica; além de serem práticas que são contrárias à direção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Outro fator para essas práticas conservadoras decorre do próprio modo de produção capitalista, que tem como principal objetivo a obtenção de lucro. O Estado legitima essas práticas, pois os seus governantes tendem a ser beneficiados com essas atitudes.

[...] os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátricos e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõe a base da sustentação de seus mandatos (BISNETO, 2011, p.42).

E é sabido que essas práticas terapêuticas estão ligadas diretamente a um sistema manicomial, hospitalocêntrico, que no passado gerou grandes lucros e ainda gera para o capital e sua burguesia, algo a ser discutido nos próximos capítulos.

Assim, aquele profissional que possui um vínculo empregatício frágil, que não oferece estabilidade, tais como contratos temporários, celetistas e terceirizados, tem sua autonomia

prejudicada e, por muitas vezes, se submete às ordens do empregador em favorecimento ao capital.

Além disso, existem os profissionais que acabam inserindo práticas terapêuticas em sua atuação em decorrência de sua formação, pois tiveram uma formação aligeirada, a qual impossibilita o aprofundamento das discursões estruturais, bem como sobre a política de Saúde Mental numa perspectiva crítica e antimanicomial (BISNETO, 2011). Sendo assim, esse perfil profissional passa a atuar na política de acordo com o que é demandado pelo Estado, sem o aporte teórico-crítico necessário e contrário ao Projeto Ético-Político do Serviço Social.

No que diz respeito à pesquisa, esta é de caráter qualitativo, isto é, não nos baseamos prioritariamente no critério numérico para garantir a sua representatividade (MINAYO et al., 2002) e, sim, no aprofundamento da compreensão do objeto de estudo, buscando explicar os elementos que o perpassam. O estudo é de cunho exploratório, com o objetivo de realizar uma aproximação entre o pesquisador e seu objeto de estudo, tornando-o, assim, o mais explícito possível. “Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (GIL, 2008, p. 27).

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a pesquisa com vistas a obter os dados necessários para atingir os objetivos, utilizamos o bibliográfico e o documental. Dessa forma, uma das técnicas utilizadas nesses procedimentos foi a pesquisa bibliográfica, na qual foram consultados materiais sobre a temática publicados, dentre eles livros, artigos científicos, dissertações, teses, sites com base de dados confiáveis para a pesquisa acadêmica (como o Scielo, portal da Capes, Portal BVS), entre outras fontes de pesquisa.

Ainda realizamos uma pesquisa documental em cima de levantamento de dados feitos em portaria, leis e notas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde, bem como projeto de lei em tramitação no congresso no período do Governo Dilma Rousseff até o Governo Jair Bolsonaro. Esse recorte de pesquisa foi escolhido devido à consolidação da Rede de Atenção Psicossocial no Governo Dilma e seu desmonte no Governo Temer e Bolsonaro.

O método utilizado para analisar os dados da pesquisa foi o materialismo histórico-dialético com a pretensão de enxergar o objeto de estudo de forma concreta e real, como bem explicita Netto (2011) “[...] o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto – de sua estrutura e dinâmica – tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador”. (NETTO, 2011, p. 20). E assim compreender os fatores internos e externos que o influenciam, como a

economia, a política e a conjuntura do país como um todo. As categorias que se fazem presentes e dão fundamento ao estudo são: totalidade, historicidade, mediação e contradição, buscando, assim, ir além das aparências, nos aproximando ao máximo da realidade do objeto de estudo.

Por fim, destacamos que o presente trabalho estrutura-se em três capítulos. No primeiro capítulo, debatemos sobre o processo histórico da inserção do Serviço Social na Política de Saúde Mental, elucidando o interesse em analisar com esta categoria profissional nessas instituições e como a sua atuação era desenvolvida. Discorreremos também sobre a reforma psiquiátrica, a conjuntura em que ela eclodiu e sua ligação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

No segundo capítulo, é realizada uma discussão acerca do Estado, abordando suas políticas, discurso neoliberal, a forma como ele interfere na implantação de serviços substitutivos e, como isso desdobra no fazer profissional do/a Assistente Social. Abordamos também a contrarreforma do Estado na Política de Saúde e nas implicações para efetivação da Política de Saúde Mental. E dissertamos, ainda neste capítulo, sobre o avanço do conservadorismo na sociedade e no serviço social, de que forma as questões institucionais, onde o trabalho do/a Assistente Social é realizado, pode fortalecer uma atuação conservadora.

No terceiro e último capítulo, realizamos uma análise desde o primeiro mandato do Governo de Dilma Rousseff até o atual Governo de Jair Bolsonaro, em prol de identificar quais os avanços e retrocessos ocorreram nesse recorte temporal, o que podemos encontrar em consonância ou não com o que se vinha propondo durante a reforma psiquiátrica, se isso traz implicações, sobretudo desafios e possibilidades para o Serviço Social inserido na política de saúde mental. Por fim, pretendeu-se tecer um trabalho que contribua para produção de conhecimento e para análise crítica da profissão no cenário atual.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

Este primeiro capítulo vai evidenciar uma retomada histórica sobre a saúde mental no Brasil desde a construção do seu primeiro hospital até a lei nº 10.216/01. Assim, será abordado quais traços econômico, políticos e sociais se fizeram presentes durante esse período e como influenciaram o campo da saúde mental. Será abordada a Reforma Psiquiátrica já que a mesma foi fundamental para a constituição de uma política de saúde mental onde a abordagem e tratamento era contrária aos moldes encontrados em manicômios. O capítulo abordará, também, de como se deu a inserção do Serviço Social nesse campo e sobre sua atuação.

2.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para uma compreensão da Política de Saúde Mental enquanto um espaço de viabilização de direitos e disputas de interesses compreender os processos históricos, econômicos e sociais pelos quais a Política de Saúde passou desde o período colonial até os dias atuais, para que, assim, um novo viés sobre o campo da Saúde Mental brasileira seja construído em uma perspectiva mais humanizada, na qual os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam respeitados e garantidos.

Diante disso, ao longo da história brasileira, as pessoas com transtornos mentais foram isoladas do convívio social, tendo seu direito de liberdade violado ao passo em que eram tratadas pelo Estado como culpados por sua condição mental. Dessa maneira, para compreender o objeto de estudo a partir de uma perspectiva crítica, faz-se necessário explicar um panorama histórico da saúde brasileira, adentrando na discussão da constituição da Política de Saúde Mental no Brasil enquanto uma política social de responsabilidade do Estado.

Sendo assim, a loucura nem sempre foi entendida como uma doença que tem causas particularidades e tratamento. Conforme destaca Yasui (2010), existe uma forte ligação entre o adoecimento mental e os processos econômicos e sociais que essas pessoas vivenciam. Ao longo dos séculos, essas pessoas eram vistas de forma marginalizada e os próprios indivíduos eram sempre culpabilizados por sua doença, esses eram excluídos das relações sociais e vistos como ameaça para a ordem social. Assim, eles tiveram seus direitos negados – tais como sua liberdade – e, ainda serviam como mão-de-obra barata em troca de comida.

As famílias de alto poder aquisitivo “escondiam em casa seus doentes mentais, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos e amarrados” (RESENDE, 2001, p. 31). Foi assim, até meados do século XX, tratados como animais, em virtude tanto da ignorância de seus familiares em não compreender sua condição enquanto uma doença, quanto pela ausência da intervenção do Estado em prol daquela parcela da população.

No Brasil, a Saúde Mental passou por várias etapas no decorrer histórico¹, desde a instituição do primeiro hospital psiquiátrico até a conquista da lei que consolidou tal campo, de fato, como uma política, a Política de Saúde Mental. Data do século XIX o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, esse período é marcado pela chegada da família real no país, fato que culminou em um processo de urbanização intenso e desordenado.

O Brasil deixava de ser uma mera colônia portuguesa e se tornava a moradia oficial do Rei de Portugal e sua família. Este evento trouxe modificações para a economia, assim como para vários âmbitos da vida social do povo brasileiro, era preciso tornar a cidade um local agradável para a família real viver. Em consequência, os loucos, aqueles que não eram mantidos em cárcere privado e ainda tinham um pouco de liberdade, tiveram essa liberdade tomada por não conseguir se adaptar a organização social daquele período (RESENDE, 2001). Aquelas pessoas não podiam mais circular pelos locais onde a monarquia residia, pois, para a elite, a presença destas naquele local representava uma desordem. Os loucos que viviam em situação de rua naquele período deixava, para essa elite conservadora, a cidade “feia”. O poder público, então, toma medidas para intervir no campo da Saúde Mental pela primeira vez, medida essa de cunho higienista².

¹ A saúde mental no Brasil passou por algumas etapas. Até o século XIX, o Estado é omissivo para com aqueles que sofriam de algum transtorno, assim, aqueles que não estavam trancafiados em suas casas estavam nas ruas vivendo da caridade ou em Santas Casas que não ofereciam nenhuma estrutura para atender aqueles sujeitos. O período seguinte é o do surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil, local onde as pessoas em sofrimento eram mandadas e recebiam um tratamento, muitas vezes, desumano. A partir de meados do século XX, outra visão para saúde mental emerge no Brasil, com o protagonismo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que vai trazer uma nova concepção de tratamento para esses sujeitos.

² O movimento higienista “tem suas origens ligadas à medicina social no século XIX e a psiquiatria na França, reflete uma mudança substantiva no campo da psiquiatria que até então se centrava no estudo e descrição dos sintomas e sinais visíveis da doença para sua etiologia: suas causas e sua gênese. A profilaxia compreende a partir daí o combate das causas dessas doenças. Esse combate não deve ser realizado apenas pelo médico, mas também por todos os que possam ter uma ação junto às massas” (GOMES, 2015, p. 3 apud VASCONCELOS, 2000). Surge no Brasil entre os séculos XIX e XX e os precursores desse movimento são os médicos sanitaristas que veem, no período, as epidemias como uma questão moral. Eram os podres, devido a seus costumes, que faziam com que doenças como a varíola se espalhassem pelos centros urbanos. Assim, eles precisavam de disciplina e educação, mas os problemas não eram os pobres e “seus costumes” e sim falta de políticas como saneamento que causava essas epidemias.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações, Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira. (AMARANTE, 2010, p. 74).

É diante desse cenário que surge o primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil, o Hospital de Alienados Pedro II, em 1841, na Praia Vermelha, localizada na Cidade do Rio de Janeiro. A construção vem para trazer uma solução para as pessoas que, aparentemente, sofriam de algum transtorno mental e estavam nas ruas ou internados em Hospitais Santa Casa, onde estrutura era insatisfatória para tratar de tais condições de saúde (YASUI, 2010). Por mais progressista que parecesse a ideia de fornecer cuidados e uma moradia para aqueles que estavam abandonados nas ruas das cidades, a real intenção do poder público era outra, como destaca Amarante (1998):

Desta forma, o período que vai da constituição da medicina mental no Brasil, em meados do século XIX, até as primeiras décadas deste século, mais precisamente até a Segunda Grande Guerra, será aqui considerado como a trajetória higienista – que diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder, em uma medicina que se autodenomina social Machado et al., 1978). Sua prática se institui por meio de um tipo de poder denominado disciplinar, auxiliar na organização das instituições, do espaço das cidades, como um dispositivo de controle político e social que, para Birman (1978), é uma psiquiatria da higiene moral. (AMARANTE, 1998, p. 143).

Amarante (2010) ressalta também as críticas que a ala médica da psiquiatria fazia ao hospício. Os mesmos criticavam duramente o fato do hospício ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com a participação da Igreja Católica, pois esta administração carregava todo um assistencialismo no trato com esses pacientes, algo totalmente contrário à ideia de cientificismo que esses médicos idealizavam para área da psiquiatria no país.

Esse cenário só muda com a Proclamação da República, em 1889. O Hospício Pedro II deixa de ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia e passa a ter sua administração por parte do poder público, o Hospício também muda de nome, passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, tendo como seu primeiro diretor João Carlos Teixeira

Brandão. É criada, também nesse período, a Assistência Médico-Legal aos Alienados³, que tinha à sua frente o mesmo diretor do Hospício e; as duas primeiras colônias da América Latina, a Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita.

Amarante (2010) diz que essa primeira etapa da nova forma de conduzir a psiquiatria brasileira se finda em 1920, ela teve como essência a expansão do espaço asilar com a criação de várias colônias asilares pelo Brasil. Após esse período, surge uma nova figura na psiquiatria brasileira, Juliano Moreira, que vem para substituir João Carlos Teixeira Brandão na direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados. Juliano Moreira fica à frente dessa instituição por um período de 27 anos e, por essa longevidade, fica conhecido como Mestre da Psiquiatria Brasileira.

Com ele tem continuidade a criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. Essa legitimação dá um passo importante com a promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados. (AMARANTE, 2010, p. 77).

Essas novas instituições psiquiátricas que se espalhavam pelo Brasil no início do século XX, denominadas de Colônias, tinha particularidades, como destaca Resende (2001), nestes espaços, os doentes mentais acabavam por servir como mão-de-obra para serviços agrícolas. No contexto da República Velha, esses locais eram utilizados para explorar os loucos, ao mesmo tempo em que defendiam, a partir do pensamento liberal, a promessa do homem conseguir sua dignidade por meio do trabalho. Assim, era uma ideia de tratamento alternativo para os loucos que camuflava o processo de exploração do capitalismo, em busca do lucro daqueles considerados pela sociedade como “inúteis”. Logo:

No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. [...] a ideia da implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decantada vocação agrícola da sociedade brasileira. (RESENDE, 2001, p. 47-48).

Amarante (2010) faz uma crítica pertinente à forma como a psiquiatria lidava com as pessoas em sofrimento psíquico nessas primeiras décadas do século XX, especialmente com a criação da Liga Brasileira Higiene Mental. Segundo o autor, essa liga adotava posturas eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas.

³ Primeira instituição pública de saúde criada pela República. (Amarante, 2010).

Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controlo social e reivindicando, para ela mesma um maior poder de intervenção (AMARANTE, 2010, p. 78).

Vale destacar que a saúde pública também passou por transformações nesse período da instituição da República Velha (1889-1930). Os governantes da época perceberam que a falta de um sistema de saúde fazia com que seus trabalhadores tivessem sua produção diminuída, isto por causa de adoecimentos constantes, acabando por afetar a economia cafeeira. Foi nesse momento que o Estado buscou adotar medidas paliativas, com foco na doença, para solucionar essa problemática. Bertolli (2002) relata que:

A ideia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às praticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosamente os planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou “útil” da população (BERTOLLI, 2002, p. 14).

Entretanto, pouco mudou em relação à saúde durante a conhecida República Velha. O maior investimento, voltado às medidas sanitárias, foi executado nos portos, haja vista que a economia brasileira era voltada, na época, para a agroexportação. Contudo, a população mais pobre continuava a viver em condições sanitárias desumanas, sendo legados a procurarem e dependerem das Santas Casas de Misericórdias, que eram obras filantrópicas.

A classe trabalhadora continuava a sofrer com as constantes epidemias e endemias que assolavam o país. Nessa perspectiva, a saúde pública tornou-se, naquele momento, uma expressão clara da questão social e começou a ganhar cada vez mais proporção, mesmo o Estado atuando por meio da coerção (BRAVO, 2006). Diante daquele cenário, surge o que Bravo (2006) chama de embrião do esquema previdenciário no Brasil, que são as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs.

As CAPs são instauradas em 1923, conhecidas popularmente como Lei Elói Chaves. As mesmas eram financiadas pelas empresas, trabalhadores e pela união, seguindo o modelo bismarckiano⁴. Os trabalhadores teriam acesso à assistência médica e fornecimento de

⁴ Esse modelo é o chamado modelo bismarckiano, que “é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e

medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Porém, essas garantias só eram previstas para algumas categorias de trabalhadores, como os ferroviários e os marítimos (BRAVO, 2006).

A década de 1930 trás mudanças em vários setores da sociedade brasileira com o fim da República Velha e o início do Governo de Vargas. A saúde pública também sofrerá mudanças durante os governos de Vargas que, para manter seu status populista e o seu controle das massas, busca cada vez mais atender as necessidades dessa população. Como a saúde era uma delas, ele vai tentar expandir a política de saúde no território brasileiro.

Na década de 1930, é possível identificar, no bojo das políticas sociais, uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O subsetor da saúde pública [...] centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para o campo (BRAVO, 2006, s/p).

Essa divisão na Política de Saúde funcionava da seguinte forma: a medicina previdenciária era voltada para os trabalhadores formais e seus beneficiários, aqueles que possuíam carteira assinada. Ela era regida pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que veio para substituir as CAPs. Tinham como diferencial o desejo de expandir as categorias de trabalhadores beneficiadas e, assim o fez. Já para aqueles que não eram considerados trabalhadores formais, restava o subsetor de saúde pública que era de responsabilidade do Ministério da Saúde.

A Saúde Mental também passará por algumas mudanças a partir da década de 1930. Segundo Amarante (2010), a psiquiatria encontrará nos tratamento de choques e lobotomia a “cura” para as doenças mentais. O sistema de asilamento se expande ainda mais, tornando-se procedimento padrão manter as pessoas com transtorno mental excluídas do convívio em sociedade. Inicia-se a expansão do uso de medicamentos nesses pacientes, dando poder e dinheiro à indústria farmacêutica. Os psicotrópicos nos manicômios eram usados com o objetivo de “tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis” (AMARANTE, 2010, p. 79).

É, a bem na verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada

empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados” (BOSCHETTI, 2009).

contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização (AMARANTE, 2010, p. 79).

Como bem analisado por Yasui (2010), do primeiro hospital psiquiátrico inaugurado no Brasil, ainda no século XIX, até a década de 1960 o tratamento fornecido pelo poder público era único e exclusivamente o de internações em hospitais de modelo manicomiais.

A década de 1960 trás consigo mudanças para sociedade brasileira no campo político, econômico e social. É em decorrência dos acontecimentos do início dessa década que a Saúde Mental passa a ser tratada de outra maneira, ganhando um novo patamar no trato do Estado, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, principalmente, com a organização de defensores da Saúde Mental em prol de um modelo, inspirado no modelo europeu, de desinstitucionalização dos manicômios.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Saúde Mental sofrerá mudanças a partir da década de 1960, mais precisamente, após o golpe militar instaurado no país em 1964. Com a ideologia dominante de impedir o avanço do comunismo no Brasil, os militares, com o apoio do imperialismo norte-americano e do capital financeiro, fomentaram o golpe⁵ que perdurou por 21 anos. Este foi, sem dúvidas, o período mais sombrio da história do país, em decorrência de diversos acontecimentos impactantes, como a tortura, o exílio, a perseguição, o cerceamento da liberdade de expressão – tanto da imprensa como de artistas – e o assassinato daqueles que enfrentaram o regime ditatorial.

Houve a expansão e modernização conservadora de políticas sociais com a centralização da previdência social, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, tornando, assim, extinto os IAPs. A saúde e educação tiveram seu desenvolvimento em prol do favorecimento do setor privado (BRAVO, 2007). A ditadura militar foi um marco na sociedade brasileira, devido ao autoritarismo, ausência de direitos, o

⁵ O golpe de 1964 foi articulado através de uma aliança entre a burguesia brasileira latifundiária e os militares, contando com o financiamento e apoio dos Estados Unidos, que queria que o Brasil continuasse sendo uma economia dependente, e como Netto (2015) evidencia em seu livro *Ditadura e Serviço Social*, “o desfecho de abril foi uma *solução política* que a força impôs: a força bateu o campo da democracia, estabelecendo um pacto contrarrevolucionário [...]. Seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas, nacionais e populares; todavia, o seu significado histórico-social era de maior fôlego: *o que o golpe* derrotou foi um alternativa de desenvolvimento econômico social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira. O que os estrategistas (nativos ou não) de 1964 obtiveram foi a postergação de uma inflexão política que poderia – ainda que sem lesionar de imediato os fundamentos da propriedade e do mercado capitalista – romper com a heteronomia econômica do país e com a exclusão política da massa do povo”. (NETTO, 2015, p. 41 -42).

favorecimento do capital. “[...] o movimento civil-militar de abril foi inequivocamente reacionário – resgatou precisamente as piores tradições da sociedade brasileira” (Netto, 2015, p. 42).

Nesse período, houve a expansão da assistência médica previdenciária, na qual mais trabalhadores foram contemplados. Todavia, o verdadeiro interesse era transformar, cada vez mais, a saúde em mercadoria, movimento incentivado pelo setor privado na compra de seus serviços para atender os trabalhadores e beneficiários (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). E o favorecimento de um modelo privatista fica nítido pelas políticas de saúde adotadas durante os governos ditatoriais.

[...] As políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas (Almeida, 1998). Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 17 - 18).

Contudo, é na década de 1970 que a ditadura começa a sentir o descontentamento da população com o regime militar. Segundo Bravo (2007), o descontentamento com a ditadura se dava em quatro direções:

A crise econômica do país, articulada ao panorama internacional (o primeiro choque do petróleo); a busca de institucionalização e legitimidade para o regime autoritário; a quebra da hierarquia e outras questões no interior da corporação militar [...], e a crise jurídico-institucional. (SCOREL, 1987 apud. BRAVO, 2007, p. 46).

E, atrelado a tudo isso, o Brasil vivia uma recessão na sua economia, altas taxas de desemprego, a desigualdade se acentuava – ainda mais na classe trabalhadora –, crise na área da saúde, com a elevação das morbidades infantil e de aumento de doenças infecciosas que levam a morte (BRAVO, 2007). Assim, a população começa a questionar o regime militar.

O chamado “milagre econômico” ocorreu entre 1969 e 1973 e foi o período em que a economia brasileira atingiu altos índices de crescimento, dados mostram que o PIB cresceu de 7% a 13% ao ano. O governo militar usava desse crescimento para se legitimar perante o povo. Porém, a partir de 1974, o “milagre” começa a declinar e a crise econômica emerge no

cenário econômico brasileiro, vale salientar que um dos motivos para o fim do milagre foi o choque do petróleo.

Como consequência imediata, o preço do barril de petróleo quadruplicou, afetando países importadores, como o Brasil. O crédito, que antes era farto, ficou de repente escasso. A economia brasileira, tão dependente de empréstimo estrangeiro, passou a enfrentar dificuldade. A rolagem da dívida externa teve de ser feita a juros mais elevados. (BBC, 2018).

E como ressalta Netto (2015), "se 1968 marcou uma inflexão para cima do ciclo autocrático burguês, 1974 marcou-a para baixo: abre o momento derradeiro da ditadura, centralizado pelo aprofundamento da crise do "milagre" [...]". (NETTO, 2015, p. 61).

A inflação só crescia, uma reportagem publicada pelo BBC⁶ em 2018, mostra que na metade da ditadura, a inflação chegou a 231% e o crescimento do PIB, que tinha atingido 14% em 1973, caiu para 9% em 1974 e para 5% em 1975. Era um cenário desfavorável ao regime militar e, diante disso, os movimentos sociais começavam a ganhar força no Brasil. Nesse período, dois movimentos da saúde começam a se fortalecer e ganhar efetividade: o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Esse último é o que vai desencadear a luta contra um sistema de saúde que tratava de forma desumana aqueles cidadãos em sofrimento psíquico.

Com relação ao Movimento de Reforma Sanitária, vale destacar que ele ocorre no mesmo período da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES⁷) e da Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO⁸). Essas duas instituições foram relevantes para a discussão e defesa da Reforma Sanitária (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (Escorel, 1999; Rodriguez Neto, 1997; Paim, 2008). No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de

⁶ Reportagem disponível em: <https://bbc.in/2A1GYC3>

⁷ Entidade civil criada em 1975. A finalidade do CEBES foi gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta. (BRAVO, 2007, p. 58).

⁸ A Abrasco foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva, para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Disponível em: <https://bit.ly/2Ri9ZB3>

saúde então vigente também relaciona-se com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 21).

O Movimento de Reforma Sanitária contava com vários segmentos da sociedade civil: médicos, estudantes, diversos movimentos sociais e, a própria população. Ela tinha um caráter político por ser um movimento que não só lutava por um sistema de saúde mais igualitário, mas também, pela redemocratização do país.

A reforma sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democracia da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema de Saúde (PROPOSTA, 1987, apud. PAIM, 2007, p.137).

Vale evidenciar que foi com Movimento da Reforma Sanitária que através de sua luta por um sistema de saúde democrático e universal tornou-se possível à criação de um sistema de saúde público que abarcasse toda a população. Assim, como relata Soares, (2012) em 1982 durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi dado o pontapé para a construção de um sistema de saúde público. E em 1988 essa então proposta é instituída na Constituição Federal como o Sistema Único de Saúde.

Mas antes do SUS ser posto na Constituição o seu texto e suas propostas, elaboradas em 1982, passam pela aprovação da constituinte⁹, como bem lembra Bravo (2007) e teve no seu texto final a aprovação de parte do que o Movimento da Reforma Sanitária vinha lutando. Como:

- o direito à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano.
- as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância política, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade.
- a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

⁹ Processo pelo qual é elaborada a Constituição. A constituinte mais importante do Brasil foi a que resultou na Constituição Federal de 1988.

- a proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, 50-51 apud BRAVO, 2007, p. 53).

Na mesma década da emergência do Movimento da Reforma Sanitária, como já citado anteriormente, surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que foi impulsionado pela ascensão do o Movimento de Reforma Sanitária e de outros movimentos sociais. Por mais que sejam movimentos com um público distinto, haja vista que o sanitário tinha uma bandeira de luta que defendia o direito à saúde para todo e qualquer sujeito, eles não tinham um segmento como, por exemplo, mulheres, crianças ou idosos; já o psiquiátrico tinha um público mais específico: as pessoas com transtorno mental. Contudo, eles apresentam um ponto em comum em sua essência, que é lutar para que o direito à saúde de qualidade seja garantido e o respeito ao usuário seja praticado.

O marco inicial do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil é o ano de 1978. Nesse ano, os trabalhadores em Saúde Mental deflagraram uma greve para as reivindicações trabalhistas e denúncias sobre as formas de tratamento em que os pacientes eram submetidos e como eles eram tratados. Essa greve deu início ao que ficou conhecido como a crise do DINSAM¹⁰ (Divisão Nacional de Saúde Mental). (AMARANTE, 1998).

A DINSAM , que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar 'bolsistas' com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os 'bolsistas' são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. (AMARANTE, 1998, p. 96).

E, é nesse cenário de inconformidade com a forma como o Estado trata a Saúde Mental, seus usuários e profissionais, que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM). Esses profissionais tinham o objetivo de construir um espaço democrático e de luta, onde pudessem tecer sugestões e alternativas para a assistência psiquiátrica no Brasil, uma assistência diferente do que se tinha na época (AMARANTE, 1998). É esse movimento que dará a base para a emergência do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O MSTM vai está presente em vários eventos, como congressos, encontros, conferências para que suas pautas sejam ouvidas e discutidas.

¹⁰ Órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. (AMARANTE, 1998, p. 95).

O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 1978, foi um momento oportuno utilizado pelo MTSM para mostrar suas pautas e suas inquietações para o campo da Saúde Mental brasileira. Foi a primeira vez que algum movimento em Saúde Mental participou de um evento em que, entre seus principais convidados, estavam os setores conservadores da psiquiatria brasileira. Eles levantaram suas pautas não só com relação às críticas que eles tinham à Política de Saúde Mental, mas também ao regime ditatorial presente no país. (AMARANTE, 1998).

Sendo assim, compreendemos que o MTSM não tinha como bandeira de luta somente a defesa de uma Política de Saúde Mental mais humanizada e de uma estrutura mais digna de trabalho para eles, mas também assumia uma postura política contrária ao regime imposto na época em que a loucura era mercantilizada. A partir dessa primeira participação, buscando discutir a Política de Saúde Mental, o MTSM se fez presente em vários eventos que foram fundamentais para a discussão e defesa de suas pautas e para o próprio Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Assim, em 1979, é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

No relatório final, aponta-se para a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de Saúde Mental. De acordo com tal espírito, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão. (MTSM, 1979, apud. AMARANTE, 1998, p. 100 - 101).

E é nesse congresso, também, que o MTSM deixa explícita sua crítica ao sistema asilar. “Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados”. (AMARANTE, 1998, p. 101).

Os anos 1980 são marcados pelo aprofundamento da crise do regime autoritário implantado no país. O Brasil passava, naquele momento, por uma crise econômica e aumento da inflação. Os movimentos sociais ganhavam cada vez mais força em busca da redemocratização do país e, nesse cenário de tentativa de manutenção do poder, o governo militar vai criar estratégias, como a abertura gradual do país e o fim do AI 5, para tentar agradar os setores da sociedade que se mostravam insatisfeitos com o cenário político, econômico e social que ali se instaurava.

A estratégia do governo foi priorizar a questão social, dando destaque a previdência social. O II Plano Nacional de Desenvolvimento, apesar de suas contradições, colocou entre as suas prioridades a implementação de uma política social que permitisse a redistribuição de renda; entretanto, até o seu final essa prioridade não saiu do plano retórico. (BRAVO, 2007, p. 53).

E é diante desse cenário que surge a co-gestão, forma de convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), no qual, segundo Amarante (1998):

A implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante. (AMARANTE, 1998, p. 106).

O setor da saúde foi um dos mais lucrativos durante o regime militar para o setor privado e, como menciona Amarante (2010), naquele período,

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre assim, um enorme aumento do número de vagas de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto da Previdência Social destinar 97% de total dos recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 2010, p. 80).

Essa nova forma de gerir o setor de Saúde Mental não agrada o empresariado que lucrava através da mercantilização da loucura. A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) vai ser uma das principais opositoras a qualquer tipo de proposta que venha trazer mudança ao modelo de psiquiatria existente no Brasil, isto é, que venha a afetar o interesse e lucros dos mesmos.

Por representar uma nova dinâmica na administração dos hospitais públicos e, conseqüentemente, a valorização e viabilização dos seus serviços, a co-gestão tem como principais opositores os 'empresários da loucura' – os proprietários de hospitais psiquiátricos – que nela vêem a ameaça aos seus lucros e, também, seu poder político. Na defesa de seus interesses, os empresários organizam o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). (AMARANTE, 1998, p. 112).

Ainda em decorrência da crise econômica que o Brasil vivenciava foi criado, em 1981 o Conselho da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). O mesmo tinha

como objetivo reorientar a política com relação à assistência à saúde da previdência social em prol da melhoria do sistema de saúde e de sua oferta (BRAVO, 2007).

O CONASP fica responsável em reverter de forma gradual o modelo médico assistencial da Previdência, que é de natureza privatizante, causador de ociosidade e desprestígio do setor público, incapaz de permitir um planejamento racionalizador e, principalmente, pela contenção de custos na área. Os objetivos do CONASP dizem respeito ao aumento da produtividade, racionalização do sistema, melhoria de qualidade dos serviços, extensão de cobertura (população rural), responsabilidade e controle estatal do sistema. (ANDRADE, 1992:24, apud AMARANTE, 1998, p. 114 -115).

O CONASP elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, em 1982. Esse plano apresentava várias estratégias, como as Ações Integradas de Saúde (AIS). Fizeram parte da elaboração dessas ações profissionais progressistas e simpatizantes da Reforma Sanitária, indicando como proposta alocar recursos federais, estaduais e municipais em prol de descentralizar e universalizar a assistência à saúde, para torná-la, assim, mais democrática. (BRAVO, 2007). O CONASP traz para o Estado a responsabilidade de gerir e organizar o sistema de saúde. (AMARANTE, 1998).

Por meio do CONASP foi elaborado o Plano CONASP que ficou responsável por reorientar a assistência psiquiátrica. Assim, a co-gestão e o CONASP foram importantes para o MTSM, pois, assim, puderam ocupar espaços nas instituições psiquiátricas públicas, que anteriormente não era possível. Naquele momento, os trabalhadores tinham a possibilidade de implementar suas ideias e alternativas para o setor da Saúde Mental, porém a ocupação desses espaços acarretou no distanciamento desse movimento das suas origens mais políticas (AMARANTE 1998; 2010), pois em alguns momentos suas ações não se distanciavam tanto das do Estado, perdendo sua natureza, como Amarante ressalta a seguir:

[...] esta trajetória do movimento da reforma psiquiátrica, traduzida pela incorporação dos quadros do MTSM ao aparelho público, formulando e gerenciando as políticas públicas de Saúde Mental e assistência psiquiátrica, que vai da co-gestão ao plano do CONASP [...]. Neste momento, encontramos um movimento que, por dedicar-se, por um lado à tarefa de tornar a coisa pública viável, em uma autêntica linha 'estatizante', própria dos segmentos progressistas, atuantes nos partidos, sindicatos e associações e, por outro, por procurar enfrentar a investida da oposição a estas políticas, oriunda principalmente da FBH, mas também dos setores mais 'organicistas' ou mais radicalmente 'psicologizantes', localizados ora nas universidades, ora na ABP, ora ainda nos adeptos da tradição psicanalítica, acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais. Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e

caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem. (AMARANTE, 1998, p. 117).

Sendo assim, durante a Nova República (1985), o DINSAM passa a ser administrado por setores universitários declaradamente contrários ao projeto do MTSM. Em contrapartida, a ABP era próxima aos ideais defendidos pela ala conservadora desses setores universitários e pretendia assumir o lugar antes ocupado pelo MTSM na formulação de políticas para a área da Saúde Mental. Esse embate entre o projeto de Reforma Psiquiátrica defendida pela MTSM e o defendido pelo DINSAM e ABP faz com que o MTSM se reconecte a suas origens, ao seu lado mais político. (AMARANTE, 1998).

No ano de 1986, acontece em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da discussão sobre a saúde no Brasil e da necessidade de uma reforma sanitária. A importância dessa conferência vem da participação popular e da defesa de uma saúde como direito do povo e obrigação do Estado. Os temas centrais das discussões eram: 1) saúde como um direito; 2) reformulação do sistema nacional de saúde; 3) financiamento do setor. (BRAVO, 2007).

Bravo (2007) salienta bem a importância das discussões realizadas nessa conferência através de um trecho retirado dos Anais do Relatório Final, em que aponta para o entendimento da saúde para além da questão saúde e doença, pois existem fatores externos que influenciam diretamente a saúde da população, em especial, a mais pauperizada. Dessa maneira, a saúde é entendida:

[...] como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser considerada pela população em suas lutas cotidianas. (RELATÓRIO FINAL VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, ANAIS, 187: 382, apud BRAVO, 2007, p. 89).

A importância da VIII Conferência Nacional de Saúde perpassa também alguns outros desdobramentos, a exemplo da realização de conferências com temas específicos, tais como: saúde da mulher; saúde do índio e; a própria Saúde Mental. (BRAVO, 2007).

O MTSM teve dificuldade em realizar a Conferência em Saúde Mental, devido a entraves com o MS e com o próprio DINSAM. Esse último, não queria que a conferência

tivesse um teor político e, sim, puramente científico e técnico, algo contrário ao pretendido pelo MTSM na discussão da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Desde os primeiros momentos da organização da I CNSM, a DINSAM e a ABP procuram dar ao evento um caráter congressual, isto é, de um encontro científico de psiquiatras e profissionais de Saúde Mental, ao contrário do que fora decidido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em março de 1986, a 8ª Conferência inicia uma mudança radical no caráter destes eventos. (AMARANTE, 1998, p. 120).

Com essas disputas, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental foi realizando outros encontros e conferências em âmbitos regionais e estaduais. É somente em junho de 1987, que a I Conferência Nacional de Saúde Mental acontece, com as temáticas centrais: 1) economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; 2) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; 3) cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental. (AMARANTE, 1998).

E entre objetivos de ação em Saúde Mental contidas no Relatório Final, destacam-se os seguintes:

1 – UNIVERSALIZAÇÃO E EQUIDADE

Consideramos que a Saúde Mental, enquanto aspecto de saúde de modo geral, é um direito inalienável de todo cidadão e sua garantia um dever da sociedade e do Estado, a traduzir-se pela universalização e equidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais.

2 – ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

Devemos promover os instrumentos de articulação interinstitucional e de integração programática e operacional das atividades de prevenção, promoção e recuperação da Saúde Mental, e das atividades de alcance individual e coletivo, como forma de aumentar a efetividade e eficiência dos serviços.

3 – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

Promover a compatibilização de normas e rotinas administrativas de modo a agilizar a integração das ações de saúde, introduzindo maior racionalidade na organização institucional, acabando com a descoordenação, o paralelismo de ações e a forte centralização política e financeira.

4 – REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Propor, implantar e implementar a regionalização e hierarquização; possibilitando o funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

5 – DESCENTRALIZAÇÃO

Favorecer as estruturas estaduais, municipais e comunitárias, promovendo conseqüentemente o retraimento da participação relativa das instituições federais na oferta de serviços em Saúde Mental de natureza local.

6 – PRIORIDADE DO SETOR PÚBLICO

Desativar, progressivamente, os contratos com as empresas privadas, que assumirão papel complementar dos serviços públicos, privilegiando-se os convênios com as universidades e outras instituições públicas, utilizando-se basicamente a rede pública.

7 – MODIFICAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental.

8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico profissional em Saúde Mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da Saúde Mental.

9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional.

10 – EPIDEMIOLOGIA

Promover estudos epidemiológicos e atividades de pesquisa que visem a produção de conhecimento para o aperfeiçoamento do sistema de atenção à Saúde Mental.

11 – POLÍTICA TERAPÊUTICA

Reorientar as atividades terapêuticas de modo a adotar a psicoterapia e a socioterapia, em suas diversas formas, como os tratamentos preferenciais em Saúde Mental. Os outros meios terapêuticos não devem ultrapassar os limites de intervenção tática. (BRASIL. MS, 1988, p. 39 - 40).

A I CNSM foi importante para a discussão acerca da Reforma Psiquiátrica, devido a todo o aporte teórico¹¹ que ela trouxe em seu projeto. Após essa conferência, ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em dezembro de 1987, que elegeu três eixos principais:

1. Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.
2. Organização dos trabalhadores de Saúde Mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.
3. Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação. (A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar (MTSM, 1987b:04, apud AMARANTE, 1998, p. 134).

¹¹ A I CNSM tinha em seu aporte teórico estratégias em que “refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, [...] já chamava a atenção para a necessidade de 'desatrelamento' do aparelho de Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para a intervenção na sociedade. Tal intervenção deveria encaminhar a discussão dos problemas e das formas de solução para o campo de uma ação sociocultural que colocasse no seio da sociedade o debate sobre os variados aspectos relacionados à loucura e à psiquiatria”. (AMARANTE, 1998, p. 133).

Assim sendo, esse segundo congresso do MTSM foi relevante para o fortalecimento do projeto da Reforma Psiquiátrica devido a seu teor político, crítico, distanciamento do Estado e aproximação, não só com os trabalhadores desse campo de atuação, como também com usuários, familiares que foram fundamentais na construção e no fortalecimento da luta antimanicomial.

Partindo desse congresso surgiu o Movimento Antimanicomial no Brasil, por meio do Manifesto de Bauru. Esse documento estabelece uma união entre a sociedade e os trabalhadores da Saúde Mental para juntos lutarem pelo fim de uma forma de tratamento que exclui o paciente, a luta pela desospitalização. O lema por eles criado foi “por uma sociedade sem manicômios”. (IGNATOWSK, 2018).

[...] Criou um movimento social, o Movimento de Luta Antimanicomial, congregador não apenas de setores da Saúde Mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, como também estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais. (YASUI, 2010, p. 31 - 32).

Após a I CNSM e o II Congresso Nacional do MTSM alguns frutos começam a surgir para a assistência em psiquiatria, como o surgimento de modelos alternativos de assistência para as pessoas em sofrimento psíquico que vieram para substituir os modelos hospitalocêntricos. Vai surgir, desse movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹², em 1987, na cidade de São Paulo e, posteriormente, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP)¹³.

Ambos os serviços mostram a possibilidade de um tratamento antimanicomial, em que esses sujeitos não precisem ser eliminados da sociedade, nem tratados por meio de métodos desumanos. Em decorrência dessas primeiras experiências, o Ministério da Saúde cria as primeiras diretrizes e regulamentações para a implantação dos serviços substitutivos daquele modelo hospitalocêntrico para todo o Brasil (BRASIL, 2005).

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresenta o Projeto de Lei 3.657/89 que previa a regulação dos direitos da pessoa com transtorno mental, como também

¹² É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2005, p. 27).

¹³ São regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência. [...] NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. (NICÁCIO, 1994:82-91 apud AMARANTE, 1998, p.138).

o fim dos manicômios público e privado. O projeto de Lei causa um amplo debate na mídia nacional, entre associações e familiares, no que diz respeito à Política de Saúde Mental.

Porém, a década de 1990 é marcada pela entrada efetiva das ideias neoliberais de cortes nas políticas públicas e sociais no Brasil. Apesar da derrocada da ditadura militar e da instituição da Constituição de 1988, bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado implementou uma contrarreforma que fortaleceu o processo de privatização das políticas sociais. Sendo assim, o neoliberalismo e seus traços conservadores vão interferir diretamente na economia e fazer com que o Estado não invista nas políticas sociais e públicas, e isso trará consequências para a não implementação tanto da Reforma Sanitária, quanto da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, durante o avanço de uma política econômica neoliberal, tem-se o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993, na cidade de Salvador. O relatório final deste evento defendia que a situação econômica, política e social do Brasil eram produtoras de sofrimento e que a assistência voltada para a Saúde Mental deve ser uma prática que integre a cultura, a interdisciplinaridade, os movimentos populares, sindicatos, a comunidade e o legislativo (YASUI, 2010).

Porém, apenas em 2001 com a aprovação da Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que a Reforma Psiquiátrica se torna lei e poderia vir a ser concretizada. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com algum transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Com a promulgação da Lei 10.216/01 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, os serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico têm a possibilidade de se consolidar (BRASIL, 2005).

Nesse momento, são definidas as modalidades de CAPS e seu papel na organização da atenção psicossocial. A rede de atenção psicossocial começa a se expandir em todo o país trazendo, assim, a mudança no modelo de tratamento para pessoas com sofrimento psíquico, estas não mais serão isoladas, estando garantido por lei seu convívio familiar e comunitário.

Foram 12 anos da criação do projeto de lei até a sua aprovação e, se formos contar do início do Movimento de Reforma Psiquiátrica, lá em 1978, com os profissionais de Saúde Mental, são 23 anos de luta. Não se pode afirmar que a Reforma Psiquiátrica se concretizou, haja vista que ainda existem hospitais em modelos manicomial e o favorecimento do Estado para com os empresários desse setor. Algo que se tornou evidente, nos últimos anos, foi que o Estado, ao invés de financiar a construção de modelos substitutivos ao asilar, está aumentando o número de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como transferindo suas responsabilidades para sociedade civil, medidas totalmente contrárias ao que defendia o Movimento de Reforma

Psiquiátrica e na contramão do que a categoria dos/as assistentes sociais defendem mediante o Projeto ético-político.

2.3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A história do Serviço Social no Brasil está intrinsecamente relacionada ao processo de reprodução do sistema capitalista, já que a institucionalização da profissão no país, datada da década de 1930, ocorreu devido à pressão dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de vida. Foi nessa década que as expressões da questão social¹⁴ emergiram em nosso país e o Estado – especialmente com o processo de industrialização –, o empresariado e a Igreja Católica se uniram numa perspectiva de enfrentamento à questão social, não no intuito de garantia plena de direitos, mas, sim, de acalmar os ânimos da classe trabalhadora e de suas manifestações através de um conjunto de iniciativas pontuais. Dessa forma, o Serviço Social se tornaria a profissão que iria regular essa relação entre o Estado e a sociedade civil que, na maior parte das vezes, se deu por meio do assistencialismo.

Esse emergir da questão social no Brasil, em 1930, tem ligação com as condições de vida dos trabalhadores, que viviam em situações degradantes, muitas das moradias não possuíam água, luz, esgoto. A jornada de trabalho era intensiva, o “salário” pago era irrisório e eles não tinham nenhum tipo de direito previsto em lei. (CARVALHO E IAMAMOTO, 2014).

É nesse contexto que a classe trabalhadora começa a se organizar para questionar e tensionar o Estado em busca da garantia de seus direitos. É durante essa conjuntura que o Serviço Social surge como profissão no Brasil e tem como objeto de trabalho a própria questão social.

Nesse período, a Igreja Católica tinha perdido seu espaço de protagonista, posição ocupada durante um longo período no Brasil, principalmente, nos períodos colonial e imperial. A Igreja, que já não tinha mais tanta influência no Estado, viu uma oportunidade de ter seu protagonismo de volta ao se aliar ao Estado com o objetivo de controlar as massas (IAMAMOTO & CARVALHO, 2014). Diante disso, o Estado junto com a burguesia e a Igreja vão criar estratégias para controlar os “ânimos” dos trabalhadores.

¹⁴ A questão social é um conjunto das expressões das desigualdades sociais que são produtos da sociedade capitalista sendo oriunda da contradição entre capital e trabalho, em que a sociedade capitalista gera riqueza e na mesma proporção gera pobreza e miséria que atinge os menos favorecidos, aqueles que vivem cotidianamente com várias expressões da questão social, como a fome, o desemprego, a violência, condições precárias de habitação entre outras.

Dessa forma, o Serviço Social emerge no Brasil diretamente ligado ao ceio da Igreja Católica e tem seu trabalho desenvolvido no âmbito da Ação Social e da Ação Católica. Atuação de cunho caritativo e filantrópico, visando o controle social da classe trabalhadora e a manutenção da harmonia entre as classes, para que a hegemonia do capital fosse garantida e sua burguesia continuasse no poder.

A questão não estará, pois, apenas na formulação de uma política compreensiva para as classes exploradas. Será necessário harmonizar as classes em conflito e estabelecer entre elas relações de verdadeira amizade. Acima da regulamentação jurídica do Estado laico deverá prevalecer o comunitarismo cristão (CARVALHO & IAMAMOTO, 2014, p.169).

Assim, o Estado nesse período cria algumas políticas sociais e leis que regulamentam o trabalho e garantem alguns direitos a esses trabalhadores e, a Igreja Católica, como aliada, vai através de ações sociais, difundir sua ideologia, que era a mesma da burguesia, para que os trabalhadores não enxergassem os seus patrões ou o próprio Estado como inimigos. E é nesse contexto, que o Serviço Social vai ganhando espaço no Brasil e, em 1936, surge à primeira Escola de Serviço Social no Estado de São Paulo, fundada pelo CEAS¹⁵ (CARVALHO & IAMAMOTO, 2014).

A partir das primeiras Escolas de Serviço Social são formadas as primeiras Assistentes Sociais que vão trabalhar em instituições particulares, com obras assistenciais e, no setor público, como o departamento de Serviço Social de São Paulo (CARVALHO & IAMAMOTO, 2014). E sobre a atuação dessas primeiras Assistentes Sociais, vale destacar o que Carvalho e Iamamoto (2014) relatam sobre o fazer profissional que se resumia a “uma atuação doutrinária e eminentemente assistencial” (CARVALHO & IAMAMOTO, 2014, p. 200).

Esse tipo de atuação é predominante no período do Serviço Social tradicional, em que o trabalho desses profissionais estará voltado para o ajustamento da classe trabalhadora aos mandos do capital e ao controle dos mesmos, com vistas à manutenção da produção e reprodução do capitalismo no país.

A atuação dessas Assistentes Sociais desenvolvia-se, nesse período, no conhecido Serviço Social de caso, grupo e comunidade, que possuía forte influência americana nas

¹⁵ Centro de Estudos de Ação Social de São Paulo, considerado como centro de manifestação original do Serviço Social no Brasil, surge em 1932 com o incentivo de controle da hierarquia. Aparece como condensação da necessidade sentida por setores da Ação Social e Ação Católica – especialmente a primeira – de tornar mais efetiva e dar mais rendimento às iniciativas e obras promovidas pela filantropia das classes dominantes paulistanas sob patrocínio da Igreja e de dinamizar a mobilização do laicado. (CARVALHO & IAMAMOTO, 2014, p.178).

orientações de cunho positivistas e abordagens psicologizantes para com os usuários. O Serviço Social começa trabalhar com essa “técnica” de caso grupo e comunidade devido a uma necessidade do próprio Estado que, naquele momento, período de industrialização, era Vargas, requisitava um perfil profissional mais tecnicista para lidar com os “problemas” da classe trabalhadora e evitar qualquer manifestação política vindo dessa classe. Assim, o Serviço Social de caso, grupo e comunidade se encaixava nesses requisitos. Tinha suas técnicas, mas não rompia com as bases conservadoras da profissão.

O conservadorismo católico, que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro, começa, especialmente a partir da década de 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho, permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista. A reorientação da profissão, que exigia a qualificação e sistematização de seu espaço sócio-ocupacional, teve como objetivo atender às novas configurações do desenvolvimento capitalista e, conseqüentemente, às requisições de um Estado que começava a implementar políticas sociais. (ANDRADE, 2008, p. 277).

Dessa maneira, a forma de trabalho do Serviço Social de caso, grupo e comunidade “[...] incluía a adoção do método clínico, que toma o sujeito como quadro de referência e é composto pelas fases de estudo, diagnóstico e tratamento e das teorias sócio psicológicas, que possibilitavam um elo entre os aspectos psicológicos e sociais”. (ANDRADE, 2008, p. 280 - 281). É através dessas configurações que o Serviço Social vai ganhar outros campos ocupacionais, como o da saúde.

Conforme Bisneto (2011), os primeiros registros de atuação do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil datam de 1946. Porém, o número de Assistentes Sociais atuando em Hospitais Psiquiátricos ou manicômios era pouco significativo nos primeiros trinta anos de existência da profissão no Brasil, devido ao baixo número de profissionais existentes no país (RESENDE, 1990, apud BISNETO, 2011).

É apenas na década de 1960, mais precisamente no período do golpe militar, que o/a Assistente Social vai atingir um novo patamar, no que se refere à ampliação do seu campo de atuação. Como lembra Netto (2015), a modernização conservadora vai abrir um vasto campo, antes inexistente, de atuação para os/as Assistentes Sociais.

No que diz respeito a prática dos profissionais, o processo da “modernização conservadora”, tomado globalmente, engendrou um mercado nacional de trabalho, macroscópico e consolidado para os assistentes sociais. O desenvolvimento das forças produtivas, na moldura sociopolítica peculiar da autocracia burguesa, saturou o espaço social brasileiro com todas as refrações da “questão social” hipertrofiadas e com a sua administração

centralizada pelas políticas sociais do Estado ditatorial. (NETTO, 2015, p. 157;158).

Uma das áreas que o/a Assistente Social vai ocupar é o campo da saúde, fazendo um recorte para o tema central, é durante a ditadura militar, que o profissional de Serviço Social vai começar a ser, de fato, inserido na área da Saúde Mental, devido a exigências do INPS nos anos de 1970. “[...] é a partir de 1973 – quando o MPAS [sic] enfatiza a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental [...] - que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas instituições Psiquiátricas” (SOUZA, 1986: 118 apud BISNETO, 2011, p. 23 - 24).

Com essa ampliação no mercado de trabalho e com a aproximação do Serviço Social com a Universidade e o campo das ciências sociais, alguns profissionais vão começar a questionar a sua prática conservadora (BRAVO, 2007), e esses profissionais também receberam influência do Movimento de Reconceituação.

O questionamento do serviço social “tradicional”, no início da década de 60, não foi um processo restrito ao país, mas um fenômeno internacional, impulsionado pelos acontecimentos econômicos-sociais, políticos, ideológicos e culturais da época, que tiveram rebatimentos na profissão. Na América Latina, a crítica ao Serviço Social se explicitou com o Movimento de Reconceituação a partir de 1965 e estava articulada às condições sócio-políticas de superação do subdesenvolvimentismo. (BRAVO, 2007, p. 99).

É nesse cenário de solidificação da atuação do Serviço Social, agora ocupando espaços públicos, que surgirão as bases para a renovação da profissão, que tentará romper com o Serviço Social Tradicional. É evidente que no processo de renovação, a intenção de ruptura, a profissão passa por um longo período de amadurecimento no campo da prática e, principalmente, no campo teórico-metodológico, se moldando para o Serviço Social que temos hoje.

Não foi um processo linear, no qual saímos de uma corrente positivista e adotamos uma corrente marxista. O Serviço Social sofre uma virada, ao longo das décadas. Na gênese da profissão, temos uma atuação ligada aos dogmas da Igreja Católica, em que o fazer profissional era voltado para a caridade, executado pelas damas da sociedade. Quando o processo de industrialização começa a apontar nos países, o Estado necessita de profissionais tecnicamente capacitados para lidar com a classe trabalhadora, no sentido de controlá-la. Assim, nesse momento o Serviço Social vai profissionalizar essas damas da caridade, através

de uma aproximação com o positivismo, por meio do Serviço Social de caso, grupo e comunidade.

Esse Serviço Social tradicional começa a ruir, de forma lenta e gradual, a partir do que ficou conhecido na América Latina como Movimento de Reconceituação, citado anteriormente, movimento em que os/as Assistentes Sociais questionaram o aparato tradicional da profissão. O Movimento de Reconceituação se inicia na década de sessenta, período em que o Brasil vai vivenciar o início do regime militar.

É durante a ditadura que a profissão vai vivenciar mudanças em suas bases, que se deu pelo processo de Renovação do Serviço Social, marcado por três etapas: modernização conservadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura¹⁶. Essa última é a que vai trazer uma nova roupagem para o Serviço Social por ter um direcionamento crítico e propor rompimento com o conservadorismo. O Congresso da Virada é o marco dessa intenção de ruptura, é a negação de um Serviço Social tradicional, é o primeiro passo para o amadurecimento da profissão, que se firma sobre uma nova base, a partir da construção Projeto Ético-político do Serviço Social.

Com relação à inserção do/a Assistente Social em clínicas e hospitais psiquiátricos, ela ocorreu sem nenhuma orientação sobre qual era o papel deles naquele espaço e, conforme relata Bisneto (2011), o que leva a inserção desse profissional nesse campo de atuação, é o fato de sua presença servir para “tentar controlar as contradições do sistema manicomial”. Evidente que não tenha sido por essa razão, isoladamente, mas, talvez, essa viesse a ser a de maior peso.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade [...]. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo a contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”. (BISNETO, 2011, p. 25).

Esse papel de controlar aqueles em sofrimento psíquico, que estavam imersos em uma situação de pobreza e miséria sem precedentes, tem, sem dúvidas, uma presença da postura conservadora da gênese do Serviço Social no Brasil. E o Estado usa do mesmo artifício que utilizou naquele período, isto é, utilizar o/a Assistente Social como o profissional

¹⁶ Para um maior aprofundamento ler o livro Ditadura e Serviço Social de José Paulo Netto.

apto a enquadrar essa parcela da população nos moldes do sistema vigente. Porém, a conjuntura era outra e, naquele momento, existia uma parcela de profissionais que questionavam a atuação conservadora e higienista.

Concomitantemente, nos anos 1970, no Brasil, o Serviço Social vivia o Movimento de Reconceituação. A repercussão disso foi que as metodologias clássicas em Serviço Social no campo da Saúde Mental foram contestadas pela psiquiatrização dos problemas sociais e por seu viés psicologizante. (NETTO, 1992, apud BISNETO, 2011, p. 28).

Nos anos 1980, o cenário de ascensão dos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país, tais como o Movimento de Reforma Sanitária, o Movimento de Reforma Psiquiátrica e o próprio momento de intenção de ruptura com o tradicional que o Serviço Social passava, foi importante para dar uma nova tônica à relação entre a profissão e o campo da Saúde Mental.

[...] em alguma medida do Movimento de Reforma Psiquiátrica, há concepções psiquiátricas em que a ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais é respeitada, proporcionando a possibilidade de uma direção emancipatória para o campo da Saúde Mental e do Serviço Social (BISNETO, 2011, p. 32).

Conforme Bisneto (2011), pensar a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional tem ligação direta com o Serviço Social e sua perspectiva crítica e dialética. A presença do Serviço Social nesses dispositivos substitutivos, como o CAPS, é fundamental para que o usuário daquele serviço tenha sua realidade compreendida em sua totalidade, que fatores externos à sua doença influenciem em seu tratamento, assim, “[...] sob esse ponto de vista, o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura para a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos Assistentes Sociais”. (BISNETO, 2011, p. 37).

A Política de Saúde Mental trabalha na perspectiva de dialogar com diversos saberes, com os mais distintos profissionais e, o/a Assistente Social vai integrar a equipe multiprofissional, dos mais variados serviços presente na área da Saúde Mental. O profissional de Serviço Social vai atuar junto ao seu usuário, independentemente da política na qual ele está inserido, na perspectiva de totalidade, em que se devem identificar as determinações sociais, culturais e econômicas das desigualdades sociais que fazem parte da sua vida e de sua família para, assim, poder intervir.

Conforme consta nos Parâmetros para a Atuação do/a Assistente Social na Saúde “[...] cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios.” (ROBAINA, 2009, apud CFESS/CRESS, 2010, p. 41). E é com base nesses Parâmetros, na Lei de Regulamentação da Profissão, no Código de Ética e no Projeto Ético-Político do Serviço Social que o/a Assistente Social vai lastrear o seu fazer profissional no campo da Saúde Mental, sempre enfrentando novos desafios para a consolidação do seu trabalho, especialmente, com o avanço do conservadorismo.

3. ESTADO, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

O capítulo se centrará na discussão da contrarreforma do Estado e suas implicações para as políticas sociais, em especial, a da saúde mental. Assim, tentará evidenciar como o Estado, voltado para uma política neoliberal, pode dificultar qualquer avanço da Reforma Psiquiátrica, quando esse Estado adota medidas de ajuste fiscal. O capítulo tratará de como a reestruturação produtiva, que se beneficia com a contrarreforma, incide de forma negativa na vida dos trabalhadores. Será abordada, também, a presença do Serviço Social Clínico e sua relação com um perfil conservador que se reacende na profissão.

3.1 CONTRARREFORMA DO ESTADO E AJUSTE FISCAL: DETERMINANTES ECONÔMICOS, SOCIAIS E POLÍTICOS EM TORNO DO DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Conforme salientado anteriormente, a década de 1980 foi um período marcado pelo processo de redemocratização do país. Vivenciava-se, naquele momento, um sentimento de esperança, de que um novo país começaria a ser construído com a participação do povo e para o povo. Porém, a partir dos anos 1990, o Brasil vai aprofundar um modelo de Estado baseado em uma política econômica da agenda neoliberal, incidindo diretamente no desmonte das políticas sociais garantidas constitucionalmente com a seguridade social.

Diante disso, analisa-se uma reconfiguração na forma como o Estado passa a atuar nas relações econômicas, políticas e sociais. Isso se deve à crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2012) nos anos 1970, a qual criou uma agenda econômica com medidas conservadoras para os países de economia dependente inseridos na América Latina. Sendo assim, ocorreu um aumento exponencial do endividamento do país para alimentar, por meio da transferência de fundo público, o capitalismo financeiro¹⁷, logo:

[...] diante da possibilidade de colapso financeiro internacional, impõe-se o discurso da necessidade dos ajustes e dos planos de estabilização em toda região. Na verdade, tratou-se de parte de ajuste global, reordenando as relações entre o centro e a periferia do mundo do capital. Houve uma espécie de coordenação da reestruturação industrial e financeira nos países centrais, cujo custo foi pago duramente pela periferia. (TAVARES & FIORI, 1993: 42 apud BEHRING, 2003, p.136).

¹⁷ União do capitalismo industrial e bancário.

Dessa forma, nota-se um processo de mundialização da economia, o qual provocou transformações societárias na economia, política e na forma como Estado passou a aprofundar o processo de privatização para satisfazer as exigências dos organismos internacionais. Foram os países de economia periférica e sua população que sentiram as consequências da adesão à lógica neoliberal, que incide, diretamente na população, com o aumento do desemprego, da violência e dos cortes nas políticas sociais.

Historicamente, com o fim do milagre econômico, ocorrido no período da ditadura militar, e com um saldo de dívidas sem precedentes, o Brasil adentra os anos 1990 com uma inflação desordenada, que acaba dando espaço para que ideias neoliberais ganhem força. (BEHRING, 2003).

Em 1989, tem-se a primeira eleição direta para presidente no país, depois do período ditatorial. No período dessa eleição, a situação econômica do Brasil era de crise da dívida herdada da ditadura e, estavam em disputa dois projetos de governo distintos, o de Lula e o de Collor. Quem vence a disputa eleitoral é Collor. A elite brasileira, mesmo desconfiada, acaba depositando nele sua confiança, pois dos dois projetos de governo o dele era o que mais se aproximava das ideias dela. É nesse contexto de crise econômica do Estado que o neoliberalismo e suas orientações encontram margem para adentrar o Brasil e, assim, se consolidar na década de 1990. (BEHRING, 2003).

Collor assume um país mergulhado em uma alta na inflação e promete derrotá-la. Para isso, ele usaria de medidas claramente neoliberais, medidas essas que vinham ganhando forças desde o governo Sarney. O então Presidente vai adotar medidas heterodoxias no seu Plano Collor, porém não consegue obter êxito. (BEHRING, 2003).

Pode-se afirmar, assim, que a contrarreforma do Estado tem seu início no governo de Fernando Collor de Melo, com a adesão a medidas econômicas de cunho neoliberal. “Sua intervenção de maior fôlego e largo prazo foi à implantação acelerada de estratégias neoliberal no país, por meio das chamadas reformas estruturais, na verdade o início da contrarreforma neoliberal do país”. (BEHRING, 2003, p. 151).

Com relação à área social, o governo Collor tinha características clientelistas, como o primeiro-damismo, que influenciou para a não implementação da Seguridade Social. Com uma atuação governamental paliativa e marcada pelos escândalos de corrupção, Collor sofre impeachment e seu vice Itamar Franco assume a presidência. Este, por sua vez, continua com a mesma agenda neoliberal de cortes nas políticas sociais e avanços no processo de privatização. (BEHRING, 2003).

Nesse cenário, Fernando Henrique Cardoso, que naquele momento ocupava o cargo de Ministro da Fazenda, foi responsável pela formulação e implementação do Plano Real. FHC, como ficou conhecido, ganha notoriedade com o Plano Real, o que mais tarde vai ser um dos “motivos” que impulsionam sua candidatura à presidência e eleição.

Capitaneado pelo então ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, evidente candidato à Presidência da República, o Plano Real promoveu, poucos meses antes da eleição, uma verdadeira chantagem eleitoral: ou se votava no candidato do Plano Real ou estava em risco a estabilidade da moeda, promovendo-se a volta da inflação, a ciranda financeira e a escalada dos preços. Os brasileiros traumatizados com a inflação de 50% ao mês (junho de 1994) e esgotados com a capacidade de planejar sua vida cotidiana, votaram na moeda e na promessa de que, com a estabilidade viriam o crescimento e dias melhores. (BEHRING, 2003, p. 155).

Fernando Henrique Cardoso vence a eleição de 1994 e segue no poder por dois mandatos seguidos. A vitória de FHC foi também a vitória da burguesia brasileira, pois o mesmo tinha a ideologia próxima à deles. Era defensor de uma política neoliberal de ajuste fiscal, e isso fica bem claro ao longo dos seus dois mandatos.

O Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalização de poder capaz de dar sustentação e permanência do programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial (FIORI, 1997: 14 apud BEHRING, 2002, p. 156).

Foi nos governos de FHC que, de fato, se realizou a contrarreforma do Estado, através do Plano Diretor de Bresser Pereira, o que trouxe implicações negativas para as políticas sociais, em especial, as da seguridade social. O Plano Diretor de Bresser Pereira consistia numa tomada de ações, por parte do Estado, para controlar a inflação e, isso se daria por meio de uma reorganização do próprio Estado para que, segundo ele, houvesse a recuperação da “governabilidade (legitimidade) e a *governance* (capacidade financeira e administrativa de governar)”. (BEHRING, 2003, p. 173). Assim,

Bresser propõe um pacto de modernização em torno dessa proposta, que inicia com a liberalização comercial, as privatizações e o programa de estabilização monetária (Plano Real) e prossegue com a reforma da administração pública: a chamada reforma gerencial do Estado. (BEHRING, 2003, p. 176).

A conta da adesão de uma política de ajuste fiscal para controlar a inflação e o endividamento do Estado acaba caindo sobre as classes menos favorecidas. Há o aumento do desemprego, o que resulta no empobrecimento dessa parte da população que, sem emprego, vai precisar de serviços sociais para atender suas demandas, além disso, há a flexibilização de direitos trabalhistas em prol do capital. E, o governo usa do discurso neoliberal de que a seguridade vai atenuar o déficit público para legitimar suas ações e fazer com que a seguridade social, que está prevista na constituição, não seja concretizada. (BEHRING, 2003).

A política, portanto, é cortar, de variadas formas, recursos da área social, nesses tempos de crise fiscal e de intensa disputa pelo fundo público. Dessa forma, o governo brasileiro, no que refere à proteção social, somou-se ao “pensamento único” difundido em nível internacional. Como este é um aspecto essencial, e talvez o mais perverso, da contra-reforma do Estado no Brasil, as concepções sobre o enfrentamento da questão social. (BEHRING, 2003, p. 162-163).

Nesse contexto de avanço da contrarreforma do Estado, entra em disputa o fundo público. Numa sociedade capitalista essa disputa acontece entre o capital e as políticas sociais por meio da transferência de recurso publicam para a iniciativa privada. O próprio Estado utiliza-se do orçamento do fundo público em prol da acumulação capitalista vinculada à dívida pública, movimento em que parte do orçamento do fundo público, que deveria ser destinado para o financiamento de políticas sociais, acaba sendo desviado para o pagamento de juros da dívida. Salvador (2012) deixa clara a importância do fundo público para o capitalismo contemporâneo quando afirma que:

No capitalismo contemporâneo o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais. O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. (SALVADOR, 2012, p. 124 - 125).

A disputa pelo fundo público perpassa a luta de classes e os seus interesses, é o Estado que determina se esse fundo público vai ser prioritário para os gastos sociais ou para a garantia da reprodução do capital. (SALVADOR, 2012). O Estado determina isso através das medidas tomadas por ele, medidas estas que podem ser em prol da manutenção da ordem do capitalismo financeiro ou pela ampliação dos investimentos nas políticas sociais.

[...] a análise acerca do fundo público precisa ser entendida em meio à realidade contraditória inerente do modo de produção capitalista, afinal, este

é objeto da disputa entre os diferentes interesses da classe trabalhadora e do capital. Sua utilização depende, portanto, da configuração que assume a luta de classes. Além disso, sabemos que o Estado não é neutro e que suas ações, ainda que não sejam totalmente insensíveis as pressões que vêm da sociedade, possuem um nítido caráter classista, de modo que a gestão do fundo público está sempre, de alguma forma, comprometida com os interesses da classe dominante. (BRETTAS, 2012. p. 102)

É nesse contexto de crise fiscal e disputa pelo fundo público que a contrarreforma do Estado vai se consolidar no governo de FHC, através de um projeto do governo denominado Plano Diretor da Reforma do Estado.

Esse plano seguiu o ideário de Bresser Pereira, foi formulado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e teve sua aprovação em setembro de 1995. O então Presidente FHC defende que a crise instaurada no país era uma crise de Estado, este teria perdido o sentido de suas funções, o que acarretou prejuízos para os serviços públicos, agravando a crise fiscal e da inflação (BEHRING, 2003).

Em posse desse discurso, FHC vai propor a legitimação do Plano de Reforma do Estado para executar o projeto neoliberal de retiradas dos direitos da classe trabalhadora. Na realidade, é a legitimação de uma contrarreforma do Estado que está em consonância com as demandas do capital, na medida em que aumenta o processo de transferência de recurso público, por meio do pagamento dos juros da dívida ilegítima (CHESNAIS, 2002), para os rentistas.

A “reforma” deverá seguir por alguns caminhos: ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado – abertura comercial e privatizações -, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional, reforma da Previdência Social, inovação dos instrumentos de política social; a reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência. (BEHRING, 2003. p. 178).

Como salienta Behring (2003), esse plano tem a proposta de trazer uma redefinição do Estado, pois a estabilização da economia e seu desenvolvimento não vinham, de fato, acontecendo. Assim, a reforma viria para colocar o Estado de volta ao caminho de crescimento econômico. Diante disso, algumas atividades do Estado passariam para o mercado privado, que as assumiria e controlaria, como as empresas estatais. O desejo era o da privatização de estatais.

Outra medida adotada por essa reforma seria a descentralização de serviços para o setor público não-estatal, como “[...] serviços que não envolvem o exercício do poder do

Estado, mas devem para os autores, ser subsidiados por ele, como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica” (BEHRING, 2003, p. 178).

Behring (2003) traz uma crítica contundente sobre a questão de colocar exclusivamente sobre o Estado a reponsabilidade da crise instaurada no país, sem levar em consideração todo um contexto global que interferiu, diretamente, na crise econômica vivenciada no Brasil naquele momento.

Em primeiro lugar, chama a atenção a explicação da crise contemporânea *do ou alocada no Estado*. Aí estão indicadas suas causas e suas saídas, o que expressa uma visão unilateral e monocausal da crise contemporânea, metodologicamente incorreta e que empobrece o debate. Em outra perspectiva – a da crítica marxista da economia política, uma patamar de observação que busca a interação de um feixe de determinações o mais amplo possível, na totalidade concreta -, tem-se que as mudanças em curso passam por uma reação do capital ao ciclo depressivo aberto no início dos anos 1970 (Mandel, 192 e Harvey, 1993), que pressiona por uma refuncionalização do Estado, a qual corresponde a transformações no mundo do trabalho e da produção, da circulação e da regulação. Tal reação se expressa na particularidade histórica de casa país: seu lugar no mercado mundial, correlações de forças entre as classes sociais, a cultura política, as escolhas dos seguimentos que detêm hegemonia, dentre outras mediações. (BEHRING, 2003, p. 197).

Portanto, essa reforma é de cunho político-econômico, cujo objetivo é beneficiar diretamente o projeto de aumento da lucratividade da classe burguesa. A centralidade dessa reforma passa a ser o ajuste fiscal para beneficiar o capitalismo financeiro; assim, a proposta contida nessa reforma para as políticas sociais insere o Brasil no caminho da dependência, cujo propósito é atender às orientações dos organismos internacionais (BEHRING, 2003).

O processo de privatização decorrente dessa contrarreforma também consiste em outra medida, este causou impacto nos cortes das políticas sociais no país. Com a justificativa de que as estatais eram onerosas e acentuava o déficit público, o Governo começa a vender suas empresas, alegando que essas vendas iriam reduzir a dívida externa e interna, os consumidores teriam acesso a bens e serviços com preços mais baixos, haveria a melhoria nos serviços e na eficiência econômica dessas empresas (BEHRING, 2003). Mas, o resultado dessas privatizações acabou não tendo um saldo positivo, já que o resultado foi o desmonte de parte do parque industrial. Como demonstra o trecho a seguir:

[...] outro aspecto que chama atenção na privatização brasileira, tem-se a entrega do patrimônio público ao capital estrangeiro, bem como a não-obrigatoriedade de as empresas privatizadas comprarem insumos no Brasil, o que levou ao desmonte de parcela do parque industrial nacional e a uma

enorme remessa de dinheiro para o exterior, ao desemprego e ao desequilíbrio da balança comercial. Diga-se o inverso de tudo que foi anunciado: o combate á crise fiscal e o equilíbrio das contas públicas nacionais. (BEHRING, 2003, p. 201).

Destacamos, ainda, a seguinte medida da citada reforma do governo FHC, o Programa de Publicização. O intuito desse programa é transferir para o terceiro setor e organizações sociais a execução de políticas públicas, ou seja, transferir do Estado para sociedade civil, a responsabilização pelo enfrentamento às expressões da questão social. E a atuação feita pelo Terceiro Setor passa a ser feita de forma paliativa, alicerçada na caridade, filantropia e ações contrárias ao que foi promulgado pela Constituição Federal de 1988.

Portanto, essa contrarreforma vai proporcionar aspectos de desmonte da seguridade social, como lembra Behring (2003).

Esta concretiza-se em alguns aspectos: na perda da soberania – com o aprofundamento da heteronomia e da vulnerabilidade externa; no reforço deliberado da incapacidade do Estado para impulsionar uma política econômica que tenha em perspectiva a retomada do emprego e do crescimento, em função da destruição dos seus mecanismos de intervenção neste sentido, o que implica uma profunda desestruturação produtiva e no desemprego. (MATOSO, 1999 apud BEHRING, 2003, p. 213).

Diante disso, apontamos que a contrarreforma tem como um de seus pilares centrais a flexibilização nas relações de trabalho por meio da adoção de medidas que tornam a contratação de trabalhadores mais flexíveis, acarretando na perda dos direitos e da proteção social. A contrarreforma também rebate na política social, ou seja, no desmonte pela via da privatização da seguridade social e na desregulamentação das relações de produção e reprodução.

Logo, “[...] a tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos mais perversos da crise” (BEHRING, 2003, p. 248). E, como ressalta Salvador (2012), a contrarreforma veio para desmontar e/ou impedir o avanço e investimento público na área social no Brasil, mesmo tendo uma recente Constituição que previa em seu texto avanços para essa área.

A Constituição Federal (CF), ainda que tenha seus limites, contemplou avanços em alguns aspectos relacionados aos direitos as cidadania, sobretudo os direitos trabalhistas e sindicais, às políticas de previdência, assistência social e saúde, que vão edificar a seguridade social no país [...]. A efetivação dessas conquistas e a perspectiva da consolidação de um sistema

de bem-estar social no Brasil deveriam implicar aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento públicos [...]. Contudo, esse direcionamento vai ser frustrado a partir da década de 1990, marcada pelo predomínio da ideologia neoliberal e da contrarreforma do Estado, em cenário claramente desfavorável à efetivação das mudanças propostas pela Constituição de 1988. (SALVADOR, 2012, p. 128 - 129).

Como analisado, a contrarreforma desmonta as políticas sociais em várias áreas do Estado, uma das áreas afetada é a da saúde, especificamente, a Saúde Mental, que, nesse período de avanço do neoliberalismo, vinha dando os primeiros passos para tentar efetivar a Reforma Psiquiátrica.

As medidas tomadas para responder a crise do capital foram decisivas para a não consolidação/materialização do Sistema Único de Saúde (SUS), como previsto na CF de 1988. Todas as medidas tomadas para amenizar a crise têm como principal objetivo o aumento da lucratividade do capital pela via da privatização e, no caso da saúde, observa-se um fortalecimento dos planos de saúde e modelos de gestão baseados na ideologia neoliberal. Na particularidade da Saúde Mental, acontece uma manutenção dos hospitais psiquiátricos, ao invés dos serviços substitutivos e transferência de recurso para manutenção de comunidades terapêuticas¹⁸.

Nesse contexto, o projeto da “reforma” do Estado encabeçou para área da saúde uma reforma gerencial, que, conseqüentemente, fortaleceu o modelo privatista de saúde com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (SOARES, 2012), permitindo a inserção de empresas com fins lucrativos na oferta de serviço voltado para saúde.

Tais mudanças, na verdade, se configuram no interior da política de saúde brasileira sem alteração do seu marco legal original, de modo que o SUS materializado se realiza de forma cada vez mais distante do SUS legalmente instituído. É, sem dúvida, que essa fragmentação entre SUS histórico e o SUS materializado consolida-se nas duas gestões de Fernando Henrique Cardoso, apesar da resistência de alguns segmentos do movimento sanitário. (SOARES, 2012, p. 91).

Sendo assim, de acordo com Soares (2012), com a eleição o governo de Lula não retomou o projeto de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, não se investiu na consolidação do SUS, pelo contrário, protelou-se a aprovação da lei do financiamento, mantendo a

¹⁸ São instituições ligadas ao terceiro setor que recebem pessoas que fazem uso abusivo de psicoativos ilícitos e lícitos para tratamento. Muitas dessas comunidades têm forte ligação religiosa e utilizam, muitas vezes, da religião como forma de tratamento. Vale ressaltar que a forma de tratar o dependente químico nas Comunidades Terapêuticas é diferente de uma perspectiva de uma CAPS AD. Nessas comunidades, os profissionais atuam numa linha de tratamento através da abstinência, bem diferente de modelos substitutivos, como os consultórios na rua, que trabalham numa linha voltada para a redução de danos.

responsabilidade do repasse da união apenas em cima da receita líquida. Esse cenário mostra a disputa de projetos de saúde, o projeto privatista, o projeto SUS possível e o projeto da Reforma Sanitária.

O primeiro diz respeito à privatização da saúde, desejo do capital que vê na saúde um mercado lucrativo, projeto que tem suas medidas ligadas a uma política neoliberal. Já o projeto SUS possível seria o que Raquel Soares (2012) denomina de “flexibilização da Reforma Sanitária”, é um projeto que segue uma lógica que privilegia mais o projeto privatista do que o da Reforma Sanitária. Esse projeto assume o SUS, mas não na ótica da Reforma Sanitária e, ainda toma medidas que vão beneficiar o capital de alguma maneira, como o repasse de dinheiro para convênios em hospitais privados. E o projeto da Reforma Sanitária é o que defende a saúde como dever do Estado e um direito de todos.

As políticas, programas e ações do Ministério da Saúde reproduzem o embate desses projetos; sendo que no início da gestão Lula há uma abertura maior para as conquistas da reforma sanitária que paulatinamente vão dando lugar às propostas hegemônicas do *SUS possível* e do *projeto privatista*. Tal processo pode ser observado no Pacto pela Saúde, no Programa Mais Saúde e no Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado. (SOARES, 2012, p. 93).

Apesar de toda a expectativa existente no início do Governo Lula em torno da consolidação do SUS, as medidas tomadas pelo então governo através de programas, ações e projetos manteve os ideias do governo de FHC, aprofundando a privatização e o terceiro setor¹⁹, ao passo em que resumiu a seguridade social aos programas de transferência de renda.

Nesse contexto, Raquel Soares (2012) mostra tendências que a contrarreforma incide no SUS e que impactam diretamente na saúde, tais como:

- *Ampliação restrita* – O sistema vem expandindo suas ações desde sua criação, em 1988, mas sempre de forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir atender a universalidade das demandas [...] que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede de serviços. A expansão limitada dos serviços tem relação direta com os limites orçamentários da política: o processo contínuo de subfinanciamento do sistema tem se agravado com preocupantes perspectivas;

¹⁹ O terceiro setor nada mais é do que a sociedade civil que se faz presente através de ONGs, por exemplo. É quando esta assume a responsabilidade por atividades que deveria ser do Estado, como o trato das mazelas da questão social. O terceiro setor ganha notoriedade durante a crise do capital pós 1970. Ele vai ser a alternativa encontrada pelo Estado e mercado para lidar com os problemas sociais decorrentes da crise que o capital vivenciava na época. Assim “o “terceiro setor” presta um grande serviço ao capital e a ofensiva neoliberal, nesta luta pela hegemonia na sociedade civil, no interior do processo de reestruturação do capital” (MONTAÑO, 2010, p. 16).

- *Ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial* – configurada na presença de práticas tradicionais em saúde centradas no indivíduo, de caráter curativo e com um conteúdo emergencial, focalizadas nos grupos e segmentos mais pauperizados das classes trabalhadoras. Esta tendência expressa-se sob diversas formas, mas principalmente na incapacidade crônica do sistema de atender à demanda. Esta incapacidade não diz respeito apenas à estrutura física da rede, mas também à escassez de recursos humanos, o que determina, em última instância, que o conteúdo de muitas práticas sociais na saúde seja assistencial e emergencial [...];
- *Privatização e mercantilização da saúde pública* – incide sobre esta tendência, principalmente, o mecanismo de *mercantilização da vida e lógica destrutiva*; configura-se de diversas formas no sistema, mas nos últimos anos principalmente através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações etc.) para gerir as unidades, acessando diretamente os recursos públicos; o que é, certamente, um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade. Porém, a interiorização da lógica privada e seus interesses na saúde pública ocorre também através dos inúmeros convênios – em geral nas áreas mais lucrativas para o mercado – no estímulo à aquisição de equipamentos e medicamentos de última geração tecnológica, no incentivo ao crescimento do mercado privado de serviços de saúde através da precarização da política, da insenção de impostos, do surgimento de organizações não governamentais dentro das unidades de saúde etc.;
- *Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública* – com as novas formas de gestão, seus instrumentos de contratação por metas, a pactuação, as novas entidades jurídicas, a proliferação dos contratos temporários de trabalho e dos trabalhadores contratados no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a grande demanda pelos serviços e um sistema de saúde que não tem estrutura suficiente para atendê-la, tendem a acentuar a precarização do trabalho e intensificar mais ainda a sua exploração [...];
- *Promoção da Saúde restrita* – os limites históricos da política de saúde, do Estado brasileiro, de nossa estrutura social e das atuais configurações do desenvolvimento capitalista, ao não viabilizar a efetivação de políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais, termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença. (SOARES, 2012, p.102 – 104, grifos da autora).

Essas tendências acabam por fragilizar o Movimento da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que a Saúde Mental seja um campo de investimento e lucro para o capital, conseqüentemente, essa lógica passa a imprimir um ritmo de trabalho baseado nas metas e no quantitativo para alcançar os objetivos privatistas.

Esse processo de contrarreforma, em que a reestruturação produtiva é uma das suas características mais marcantes e mais destrutivas para os trabalhadores, faz com que o neoliberalismo se fortaleça e implemente, cada vez mais, a sua ideologia e seus traços conservadores no perfil de profissionais polivalentes, pragmáticos e imediatistas.

3.2 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: REQUISIÇÃO DE UM PERFIL PROFISSIONAL CONSERVADOR

A reestruturação produtiva foi/é uma grande aliada no processo de contrarreforma do Estado, pois ela traz um novo perfil de trabalhador. Um trabalhador polivalente e com menos garantias de direitos trabalhistas. As mudanças na estrutura produtiva no mundo ocorrem, no Brasil, especificamente, na década de 1980, através de um avanço tecnológico em áreas como robótica e microeletrônica, trazendo inovações, em especial, para o mundo da indústria. Essas inovações acarretam mudanças para o capital e para as relações de trabalho.

[...] o novo complexo de reestruturação produtiva surge no interior da III Revolução Industrial, que impulsionou a revolução tecnológica da microeletrônica e das redes telemáticas e informacionais; e sob a mundialização do capital e do sócio-metabolismo da barbárie com a constituição do precário mundo do trabalho (ALVES, 2007, p.155).

O modelo de estrutura produtiva fordista-taylorista, que ficou famoso durante as primeiras revoluções industriais, predominou no mundo do trabalho até a década de 1980, mas isso muda com o surgimento de novos processos produtivos advindos de experiências da Terceira Itália, que trouxe uma nova forma de produzir, sendo ela mais flexível. (ANTUNES, 2011).

[...] “especialização flexível”: esta seria a expressão de uma processualidade que, tendo especialmente a “Terceira Itália” como experiência concreta, teria possibilitado um advento de uma nova forma produtiva que articula, de um lado, um significativo desenvolvimento tecnológico e, de outro, uma desconcentração produtiva baseada em empresas médias e pequenas, “artesanais” (SABEL e PIORE, 1984 apud ANTUNES, 2011, p. 25).

A experiência de uma forma de produção mais flexível teve início nessa experiência com a Terceira Itália, mas é o modelo japonês, o toyotismo, que vai se consolidar no mundo. Conforme destaca Antunes (2011), é esse o modelo que irá trazer um impacto maior e, nesse contexto, direitos trabalhistas historicamente e arduamente conquistados são flexibilizados e os trabalhadores devem se adequar a nova fase do capital.

O toyotismo possui características marcantes, uma delas é a flexibilização da produção, contando com ferramentas, tais como os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs). Assim, a produção, diferente do que acontecia no sistema fordista-taylorista, não é em massa, mas, sim, ligada à demanda do mercado, prezando um melhor aproveitamento do tempo de produção, através do *just in time*. Nesse modelo de produção o trabalhador deve ser

capacitado a operar mais de uma máquina, assim, ele se torna um trabalhador polivalente, multifuncional. (ANTUNES, 2011).

O sistema capitalista vai fazer com que as características presentes no modelo de produção japonesa não se limitem à indústria, espalhando-as por outros setores em prol de flexibilizar o trabalho, para que, assim, todos produzam o máximo que puderem em um curto espaço de tempo.

Essa flexibilização chega a distintas categorias profissionais, como a do Serviço Social, por exemplo, no qual o profissional é “solicitado” a atender os usuários em um curto espaço de tempo ou quando é determinado o número de usuários que devem ser atendidos em um dia. Quando tais imposições são feitas, o trabalho desse profissional perde em qualidade, prejudicando, assim, seus usuários.

Os protocolos organizacionais do toyotismo, muitos deles traduzidos em valores e regras de gestão do trabalho vivo, dos mais diversos tipos, atingem os empreendimentos capitalistas, seja na área da indústria, seja na área de serviços (inclusive na administração pública). Eles articulam, no plano da subjetividade da produção capitalista, um novo regime de acumulação centrado no princípio da flexibilidade (categoria central da acumulação capitalista num cenário de crise estrutural). Na verdade, todo empreendimento capitalista é coagido pela concorrência a adotar procedimentos técnico-organizacionais oriundos da matriz ideológico-valorativa toyotista. Por exemplo, mesmo não participando da criação de valor, organizações de serviços, de administração pública e inclusive instância sócio-reprodutivas, tendem a incorporar os valores do neoprodutivismo toyotista (ALVES, 2007, p. 157).

Diante desse cenário, a reestruturação produtiva traz consigo transformações para o mundo do trabalho, seus desdobramentos são destrutivos e incidem sobre aqueles que vivem da venda de sua força de trabalho, pois estes acabam por perder parte de seus direitos trabalhistas e proteção social. De acordo com Antunes (2011):

O mais brutal resultado dessas transformações é a expansão, sem precedentes na era moderna, do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global. Pode-se dizer, de maneira sintética, que há uma *processualidade contraditória* que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços (ANTUNES, 2011, p. 47).

Dessa maneira, os trabalhadores vão ser submetidos à precarização do trabalho, como explica Alves (2007), essa precariedade é estrutural, pois “desde que a força de trabalho

se constitui como mercadoria, o trabalho vivo carrega o estigma da precariedade social” (ALVES, 2007, p.113).

Assim, a precarização vai atenuar as más condições de trabalho para esse trabalhador. Pois agora, além de não possuir os meios de produção, ele observa conquistas e direitos trabalhistas serem destruído pela lógica neoliberal. Essa precarização atinge, em especial, aqueles trabalhadores que são submetidos à lógica da flexibilização do trabalho (ALVES, 2007).

O que chamamos de processo de precarização do trabalho é o processo de diluição (ou supressão) dos obstáculos constituídos pela luta de classe à voracidade do capital no decorrer do século XX. É a explicitação da precariedade como condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. A precarização possui um sentido de perda de direitos acumulados o decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados (ALVES, 2007, p. 114).

A reestruturação produtiva vai impor aos trabalhadores, especialmente os assalariados, novas formas de contratação, ligadas à subcontratação. São trabalhos, muitas vezes, sem nenhuma garantia de direitos trabalhistas. Mas, esses trabalhadores são obrigados a aceitar tais empregos, pois precisam deles para suprir suas necessidades básicas e de sua família; são situações, muitas vezes, desumanas de trabalho, mas para o sistema isso pouco importa, pois o importante é a lucratividade do capital.

[...] essas diversas categorias de trabalhadores têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressões sindicais, configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial (ANTUNES, 2011, p. 50).

O trabalhador tem que se submeter aos mandos do capital e ao perfil que ele exige. Perfil esse que vai de encontro a qualquer consciência de classe, dessa forma, vários trabalhadores não conseguem se enxergar enquanto classe trabalhadora. O capital para se legitimar precisa que esse trabalhador negue a luta de sua classe, mantendo um perfil conservador, algo fundamental para a manutenção da ordem vigente.

E, como já citado anteriormente, não é só o trabalhador industrial e fabril que sofre com as implicações da reestruturação produtiva e tem que se submeter a trabalhos que não lhes garante estabilidade, que são precários, temporários, características que o subemprego oferece.

Os serviços públicos, como a saúde, energia, educação, telecomunicação, previdência etc. também sofrem, como não poderia deixar de ser, um significado processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da *mercadorização*, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público (ANTUNES, 2011, p. 107).

Assim, essas mudanças no mundo do trabalho, que requerem um trabalhador polivalente e flexível vão atingir também os profissionais de Serviço Social, pois os mesmos são pertencentes à classe trabalhadora e, tem no Estado o seu maior empregador. Outra característica que os trabalhadores acabam reproduzindo é o de se encaixar em um perfil conservador e, esse traço vai estar presente também no Serviço Social.

Dessa forma, o/a Assistente Social que está no campo dos serviços públicos, trabalhando com políticas sociais irá sofrer os rebatimentos dessa reestruturação em um cenário marcado pela contrarreforma do Estado. Raquel Soares (2010) traz uma definição da função do profissional de Serviço Social na Política de Saúde, aquele que “atua diretamente planejando, gerindo ou executando serviços sociais que contribuem para reprodução social, material e espiritual, da força de trabalho” (SOARES, 2010, p. 116).

Assim, se o profissional não compreender, de fato, quais os limites que a conjuntura traz para o seu fazer profissional, não tiver um olhar crítico sobre a realidade de seus usuários e sobre sua postura, diante desse contexto de acirramento das políticas neoliberais, ele tenderá a reproduzir uma postura conservadora diante do seu exercício profissional, atendendo, assim, ao perfil que o neoliberalismo deseja.

Daí o imperativo de que esse profissional deve estar fundamentado em uma leitura crítica da realidade, pautada na razão dialética, numa análise que rompa com o imediatismo posto na aparência fenomênica do real, para não sucumbir como mero reprodutor da racionalidade institucional hegemônica, na qualidade de simples técnico da saúde pública (SOARES, 2010, p. 123).

Dessa maneira, o campo da Saúde Mental é um dos ambientes propícios para a disseminação de ideias/posturas conservadoras, como relata um documento do CFESS, “[...] análises têm revelado no âmbito da profissão uma espécie de entrada (ou retomada) de uma perspectiva, afinada com uma direção psicologizante, verificada, sobretudo em algumas áreas, a exemplo da Saúde Mental” (CFESS, 2008, p. 11 - 12).

O Serviço Social, na sua gênese no Brasil, alicerçava-se em um fazer profissional conservador, e isso se dava por sua ligação com a Igreja, com a burguesia e os mandos do

capital. Tais características foram superadas no processo que perdurou por décadas que levou a profissão a romper com suas bases conservadoras.

Esse processo, como já mencionado anteriormente, é o da Renovação do Serviço Social que durante o movimento de intenção de ruptura, nos anos 1980, fortalece dentro da categoria o desejo de romper com vertentes teórico-metodológicas conservadoras – como o neotomismo, o positivismo ou a fenomenologia – que se fizeram presentes hegemonicamente na profissão em períodos distintos. O Serviço Social busca no marxismo um suporte teórico-metodológico para construir uma nova base para a profissão.

Este referencial, a partir dos anos 80 e avançando nos anos 90, vai imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira (o currículo de 1982 e as atuais diretrizes curriculares); os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários; está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética. Sob sua influência ganha visibilidade um novo momento e uma nova qualidade no processo de recriação da profissão na busca de sua ruptura com seu histórico conservadorismo (cf. NETTO, 1996, p. 111) e no avanço da produção de conhecimentos, nos quais a tradição marxista aparece hegemonicamente como uma das referências básicas. (YAZBEK, 2006, p. 11)

O Serviço Social amadurece diante das novas competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, adotando como direção um projeto profissional de caráter crítico e um Código de Ética e Lei que regulamenta a profissão.

O Projeto Ético-Político de Serviço Social começa a ser construído no fim da década de 1970 e se desenvolve nos anos 1980. Era a construção de um novo projeto profissional, e conforme Netto (1999):

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p. 4).

É nessa direção de formular novos requisitos para a profissão que os profissionais de Serviço Social, de diferentes categorias, como o CFESS/CRESS, a ABEPSS e a ENESSO, se

aliam de forma coletiva para a construção do projeto. A construção do mesmo acontece no período em que o país vivencia a ascensão dos movimentos sociais na luta pela redemocratização do país e, nesse contexto, conforme Netto (1999), o Serviço Social encontra condições políticas para a possível constituição de seu projeto profissional.

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. (NETTO, 1999, p.11).

Netto (1999) ressalta que, no passar dos anos 1980 para os anos 1990, o Projeto Ético-Político do Serviço Social vai ter sua constituição básica, sua estrutura sempre estará aberta para se adequar às mudanças que ocorrem na sociedade, aos novos problemas, desafios e inquietações. Assim, a constituição desse projeto profissional tem em suas bases:

[...] o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional. (NETTO, 1999, p. 15 -16).

O direcionamento político desse projeto preza pela equidade e justiça social. Defende que todos tenham acesso a bens e serviços, é um projeto de caráter democrático. Exige a formação de profissionais qualificados em bases teórico-metodológicas críticas para que estes possam analisar, de forma concreta, a realidade e viabilizar os direitos de seus usuários (NETTO, 1999).

Porém, mesmo diante do arcabouço legal que nega o Serviço Social tradicional, ainda existem profissionais que atuam numa perspectiva conservadora em diferentes espaços ocupacionais, a exemplo do campo da Saúde Mental. Nesse campo, esse tipo de prática vai aparecer através do Serviço Social clínico, alguns profissionais afirmam:

[...] que é uma abordagem que privilegia a escuta da demanda imediata, que pressupõe a participação do assistente social de forma reflexiva, mobilizando recursos e condições para que as pessoas se “tornem capazes de exercer a crítica e reivindicar seus direitos sociais” (CFESS, 2008, p. 9).

Essa defesa de práticas psychologizantes dentro da profissão remete ao Serviço Social conservador presente na profissão até meados da década de 1970, que tinha como base teórica o positivismo e a fenomenologia, prática centralizada na culpabilização dos indivíduos e na terapia como espaço de controle emocional para a superação de seus problemas. Assim,

O afastamento de um aprimoramento para dar conta de realizar a leitura da configuração da realidade atual, em suas profundas transformações e do papel profissional, pode levar os assistentes sociais, que não tendo clareza de suas atribuições, tomados pela dúvida e incerteza, a assumir e reforçar posturas ligadas ao cuidado terapêutico, de forma que o projeto profissional vê-se guiado principalmente por uma perspectiva psychologizante. Do estilhaçamento e fetichização do mundo, a razão fenomênica perde parâmetro objetivo e a saída é buscada no exacerbamento e na autoconcentração subjetiva, que tem como um dos resultados a busca e produção de propostas metodológicas dessa natureza. (CFESS, 2008, p. 12).

Vale destacar que se o profissional do Serviço Social atuar no horizonte de práticas psychologizantes, ele ferirá o Código de Ética da Profissão e a Lei nº 8662/93, já que estes dispositivos não elencam práticas terapêuticas como competências profissionais do/a Assistente Social. Além de ferir a legislação da profissão, o mesmo ainda retoma a um Serviço Social que tinha como prática a culpabilização do usuário pela sua situação, atuação profissional realizada durante o Serviço Social tradicional.

O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psychologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. Adotou-se uma terminologia mais sofisticada à estratégia de crescimento econômico própria do modelo autoritário-burocrático que servia para encobrir as reais implicações da prática. O aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho (BRAVO, 1996 p.105 apud SOARES, 2010, p.126).

Mesmo sabendo que existem profissionais que realmente acreditam e defendem o Serviço Social Clínico e atuam nessa perspectiva de cunho conservador, também compreendemos que existem profissionais que – diante de um cenário em que ele não possui

estabilidade empregatícia, nem condições mínimas de trabalho – tendem a adotar uma postura de caráter conservador, pela imediatividade alienante do cotidiano. E, nesse debate cabe também a discussão sobre a falta de autonomia, de contratos de trabalhos temporários, da terceirização etc. Todos esses processos fragilizam a sua atuação.

Esse cenário pode interferir no exercício profissional do/a Assistente Social de tal forma que, mesmo ele tendo todo o arcabouço teórico, crítico e político, ele não se percebe reproduzindo tais práticas. Contudo, ele precisa estar atento a tudo isso para que, no limite do seu exercício profissional, consiga enxergar além do aparente, do imediato. Compreendendo, assim, que aquele usuário de Saúde Mental não se limita à sua doença, que fatores externos interferem na sua vida e na sua saúde, que só a medicalização não resolve e, que seu papel não é terapêutico e, sim, o de traçar meios para que as demandas e direitos desse usuário sejam atendidos e garantidos. Vale ressaltar que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) por meio da resolução nº 569/2010, “dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social”. (CFESS, 2010b, p. 1).

Os assistentes sociais trabalham, certamente, com famílias, mas o fazem em um âmbito e com uma perspectiva distinta do psicólogo. Trabalhamos com famílias atuando no processo de viabilização dos direitos e dos meios de exercê-los. Requer considerar as relações sociais e a dimensão de classe que as conformam, sua caracterização socioeconômica, as necessidades sociais e os direitos de cidadania dos sujeitos envolvidos, as expressões da questão social que se condensam nos grupos familiares, as políticas públicas e o aparato de prestação de serviços sociais que as materializam etc. A dimensão “psi” tem, na divisão técnica do trabalho, outras áreas profissionais, legal e academicamente habilitadas para atuarem nesse campo. (IAMAMOTO, 2004, p. 39 apud CFESS, 2008, p. 10).

Diante dessa conjuntura de destruição de direitos que a classe trabalhadora vem vivenciando, com o acirramento da contrarreforma do Estado, em curso desde a década de 1990, esses trabalhadores se submetem a atender um perfil exigido por aqueles que detêm o poder econômico. A presença de um perfil profissional conservador na Saúde Mental se atenua diante de um Estado que não promoveu, de fato, a Reforma Psiquiátrica e que, nos últimos anos vem retomando, através de emendas, projetos e leis, a um sistema manicomial e hospitalocêntrico para o tratamento de pessoas com transtorno mental, totalmente avesso do que deveria ser.

Mas, essas medidas tomadas pelos governantes tem relação com a necessidade que os mesmos têm de atender aquilo que é desejo do capital. E, como bem sabemos, o campo da

Saúde Mental é lucrativo para os ramos hospitalares e farmacêuticos, e dispositivos como os CAPS em nada os favorece, pois, tecnicamente, não segue a lógica do capital. Tais medidas tomadas pelos governos, que serão analisadas no próximo capítulo, causam implicações diretas na atuação de todos os profissionais que trabalham na Política de Saúde Mental, entre eles os/as Assistentes Sociais.

4. O CONSERVADORISMO E A SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

O capítulo a seguir apresenta um breve panorama do conservadorismo enquanto pensamento político e de sua ascensão na sociedade brasileira nos últimos anos, bem como sobre a incorporação desse pensamento ao Estado nas esferas sociais e políticas, em união com o neoliberalismo nas pautas econômicas.

Ademais, veremos também as implicações de medidas neoliberais na política de saúde mental e de como isso provoca um retrocesso na Reforma Psiquiátrica, retornando uma atualização do modelo hospitalocêntrico e de culpabilização dos indivíduos. Também se faz presente nesse capítulo o debate sobre os limites e desafios que o cenário atual traz para atuação do/a Assistente Social e de como o retrocesso na política de saúde mental proporciona abertura para uma atuação psicologizante dentro da profissional.

4.1 AVANÇO DO CONSERVADORISMO E A PROPOSTA DO ESTADO DE RETORNO AOS MANICÔMIOS: BREVE PANORAMA DOS DOCUMENTOS E LEGISLAÇÕES REFERENTES À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO GOVERNO DILMA ATÉ O GOVERNO BOLSONARO

O processo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental encabeçou na década de 1970 foi o de romper com a ideia de que a pessoa com transtorno mental não teria a “capacidade” de viver em sociedade e de exercer sua cidadania, como qualquer cidadão de direito. O pensamento desse momento era de que era desumano manter aqueles sujeitos excluídos do convívio com seus familiares e sua comunidade, trancafiados em manicômios, espaços onde o tratamento oferecido, muitas vezes, era desumano e precisava ser mudado.

Sendo assim, no primeiro capítulo, momento em que debatemos sobre a história do MTSM, o Movimento de luta Antimanicomial, notamos que familiares e os próprios usuários participaram da construção de um movimento que reivindicava uma reforma estrutural e humanizada no tocante aos cuidados com os cidadãos. Em consequência dessas lutas, constatam-se avanços na construção de uma saúde mental baseada na integralidade, universalidade e proteção social. No entanto, esses avanços vêm sofrendo um desmonte nos últimos anos com o avanço do pensamento conservador no Estado e na sociedade.

De acordo com Netto (2011), o conservadorismo aparece para o mundo durante a Revolução Francesa. Nesse período, os tecnocratas tinham receio do que aquelas ideias revolucionárias trariam de mudanças para a sociedade da época.

Com base no pensamento conservador de Edmund Burke, compreende-se o conservadorismo como uma vertente política da burguesia para manutenção do *status quo* temendo o processo revolucionário que emergia com a sociedade burguesa; os anseios, portanto, eram referentes às mudanças que viriam a ser provocadas na estrutura vigente e hegemônica da época, pois os conservadores são anti-revolucionários e anti-ciência, negam as revoluções enquanto processo histórico e são contrários a qualquer iniciativa que promova a reivindicação e a retirada do conformismo (NETTO, 2011). Sendo assim:

É precisamente este período de configuração da sociedade burguesa que assiste ao surgimento do pensamento conservador – não é por acaso que a obra fundante do conservadorismo seja a de Burke, reposta imediata e de enorme impacto à Revolução Francesa. [...] Burke repudia vigorosamente não é o desenvolvimento do capitalismo como tal, mas 1.º a forma da ação política e 2.º a destruição de instituições sociais consagradas pela tradição. A forma da ação política repudiada por Burke é a da revolução burguesa que mobiliza as massas. A instauração de novas instituições segundo uma racionalidade antitradicionalista é rechaçada por Burke. (NETTO, 2011, p. 44 - 45).

Burke não deseja o fim da ascensão capitalista e, sim, “a continuidade do desenvolvimento capitalista sem a ruptura com as instituições sociais pré-capitalistas (o privilégio da família, as corporações, o protagonismo público-temporal da igreja, a hierarquia social cristalizada, etc.)” (NETTO, 2011, p. 45). Sua preocupação limitava-se aos valores morais e aos privilégios que seriam perdidos. Diante desse contexto, analisa-se por trás do discurso conservador de defesa da família, um interesse pela manutenção do “status quo”, algo que o processo revolucionário pode desmontar.

A burguesia, como bem se sabe, se aliou ao proletariado e juntos lutaram pelo fim do sistema feudal. Porém, depois que se consolidou enquanto classe dominante, com o fim do feudalismo e graças ao capitalismo comercial, a classe burguesa rompe essa “aliança” com o proletariado e com o seu pensamento revolucionário. No fim, o que a burguesia queria era instaurar um sistema econômico que a privilegiasse e, manter a sua hegemonia enquanto classe.

Cumprida a sua *missão histórica* progressista e revolucionária, a burguesia, convertida em classe dominante, deixa de representar os interesses do conjunto da sociedade (representações que, ao situá-la legitimamente no centro do arco de forças antifeudais – o povo -, tornou possível a sua vitória no confronto com o *Ancien Régime*) e é levada à defesa de seus estritos interesses particulares. O protagonismo revolucionário da burguesia cede

lugar a um desempenho defensivo, voltando para a manutenção das instituições sociais que criou. (NETTO, 2011, p. 46).

Essa negação, defendida pela burguesia para que pudesse se manter como classe dominante – contra os seus próprios princípios revolucionário de liberdade, igualdade e fraternidade –, contribuiu com o processo de revolta iniciado pelo proletariado. Pensando na manutenção do *status quo* e em se manter como classe dominante, a burguesa liberal se une ao conservadorismo com o intuito de ajustar os indivíduos, reprimindo e internando aqueles “rebeldes” contrários ao sistema capitalista.

Os conservadores, por sua vez, impossibilitados de continuar defendendo o antigo regime, em decorrência da consolidação do novo modo de produção e temendo um novo processo revolucionário encabeçado pelos trabalhadores que pusessem fim aos seus privilégios, passam a defender a burguesia enquanto classe dominante, negando qualquer desejo de revolução que os trabalhadores ansiavam.

Assim, os conservadores que eram contrários à burguesia deixam tal posicionamento de lado e passam adotar uma nova postura, agora não mais contra burguesia, mas, sim, contra a qualquer revolução; algo que naquele momento se assemelhava aos desejos da própria classe burguesa.

Se, originalmente, o pensamento conservador é como vimos *restaurador e antiburguês* [...] este caráter se transforma: o que tende a se desenvolver no seu interior, mais que aqueles dois traços, é o seu eixo *contrarrevolucionário*. Nos primeiros conservadores, a recusa da revolução expressava um repúdio à *revolução burguesa* (em Burke, particularmente, expressava um repúdio ao *paradigma francês da revolução burguesa*); nos conservadores que trabalham nas condições pós – 48, com evidência da inviabilidade da restauração, o conservadorismo passar a expressar o repúdio a *qualquer revolução* – ou seja, o pensamento conservador passa a se definir explicitamente como *contrarrevolucionário*. É assim que ele tem substantivamente mudado a sua função social: de instrumento ideal de luta antiburguesa, converte-se em subsidiário da defesa burguesa contra o novo protagonista revolucionário, o proletariado. (NETTO, 2011, p. 49-50).

Logo, o conservadorismo sofre uma guinada em 1848, passando a defender os interesses e manutenção da hegemonia burguesa. No Brasil, esse pensamento passa a ser introduzido com a invasão portuguesa liderada por Pedro Álvares; as viagens marítimas representaram a expansão do modo de produção capitalista na busca pela sua globalização no mundo (OLIVEIRA, 2002).

Isso pode ser notado com o processo de introdução da industrialização e inserção do país na fase monopolista do capitalismo, haja vista este movimento não acontece nos moldes da revolução clássica de por fim ao antigo regime e introduzir um novo modo de ser e de viver, como aconteceu na revolução francesa e gloriosa. Portanto, no Brasil a revolução aconteceu “pelo alto”, de “cima para baixo”, por meio de um acordo entre a elite local agrária e a burguesia internacional (FLORESTAN, 1979).

Assim, ao longo da história do Brasil, as mesmas elites mantiveram-se no poder, bem como as mesmas estratégias políticas. Nas décadas de 1970 – 1980, período em que se “constitui uma impressionante *onda conservadora*, subjacente ao que foi chamado de ‘ofensiva neoliberal’ [...]” (NETTO, 2011, p.16), o Brasil assume, especialmente no final dos anos 1980 e, principalmente, nos anos 1990 uma agenda de cunho neoliberal que traz para a economia medidas conservadoras como o caminho para o país sair da crise²⁰ em que se encontrava. Todavia, essas medidas foram para além da economia, ela atingiu as políticas públicas em geral e, talvez seja a principal responsável pela não consolidação da Seguridade Social.

Os governos que chegam ao poder pós década de 1990, tinham uma proposta de governo que era voltada não só para os interesses do capital, mas também para os das classes menos favorecidas, não que os governos de Lula e Dilma tenham rompido com a política neoliberal, pelo contrário. Esses governos, conhecidos como neodesenvolvimentista, tentam fazer a conhecida conciliação de classes, tentando agradar tanto ao capital, a classe média e a classe trabalhadora.

O não rompimento com o ideário neoliberal fica evidente, como bem salienta Iamamoto (2009 apud CASTILHO; GOMES; LEMOS, 2017), os mandatos de Lula e Dilma vão legitimar a política econômica neoliberal de FHC. Os governos petistas mantêm as políticas de ajuste fiscal e juros altos beneficiando o capital e, para compensar, torna possível o acesso de parte da classe trabalhadora a programas sociais, porém os programas são focalizados, de caráter compensatórios e nenhum pouco reformistas em prol da classe trabalhadora. Assim:

O reformismo pelo alto do petismo, sob a designação de “neodesenvolvimentismo”, foi à opção trágica e dramática desses governos diante da incapacidade de ir além da ordem capitalista, escolhendo e

²⁰ Esta crise é oriunda de fatores advindos da ditadura com o fim do “milagre econômico” que deixou o país com uma dívida econômica sem precedentes, altas taxas de inflação, desemprego. A econômica que vinha em alta derrapou na década de 1980 e acarretado a isso houve o crescimento das desigualdades sociais. A crise era econômica e social.

priorizando políticas que não alteram nenhum interesse firmado com a classe dominante, combinando, no limite da ordem neoliberal, um projeto que conjugue redistribuição de renda, incentivo ao consumo e enfrentamento à pobreza extrema, com os interesses do poder hegemônico oligárquico-burguês [...] (ALVES, 2014 apud CASTILHO; GOMES; LEMOS, 2017, p. 453 - 454).

Enquanto o país estava bem economicamente, tinha uma taxa de desemprego baixa e o capital continuava lucrando, pela própria continuidade do ajuste fiscal, eles conseguiram manter essa forma de governar.

Vale lembrar que para conseguir se eleger em 2002, Lula teve que mudar o tom do seu discurso que era considerado por parte da direita e pelo centro como sendo radical e com um direcionamento para os interesses da esquerda, quando se candidatou para as eleições de 1989, 1994 e 1998. Em 2002 seu discurso era paliativo e se via uma aproximação com uma agenda política que tendência para um proposta de conciliação de classe, isso fica evidente quando analisamos os dois mandatos de Lula e as medidas tomadas pelo seu governo que manteve, como dito anteriormente, medidas de ajuste fiscal que não fazem parte de uma agenda de esquerda, pelo contrário.

Essa mudança no discurso de Lula também é clara quando analisamos as coligações que o Partido dos Trabalhadores participaram para chegar e se manter no poder. Como sabemos, ele se aproximou de partidos de direita, como o PL em 2002 e 2006 e do PMDB em 2010 e 2014, tanto que o vice de Lula foi José Alencar do PL em seus dois mandatos, e o de Dilma foi Michel Temer, filiado, na época ainda ao PMDB. Além disso, há uma aproximação com o capital em vistas do recebimento de financiamento eleitoral, através de bancos e construtoras.

O governo do PT começa a perder apoio popular para governar quando parte da população, principalmente, os segmentos mais jovens, descontentes com a situação do país, começam a questionar o governo de Dilma. Dessa forma, nos últimos anos de seu primeiro mandato, mais especificamente em 2013, o Brasil vai viver uma onda de manifestações que, a princípio, eram contra o aumento das passagens de ônibus, mas que se expandiram para além desta reivindicação.

Desde junho de 2013 muitos brasileiros redescobriram as ruas como um espaço de fazer política e de lutar por seus direitos. Houve, ao mesmo tempo, o surgimento dos movimentos conservadores e de novas formas de manifestação e de organização com pautas nitidamente progressistas, trazendo à tona palavras de ordem de combate às opressões e que revelaram uma geração de jovens que não aceitam o retrocesso. (SAMPAIO, 2016, p. 125).

Havia naquele momento um descontentamento com a gestão de Dilma, e as pessoas iam às ruas para manifestar em favor de investimentos na educação e na saúde, por exemplo. Esse período ficou conhecido como Jornadas de Junho; é interessante frisar que o público que participava dessas manifestações era a princípio um público plural, bem diferente do que temos hoje, onde fica nítido o direcionamento político das manifestações que vêm ocorrendo no país desde 2015, pra ser mais exato.

É preciso ter cuidados com essa associação direta. Em primeiro lugar, porque desconsidera as diferenças no perfil social dos manifestantes. Embora heterogêneas do ponto de vista da composição social, como todas as grandes manifestações multitudinárias, as “Jornadas de Junho” representaram a ida às ruas de uma maioria de trabalhadores (jovens) com renda na faixa de um a cinco salários-mínimos. (MATTOS, 2016, p. 94).

Assim, observa-se um público homogêneo nas manifestações de 2013, mas não podemos negar naquele momento encontrava-se o pontapé que a direita precisava para ganhar bases e aliados para construir uma ofensiva contra o Governo de Dilma e, assim, tentar barrar mais uma eleição de um candidato do PT.

A direita brasileira encontrou bases para expandir a sua ideologia de classe. Assim, naquele cenário de manifestações, agora com um caráter partidário, a direita passa apoiar e financiar grupos que levantavam bandeiras contra a corrupção, anti-petismo, anti-esquerda, como exemplo: o MBL e os revoltados online.

Segundo Hoeveler (2016), a organização transnacional Atlas Network²¹ financia grupos que tem princípios ligados à defesa de políticas benéficas ao mercado. Pessoas pertencentes a esses grupos recebem um tipo de treinamento ou curso em prol da defesa de uma política neoliberal. Assim, esses grupos tem o objetivo de espalhar essa ideologia entre seus simpatizantes.

O Atlas Network atua basicamente como fomentador, financeiro e intelectual, de entidades que têm como princípio a defesa de “políticas públicas orientadas para o mercado” [...] No Brasil, há nove entidades ligadas ao Atlas Network. É, fato, portanto, que esse instituto é um elemento comum da conexão transnacional dessas entidades que, na prática, conformam um mesmo “partido”. “Muitos membros do Movimento Brasil Livre passaram pelo programa de treinamento do Atlas Network, a Atlas

²¹ Pra um melhor entendimento sugere-se ler o texto “A direita transnacional em perspectiva histórica: o sentido da “nova direita” brasileira” de Rejane Hoeveler no Livro A onda conservadora: ensaio sobre os atuais tempos sombrios no Brasil.

Leadership Academy, e estão agora aplicando o que aprenderam no solo em que vivem e trabalham [...]” (HOEVELER, 2016, p. 87).

Dessa forma, diversos grupos de direita, que ganham as ruas a partir de 2013, vão ter o apoio de entidades ligadas à defesa de um projeto conservador, como empresários, a grande mídia burguesa brasileira e a burguesia internacional. Tudo no intuito de barrar a eleição de Dilma. Entretanto, não vencendo a eleição de 2014, elege-se Dilma Rousseff, que derrota o então candidato da direita, Aécio Neves.

Dilma assume o Governo em meio a uma crise no país e, as medidas de ajuste fiscal não possibilitaram o retorno do crescimento econômico, gerando o aumento do desemprego. O governo, para conter a crise, acaba assumindo medidas de ajuste fiscal que vão a desencontro às promessas assumidas durante as eleições de 2014.

[...] após as eleições, ficou cada vez mais evidente que as promessas da campanha de Dilma de preservar direitos dos trabalhadores, evitar o caminho das privatizações e manter o baixo nível de desemprego por meio de políticas de estímulo à produção eram apenas o que eram: promessas de campanha. A manifestação mais acentuada dos efeitos da crise econômica internacional sobre o país gerou uma resposta pós-eleitoral conservadora e ortodoxa do governo reeleito, com a adoção das internacionalmente conhecidas medidas de “austeridade”. Os cortes do orçamento público nas áreas sociais – especialmente na Educação – e a retirada de direitos relativos ao seguro-desemprego e pensões de viúvas foram as primeiras indicações de que mais uma vez a conta da crise deveria ser paga pelos trabalhadores. (MATTOS, 2016, p. 98).

Diante desse cenário de crise, o governo Dilma anunciou um pacote de medidas que beneficiava os interesses da burguesia.

Na surdina da noite, o governo Dilma, em dezembro de 2014, editou medidas provisórias que posteriormente viraram leis e que tinham como elementos centrais a redução da aquisição de direitos ofertados pela previdência pública, assim como a diminuição e a restrição dos recursos de benefícios, num total ataque àqueles que mais dependem dessa política, no caso, dos(as) trabalhadoras(as), sinalizando de alguma maneira a “necessidade” de se alterar a idade mínima para aposentadoria com modificações nas regras para trabalhadores(as) rurais e pensão por morte [...]. (CASTILHO; GOMES; LEMOS, 2017, p. 455).

Porém, a então presidenta não conseguiu acalmar os ânimos de uma burguesia que não tinha mais interesse em um projeto de governo ligado à conciliação de classes, por mais que eram eles os mais favorecidos. A burguesia defendia a radicalização do modelo neoliberal:

Estes agora precisavam de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital. O pacto de classes já não mais prestava. (Braz, 2017, p. 87 - 88).

Além de ter a elite contra o seu governo, Dilma acaba perdendo a confiança e apoio de parte dos trabalhadores com a edição dessas medidas e, com o cenário de crise econômica, que rebatia, principalmente, nos menos favorecidos. Pois era sob eles que a crise estava incidindo de forma aprofundada.

E é nesse cenário de descontentamento com o governo, que emergiu o que foi chamado por intelectuais de “onda conservadora”. A direita volta às ruas em 2015 de forma mais incisiva contra o Governo Dilma. As manifestações ocorridas nesse ano tinha um caráter ideológico, carregava bandeiras bem claras, tinha uma classe social que dizia lutar em favor da família tradicional brasileira, contra corrupção, contra o comunismo, mas o medo era de perder seus privilégios e sua hegemonia de classe dominante. A direita brasileira, com seus traços conservadores, nunca aceitou um governo com características populares, como era o caso do PT, e viu naquela conjuntura um cenário ideal para expressar o seu ódio ao PT, à esquerda, às suas bandeiras e à classe trabalhadora.

A intolerância de nossas classes dominantes não é um fenômeno conjuntural. Historicamente elas sempre foram muito avessas a avanços sociais, mesmo aqueles que não comprometem os seus interesses econômicos. A nossa formação social nos legou uma classe dominante preconceituosa, mesquinha, egoísta, antidemocrática e violenta. Os traços herdados da escravidão constituíram marcas indelévels em seu comportamento. A intolerância se volta com frequência contra os negros, ainda mais quando eles experimentam alguma mobilidade social, mesmo que pequena e intraclasses. Mas essa intolerância racista é também, fundamentalmente, classista. No Brasil, os ricos e seus sócios menores das camadas médias odeiam pobres. (BRAZ, 2017, p. 101-102).

Assim, o que se desenhava naquele momento era a volta de um perfil de brasileiro que nunca deixou de existir, o brasileiro conservador, intolerante e preconceituoso, que defende a família e ama sua pátria, mas que na realidade só deseja manter seus privilégios de classe; nunca aceitou que a classe trabalhadora, que ele tanto despreza, tivesse acesso aos mesmos bens e serviços que eles.

Um novo modo de vida foi firmado, no qual a competição e o individualismo passaram a ser os valores preponderante a partir dos quais as pessoas atribuíam sentidos às práticas sociais. O darwinismo social, uma

ideologia que muitos consideravam confinada ao século XIX, ressurgiu com força, lado a lado com a defesa estridente da meritocracia. Junto com esses valores e essa ideologia espalharam-se desavergonhadamente os discursos homofóbicos, machistas, racistas, autoritários e elitistas, as manifestações mais abjetas de uma visão de um mundo hierárquica e preconceituosa que expressa as profundas clivagens sociais existentes em nossa sociedade. (BIANCHI, 2016, p.122).

Diante de toda essa conjuntura de manifestações e tensões sociais, em dezembro de 2015 se inicia a abertura do processo de impeachment de Dilma Rousseff, que tem sua conclusão em agosto de 2016, pondo fim ao mandato da então presidenta eleita democraticamente. Como bem salienta Braz (2017), o processo de impeachment seria uma “farsa parlamentar”:

A farsa evidenciou-se na peça jurídica que embasou o processo de impedimento da presidente, claramente forjada para tornar “crime de responsabilidade” alguns atos de governo (créditos suplementares envolvendo instituições do Estado) praticados na gestão. Tratou-se de uma operação claramente política voltada, exclusivamente, para suspender o mandato de Dilma Rousseff. (BRAZ, 2017, p.88).

E, esse desejo de suspender o mandato da então presidenta contou com o apoio do judiciário, políticos ligados à direita e extrema direita, militares, grandes empresários, a mídia brasileira e o capital. O Impeachment foi usando como ferramenta para retirar Dilma, pois o seu governo não mais agradava, principalmente ao grande capital (BRAZ, 2017).

Não achamos que isso se constituiu num golpe clássico, uma vez que se desenvolve sem rupturas institucionais significativas. Ao contrário, ocorre dentro do funcionamento regular das instituições democráticas burguesas, ou seja, com o aval da Justiça e do Legislativo. O impeachment vem se constituindo recentemente, em especial na América Latina, numa forma “democrática” de depor governos que, embora já tenham servido aos interesses do grande capital, já não servem ou os contrariam em alguma medida. (BRAZ, 2017, P. 89).

Com a retirada da representatividade do poder da presidenta Dilma, quem assume o cargo é o então vice-presidente Michel Temer, filiado ao MDB, que vai tentar por em curso um plano de governo com características que intensificam a retirada de direitos da classe trabalhadora e aprofundam o ajuste fiscal. Isso se torna evidente através do documento “Ponte para o Futuro” lançada pelo, na época ainda, PMDB.

Se olharmos atentamente para o documento “Uma ponte para o futuro” (que é mesmo uma ponte para a barbárie...) e também para o primeiro discurso

oficial de Temer [...] em que assumiu a interinidade, veremos que há três linhas prioritárias que eles apontam: “ordem e progresso”; “privatizar tudo o que for possível”; implementar uma tal “democracia da eficiência”. Sabemos que, em síntese, essas três linhas de prioridade deverão colocar em ação medidas políticas e institucionais que combinem um quadro paradisíaco para o capital: maior repressão sobre os trabalhadores e melhores condições para a acumulação capitalista. (BRAZ, 2017, p. 95 - 96).

O governo de Temer vai ser marcado por medidas em prol do capital, em detrimento de direitos que a classe trabalhadora conquistou através de luta na história desse país. São sucessivos desmontes que o governo de Temer efetua, afetando diretamente a classe trabalhadora.

Sob o pretexto de que “um novo regime fiscal requer um novo regime orçamentário”, o programa de Temer fala claramente em acabar com a obrigatoriedade constitucional dos gastos com educação e saúde, o que significa menos escolas e creches e menos verbas para as universidades públicas e para valorização dos professores em todos os níveis. Significa também a impossibilidade de terminar e aprimorar a construção do SUS, o fundamental e civilizatório Sistema Único de Saúde do Brasil (o ministro da saúde de Temer já disse, aliás, num arroubo de sinceridade, que o SUS não pode ser para todos). (PAULANI, 2016, p. 64).

Podemos citar ao menos três medidas desse governo que afetam diretamente a vida da classe trabalhadora, como a Emenda Constitucional nº 95²², de 15 de dezembro de 2016, conhecida como a lei do teto de gastos para áreas como saúde, educação, segurança pública e assistência social; a Lei nº 13.467²³, de 13 de julho de 2017, a Lei da reforma trabalhista que, na verdade, consiste em uma contrarreforma para os trabalhadores, pois entendemos que falar em reforma é falar em algo benéfico para alguém ou para algum grupo, e a reforma trabalhista não trouxe nenhum avanço para os trabalhadores, mas, sim, para os seus patrões, pois tornou a lei trabalhista mais flexível e; a Lei nº 13.429²⁴, de 31 de março de 2017, a da terceirização que vai submeter trabalhadores a vínculos empregatícios ainda mais precários.

O governo Temer, aliado ao congresso, prezou pela defesa de seus privilégios e dos interesses do capital externo favorecendo países estrangeiros, em detrimento do nosso, o famoso “entreguismo”, como aconteceu na era FHC. O Brasil com Temer, reabre portas para velhos traços do passado, de um país “bajulador” de países imperialistas. E isso se torna mais evidente com a “entrega” do pré-sal²⁵ para multinacionais estrangeiras.

²² Para consultar a emenda nº 95/16 acessar: <https://bit.ly/2IGL90C>

²³ Para consultar a Lei nº 13.467/17 acessar: <https://bit.ly/2Bm6IqI>

²⁴ Para consultar a lei nº 13.429/17 acessar: <https://bit.ly/2FewjZM>

²⁵ Ver reportagem sobre a entrega do pré-sal brasileiro em: <https://bit.ly/2FeF5ox>

[...] nossa história também registra um enorme fracasso: esse povo, a imensa maioria, não assumiu até hoje o controle de sua Nação. O estatuto colonial originário transmutou-se em dependência externa e o escravismo prolongado, em gigantescas desigualdades sociais. Ao longo da história, governado por uma elite que nunca se identificou com seu povo, tampouco se sentiu nacional, o Brasil mudou, mas sempre de forma a conservar relações com o passado. (REQUIÃO, 2016, p. 82).

Nesse cenário de retrocessos, um dos campos que vai sofrer com as medidas desse governo é o da Saúde Mental. Aprofunda-se no governo Temer uma onda de retrocessos na política de saúde mental, política essa que a reforma psiquiátrica lutou duramente para construir e, os traços conservadores voltam a fazer parte dessa política. No governo Dilma, presenciamos um fortalecimento em investimento em comunidades terapêuticas, que vai ganhar mais força a partir do governo Temer.

Sabemos que a aprovação da Lei Paulo Delgado, foi um avanço para a saúde mental, mas, contraditoriamente, alguns encaixes travam o avanço dessa lei, como uma expressiva presença das comunidades terapêuticas que se assemelham aos hospitais psiquiátricos; ou os serviços substitutivos que foram ampliados, mas em condições nem sempre eram adequadas, como a questão de serem em casas alugadas, sem estrutura para comportar o que o equipamento exige, além de outros fatores, como equipes técnicas incompletas.

No quadro a seguir, serão exemplificadas as medidas dos últimos três governos, Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Bolsonaro, que evidenciam o retrocesso na Política de Saúde Mental, especialmente nos governos de Temer e Bolsonaro. Não que o governo de Dilma tenha apenas avanços para a Política de Saúde Mental, pelo contrário é no governo dela que cria-se a regulamentação das comunidades terapêuticas. E o próprio CFESS emite uma nota pública que deixa claro seu posicionamento com relação à regulamentação das comunidades terapêuticas, onde diz:

[...] 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 (Lei da Reforma Psiquiátrica). (CFESS, 2014, p.1).

E reiteram que:

[...] que é de nosso conhecimento que as comunidades terapêuticas existem desde 1980 e vêm prestando auxílio às pessoas que buscam este tipo de tratamento. Contudo, acreditamos que não é dever do poder público financiar estes serviços e sim reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pública, garantindo um atendimento digno à população. Portanto, na nossa concepção, regulamentar as comunidades terapêuticas, destinando-lhes financiamento público, consiste em um retrocesso no atendimento prestado às pessoas que consomem drogas abusivamente ou dela são dependentes e que demandam tratamento. (CFESS, 2014, p. 11 - 12).

Porém, a partir de 2017, há um aprofundamento da vertente privatista e do terceiro setor na saúde mental e, um desmonte completo da Reforma Psiquiátrica no cuidado e na integralidade dos serviços. Retorna um modelo de Saúde Mental baseado na internação, realizadas, em muitas situações, nas comunidades terapêuticas, violando o direito dos usuários. Um retorno à higiene social e à culpabilização dos indivíduos. Como observamos no quadro a seguir contendo algumas medidas desses governos.

**Quadro 1 – Principais medidas governamentais no tocante à Saúde Mental no Brasil
Algumas medidas dos Governos Federais entre os anos de 2011 até início de 2019**

Governo Dilma	Governo Temer	Governo Bolsonaro
<ul style="list-style-type: none"> - Portaria GM/MS nº 3088 de 23/12/11 – Portaria da RAPS; - Portaria GM/MS nº 3089 de 23/12/11 – Novo financiamento dos CAPS; - Portaria GM/MS nº 3090 de 23/12/11 – Serviço Residencial Terapêutico; - Portaria GM/MS nº 130 de 26/01/12 – CAPS ad III; - Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12 – Unidade de Acolhimento (UA); - Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12 – Comunidade Terapêutica; - Portaria GM/SM nº 132 de 26/01/12 – Geração de Trabalho e Renda; - Portaria GM/SM nº 148 de 31/01/12 – Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; - Publicação de Editais específicos para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. (Edital nº 8, nº 9 e nº 11/2012); - Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013 – Incentivo financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução nº 32, DE 14 DE dezembro de 2017 Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); - Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 – Altera a configuração da RAPS; - Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017 – Incentivo ao financiamento de Comunidades Terapêuticas; - Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018 - reajuste no valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias; - Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018 - Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da 	<ul style="list-style-type: none"> - Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS – Esclarece sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; - Decreto nº 9.761/2019, que aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD; - Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 – Internamento compulsório de usuários de psicoativos lícitos e ilícitos.

de investimento para construção de CAPS e UA;	sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.	
---	---	--

Fonte: Elaboração da autora, 2019.

Durante o primeiro mandato do Governo Dilma houve um avanço na tentativa de consolidar a Reforma Psiquiátrica e, assim, atender o processo de lutas que vinham sendo travadas desde a metade da década de 1970 no Brasil. A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da portaria nº 3088 de 23/12/2011, presente no quadro 1, foi um marco e um ganho nesse processo de desinstitucionalização do modelo hospitalocêntrico. A RAPS desempenha um trabalho que preza pelo fortalecimento de uma rede integrada de Saúde Mental, um modelo que possa atender o usuário em sua integralidade, de forma a garantir um atendimento mais humanitário em todos os dispositivos que compõe a rede.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, s/p).

Pode-se dizer que a RAPS é um modelo de atenção inclusivo tal como expresso na portaria ministerial nº 3.088 onde se encontra que:

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As diretrizes presentes nessa portaria que institui a RAPS demonstra uma estrutura que visa, de fato, a inclusão dessas pessoas em sofrimento psíquico na convivência em sociedade e a garantia dos seus direitos. Os componentes que constituem a Rede de Atendimento em Saúde Mental – como a atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial –, deixam nítidos que os cuidados com pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuários de psicoativos vão além da internação e medicalização em hospitais psiquiátricos.

Quadro 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades,
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa; • Programa de Desinstitucionalização.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Significa compreender também que a internação nem sempre é o melhor caminho para o tratamento dessas pessoas, que existem outras ferramentas, outras formas de tratamentos que não os segregues, que não os tire da convivência comunitária e familiar. Assim, a Rede de Atenção Psicossocial lhes garantiria uma melhor forma de acompanhamento onde suas necessidades sejam atendidas de forma digna. E o RAPS trouxe consigo o investimento na ampliação e criação de novas modalidades de CAPS, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, para assim melhor atender as necessidades desses usuários.

Como mostra o quadro 1 durante o Governo Dilma houve investimento na tentativa de consolidação da RAPS e assim de uma reestruturação na atenção a saúde de pessoas com transtorno mental e usuários que fazem uso abusivo de psicoativos lícitos e ilícitos. Podemos perceber isso por meio das portarias do Ministério da Saúde dispostas no quadro 3 abaixo:

Quadro 3 – Portarias que refletem o investimento em saúde no Governo Dilma

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). O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição.
Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal

	para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaboração da autora baseada na redação das citadas Portarias do Ministério da Saúde, 2019.

Apesar disso, as ações do Governo Dilma não se traduziram apenas em avanços para a Política de Saúde Mental. A Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 deixa isso nítido quando se estabelece o repasse de custeio para comunidades terapêuticas, sendo que na própria RAPS há equipamentos, como as Unidades de Acolhimento e os CAPS AD que são próprios para o tratamento dessas pessoas. Entretanto, é inegável que algo positivo começava a surgir a partir de algumas medidas do seu governo, como o investimento em novos equipamentos substitutivos.

No entanto, ao assumir a presidência, Michel Temer inicia um retrocesso na Política de Saúde Mental, com a valorização da internação a partir da Portaria nº 2.434/18 (vide quadro 1) que aumenta o repasse para internações por mais de 90 dias, isso faz com que ocorra a indução de longas internações, indo totalmente em descontrao ao que a própria RAPS defende, assim fica nítido o viés de tentativa de desconfiguração da rede.

Destacamos também a Portaria interministerial nº 2 de 2017 que incentiva o financiamento de comunidades terapêuticas que possuem, em sua maioria, traços religiosos no tratamento, o que acaba por ferir a laicidade do Estado. O investimento em comunidades terapêuticas fortalece um modelo de Saúde Mental baseado no conservadorismo e ajustamento moral dos indivíduos, culpabilizando-os; ao mesmo tempo em que transfere a responsabilidade do Estado para sociedade civil, pois essas comunidades são oriundas do terceiro setor.

E, é em meio a esse cenário de retrocessos que Jair Bolsonaro assume a presidência da república. Ele apresenta um perfil conservador e reacionário, tendo seus ideais bem alinhados aos discursos da extrema direita; fato perceptível em seus frequentes ataques às minorias. O atual presidente mostra, em seus primeiros decretos, a intenção de dar continuidade ao desmonte que Temer já vinha executando na Política de Saúde Mental e, também na Política Nacional Sobre Drogas. Essa continuidade no desmonte fica explícito na nota técnica nº 11/2019 que mostra mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Em relação à Saúde Mental, a matéria do jornal Brasil de Fato²⁶ sobre a nota técnica nº 11/2019, deixa evidente o caminho que o governo atual pretender seguir quando eles relatam que:

A nota técnica do Ministério da Saúde, divulgada na última quarta-feira (6), reorientou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Entre as alterações, também constam a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia – eletrochoques – para o Sistema Único de Saúde (SUS), internação de crianças em hospitais psiquiátricos e abstinência para o tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. (JORNAL BRASIL DE FATO, 2019, s/p).

E, segundo o mesmo jornal ao consultar especialistas, os mesmos afirmam que tal nota evidencia o desmonte, tanto na Política de Drogas como na Política de Saúde Mental, com o incentivo à hospitalização. Segundo a matéria do jornal:

Na avaliação da psicóloga Lumena Almeida Castro Furtado, que trabalha há 30 anos com saúde pública e é professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a nota técnica consolida portarias e resoluções que vinham sendo publicadas desde o final de dezembro de 2017, de maneira menos explícita. Ou seja, altera radicalmente a proposta de cuidado psicossocial, tanto para saúde mental quanto para álcool e drogas, que vinha sendo adotada até o golpe de 2016. "Essas portarias e resoluções e, portanto, a nota técnica que é consequência delas fere a Lei 10. 216, que fala claramente que a internação em qualquer de suas modalidades no artigo 4º só

²⁶ Para ler a matéria completa acessar: <https://bit.ly/2Tc1Ddy>

será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes", ressalta. (JORNAL BRASIL DE FATO, 2019, s/p).

O então presidente da república assina o decreto nº 9.761/2019, que aprova a Nova Política Nacional Sobre Drogas – PNAD. Esta deveria ser uma política que visa à redução de danos, medida essa bem vista por vários profissionais e entidades da área, porém passam a consistir em uma política pautada na promoção da abstinência; vale destacar que a promoção da abstinência é uma forma de tratamento presente nas comunidades terapêuticas.

Segundo matéria do jornal O Globo²⁷, as supracitadas comunidades terapêuticas vão receber um investimento de R\$153,7 milhões do governo Bolsonaro; quase o mesmo montante destinado aos CAPS. O investimento do governo Bolsonaro nestas instituições de caráter religioso é exemplo da influência do conservadorismo sob o tratamento de dependentes químicos; é tratar a doença, a dependência, sob o viés da religiosidade, como se ela decorresse da “falta de Deus”. E, a sua última medida concernente às políticas sobre drogas, no decorrer dessa pesquisa, foi a sanção da Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que autoriza a internação de maneira compulsória de pessoas que fazem o uso abusivo de psicoativos lícitos e ilícitos.

O CFESS emitiu uma nota repudiando a aprovação dessa lei e do incentivo, por parte do governo federal, às comunidades terapêuticas. A nota ressalta:

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) teve ciência de que o governo federal sancionou a Lei nº 13.840/2019, que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso ou abuso de álcool e outras drogas, sem a necessidade de autorização judicial. O Conselho verificou ainda que a lei também inclui, no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), as comunidades terapêuticas acolhedoras. O CFESS não concorda com o financiamento das comunidades terapêuticas, porque não há comprovação da eficácia destas instituições no tratamento. Além disso, estas instituições nem podem ser consideradas como unidades de saúde. Outra questão, não menos importante, diz respeito às várias denúncias de maus-tratos e infração dos direitos humanos, que envolvem estas instituições, inclusive denúncias de trabalho escravo, pois muitos usuários internados precisam trabalhar para pagar sua estadia. [...] por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua. Nesses espaços, as pessoas podem ser acompanhadas ambulatoriamente, para tratar as questões de saúde decorrentes do uso de drogas e, quando necessário, são encaminhadas para a internação. (CFESS, 2019, s/p).

²⁷ Matéria disponível em: <https://glo.bo/2KpvpLY>

Como citado anteriormente, os defensores do conservadorismo no século XVIII não queriam romper com o avanço do capitalismo, mas, sim, manter as estruturas que antes existiam, como a igreja. E a partir do momento que o governo investe parte dos recursos públicos para a ampliação de comunidades terapêuticas, ele volta a fortalecer o discurso de que a religião é o tratamento para pessoas com dependência química por meio de um transtorno mental.

Os interesses em torno dessas medidas também são financeiros, pois ao incentivar o aumento de leitos em hospitais acaba por fortalecer a lógica do capital, pois esses leitos estão alocados também em hospitais privados; além da questão da medicalização que está presente em hospitais psiquiátricos. A saúde está no mercado e, enquanto uma mercadoria, tem sido um campo lucrativo para o investimento dos setores privados.

Os questionamentos levantados ao longo desse estudo expressam que, com essas medidas, presenciamos um retorno ao modelo de tratamento às pessoas com transtorno mental nos moldes dos séculos XIX e XX, cujo tratamento para “loucura” era baseado em atuações profissionais disciplinadoras e ajustadoras, como aconteceu no Hospital Psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais.

Sendo assim, com os desmontes adotados pelo atual governo e, baseando-se no avanço do conservadorismo, apontamos como resultados dessa pesquisa uma tendência ao aprofundamento da compreensão da Saúde Mental enquanto questão moral e religiosa, no qual os indivíduos precisam ser “disciplinados” para viver em sociedade.

Essas mudanças tanto na Política de Saúde Mental, por meio do desmonte da RAPS, quanto na Política Nacional Sobre Drogas, vão demandar um perfil profissional conservador baseado no aconselhamento e no ajustamento dos indivíduos. Uma demanda de perfil profissional, que no caso do serviço social, é contrária ao Projeto Ético-Político e ao compromisso da profissão com a emancipação dos sujeitos sociais.

Sendo assim, os desmontes dessas políticas inflexionam o Serviço Social e impõe limites para sua atuação profissional. Além disso, esses avanços no conservadorismo proporcionam a efervescência de correntes teóricas e atuações práticas que estiveram presentes no Serviço Social Tradicional. São sobre os desafios, limites e possibilidade que essa conjuntura proporciona para o Serviço Social que o tópico posterior versará.

4.2 DESAFIOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ATUAL CONJUNTURA

O Serviço Social, segundo Iamamoto (2014), faz parte da divisão social do trabalho e, vários fatores vão influenciar o trabalho dos/as Assistentes Sociais; fatores estes internos e externos à profissão. O desenvolvimento do trabalho desse profissional depende do local da sua atuação, pois esse fator será determinante para ele exercer sua função com todos os limites e possibilidades a ele postos. No campo da Saúde Mental, sua atuação pode ser desenvolvida em aparelhos substitutos de modelos manicomiais, como CAPS, Residências Terapêuticas ou em Hospitais Psiquiátricas que podem ter uma visão e um modelo de tratar seus pacientes no modelo, que consideramos conservador.

É importante observar que o trabalho do assistente social se desenvolve em um contexto social, em que, podem ser identificadas possibilidades, tanto para o fortalecimento da profissão no desenvolvimento de suas atribuições e competências visando uma prática transformadora, como também pode ser um espaço de deslegitimação do trabalho profissional ao apenas reduzir sua atuação a ações pragmáticas ou fragmentadas. Cabe lembrar que o trabalho do assistente social é compreendido como trabalho coletivo, mas não deixa de possuir suas particularidades. (COUTINHO; SANTOS, 2016, p. 95).

Outro fator que também implicará na sua atuação é a forma como se estabelecerá sua relação com a equipe multiprofissional, se existe a questão da hierarquia. O Serviço Social é uma profissão generalista e, durante a graduação, o estudante é formado para lidar de forma crítica com as várias expressões da questão social que incidem na vida dos seus usuários e isso independe do local ou política que ele está atuando.

Assim, a Saúde Mental é um espaço de atuação, onde o seu papel é mais difícil de ser compreendido por outros profissionais, como os da psicologia e psiquiatria, por serem profissionais que trabalham mais a questão subjetividade das pessoas e; o Serviço Social, nas suas competências, não forma o profissional para trabalhar a subjetividade de seus usuários. O Assistente Social tem que exercer suas atribuições baseado no Projeto Ético-Político e seu Código de Ética para não desviar de suas funções, evitando tomar para si funções ligadas à uma atuação psíquica ou meramente burocrática.

Ressalva-se que na Saúde Mental, como em qualquer outra clínica, o assistente social necessita se apropriar de conhecimentos psicopatológicos, psicofarmacológicos e de determinados “jargões”. Conhecer as várias lutas

interteóricas e clínicas, em disputa no campo, até para poder dialogar com a equipe, mas sem se subalternizar a esses saberes ou a seus profissionais, como, às vezes, se observa, quando um assistente social adota terminologia específica de outras profissões para processar seus registros profissionais, fato que ainda acontece sobremaneira pelo uso acrítico de termos como “anamnese” social, “embotamento”, dentre outros. (LUSTOSA; ROSA, 2012, p. 31).

Sabemos que, por mais que conste no Código de Ética do Assistente Social, o direito de exercer seu ofício de maneira autônoma, isso dificilmente ocorre. O/a Assistente Social não detém os meios de produção para realizar o seu trabalho e, precisa de uma estrutura e de condições de trabalho que lhe são, ou deveriam ser, fornecidas pelo órgão que o emprega. Outros fatores também incidem na sua atuação, como a maneira que o Estado lida com as políticas sociais, por exemplo. Se é um Estado que investe em políticas e programas que trabalham no combate às expressões da questão social, ou se é um Estado neoliberal que prefere passar essa responsabilidade para a sociedade civil por meio de ONG's do terceiro setor.

Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo. Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado. Em outros termos, parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários ao exercício desse trabalho são fornecidos pelas entidades empregadoras. Portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira. (IAMAMOTO, 2000, p. 63).

Dessa maneira, o/a Assistente Social detém uma autonomia relativa que deve ser defendida e lembrada perante outros profissionais e chefias, para que sua atuação não se limite ainda mais. No campo da Saúde Mental, por exemplo, há uma atuação psicologizante ou meramente burocrática.

[...] o Serviço Social dispõe de algumas características típicas de uma profissão liberal: a existência de uma relativa autonomia, por parte do assistente social, quanto à forma de condução de seu atendimento junto a indivíduos e/ou grupos sociais com os quais trabalha, o que requer o compromisso com valores e princípios éticos norteadores da ação profissional, explicitados no Código de Ética Profissional. (IAMAMOTO, 2000, p. 96).

Por não dispor dos meios de produção e, assim, precisar vender a sua força de trabalho, o/a Assistente Social, por vezes, acaba se submetendo às imposições do seu órgão empregador. É nessa relação se expressa o limite de sua autonomia, o profissional do Serviço Social tem que seguir determinadas exigências que estão presentes em diretrizes ou políticas da instituição na qual ele trabalha. (IAMAMOTO, 2000). E, aliado a essa autonomia relativa, observamos ainda questões ligadas as desmontes de políticas e programas que rebatem no trabalho de Assistentes Sociais atuantes dessas áreas.

Tais contornos vão exigir do assistente social trabalho em equipe, pelo menos multiprofissional, e criatividade, num contexto de desencanto, que se intensifica pelo baixo investimento no Sistema Único de Saúde, dado o avanço do ideário neoliberal, com as crescentes privatizações, retração de direitos sociais e baixo investimento em uma cultura pública democrática, observada na crescente procura pelos planos privados de saúde e parca luta coletiva em torno dos serviços públicos de saúde e educação. (LUSTOSA; ROSA, 2012, p. 31).

Percebemos que o campo da Saúde Mental traz desafios para o Serviço Social enquanto profissão, como as más condições de trabalho; a questão do saber médico, onde a psiquiatria e a psicologia tem certa dominância nessa área, o que pode ocasionar numa correlação de forças não favorável; a questão de salário, pois a categoria de Serviço Social ainda não conseguiu aprovar o seu piso salarial; a falta de concursos públicos, é fácil encontrar Assistentes Sociais que trabalhem em CAPS que são empregados por contratos temporários; entre outros entraves que cercam a sua atuação.

Como visto no tópico anterior, há na atual conjuntura uma sequência de desmontes tanto na Política de Saúde Mental, como na Política Sobre Drogas e, isso influencia na atuação do/a Assistente Social. Atrelado a isso, verifica-se uma retomada de correntes teóricas ligadas a um Serviço Social Tradicional na atuação de alguns profissionais através do Serviço Social Clínico.

A defesa de uma atuação na qual o/a Assistente Social trabalharia com a psique dos usuários vai à contramão da própria Lei de Regulamentação Profissional, que dispõe em nos itens de seu artigo 4º, as competências do/a Assistente Social e dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, 1993).

Já os parâmetros trazem que as principais atividades a serem desenvolvidas por esses profissionais, entre elas:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- [...] Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- [...] Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;

- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. (CFESS/CRESS, 2010, p. 44 – 45).

Dessa maneira, nem a Lei nº 8662/93 nem os parâmetros preveem qualquer atuação clínica ou de terapia familiar. Assim, uma atuação com esse viés tem fortes traços de um Serviço Social conservador e o cenário político e social da atual conjuntura abre espaço para isso, seja pelo retrocesso na Política de Saúde Mental – onde, talvez, um perfil de Assistente Social clínico seja “necessário” para legitimar o modelo de cuidado defendido por políticas de cunho neoliberal –, seja pelo momento de reestruturação produtiva, em que o neoliberalismo deixa fortes marcas na precarização do trabalho, afetando a atuação de vários profissionais. Além dos vários desmontes que vêm acontecendo na educação, causando um crescimento cada vez maior do ensino à distância que dificulta uma formação mais crítica e, acaba formando profissionais com pouco arcabouço teórico que, muitas vezes, atuam numa perspectiva pragmática.

Desta análise da política não pode escapar os efeitos da sistemática precarização dos vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde mental. A multiplicidade de vínculos (servidores públicos, terceirizados, contratados por ONGs, cooperativados, voluntários...) compromete a organização dos trabalhadores, impactando a equidade de direitos e a democratização das relações com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interdisciplinares. A flexibilização dos direitos trabalhistas provoca um desnivelamento no que se refere à estabilidade no emprego, carga horária, salário, mobilidade na carreira — como resultantes, pode-se apontar a rotatividade dos trabalhadores, acúmulo de empregos, desinvestimento em educação continuada e na produção de novas tecnologias, entre outros. (ROBAINA, 2010, p. 5).

Esse perfil acrítico na profissão acaba por desarticular as três dimensões da profissão: a teórico-metodológica; ético-política e técnico-operativa, que são imprescindíveis para a sua atuação; em que a ético-política vai corresponder aos valores que norteiam a profissão, na qual assumimos um posicionamento político que leva em consideração a realidade social desses indivíduos/famílias; a teórico-metodológica prescinde que o profissional de Serviço Social necessita de embasamento teórico para que o mesmo faça uma análise mais aprofundada acerca dos seus usuários e das demandas postas a eles, fugindo assim, da forma aparente de conceber a realidade e; a técnico-operativa diz respeito às “habilidades” e técnicas para o atendimento das demandas postas pelos usuários.

Sendo assim, a atual conjuntura nos apresenta um modelo de Estado que fortalece o desmonte da Reforma Psiquiátrica, defendendo um projeto que visa à medicalização e a internação como tratamento. Um Estado neoliberal que, ao defender uma Política de Saúde Mental ligada só aos aspectos da subjetividade do sujeito, deixa de lado toda a dimensão social que o cerca e, isso acaba o excluindo socialmente. (ALMEIDA et al, 2017).

O retrocesso é cada vez maior e mais grave na Saúde Mental, onde quem sofre com esses desmontes é, também, o próprio usuário, que volta a ser culpabilizado por sua doença e tem como tratamento, no caso dos usuários de psicoativos lícitos e ilícitos, a abstinência e a internação compulsória. Esses usuários, por lei, deveriam ser alvo de melhorias em sua condição de vida e não o contrário, mas o que vale é agradar o capital e a saúde é um campo propício para isso.

Porém é neste conhecimento que está a garantia de uma análise crítica acerca dos retrocessos e limites postos à então “reforma psiquiátrica”, e cite-se também, a brusca redução dos repasses públicos para manutenção dos CAPS e a lenta alocação de leitos em hospitais gerais para leitos psiquiátricos. Logo, soma-se um “jogo” de poder econômico – devido à crescente mercantilização da saúde no Brasil – ao árduo fardo que o estigma em ser portador de sofrimento psíquico lhe atribui. (BREDOW; DRAVANZ ,2010, p. 235).

Diante de tudo isso, o profissional de Serviço Social vai se deparar com diversos desafios ao compor uma equipe de Saúde Mental. Desafios esses, como citado anteriormente, que em alguns momentos vão para além do seu exercício ou de sua formação, por mais completa que ela seja. Para, além disso, ainda destacamos as questões do cenário político, as políticas de Estado, os investimentos ou cortes na Política de Saúde Mental.

Porém, a sua presença nessa política tem fundamental importância, pois é o/a Assistente Social que enxerga esse sujeito com transtorno mental ou dependência química para além da sua doença, é ele que tende a enxergar os determinantes sociais, políticos, econômicos em torno da sua saúde e, junto com os outros profissionais irá traçar o melhor caminho para o seu tratamento.

A compreensão sobre o indivíduo em sua totalidade só é possível quando há a apreensão dos diferentes fatores que o determinam, sejam eles sociais, psíquicos, físicos, orgânicos, etc., e o trabalho na saúde mental coloca a necessidade do profissional enxergar o sujeito em suas múltiplas determinações, cuja finalidade é conhecer a demanda do usuário. No entanto é importante que o profissional tenha clareza do que compete à prática do Serviço Social e do que compete às outras profissões da equipe. Afirma-se, a necessidade enxergar o usuário como um todo para poder acionar os recursos

e os profissionais necessários ao atendimento da demanda. (COUTINHO; SANTOS, 2016, p. 101).

Assim, os limites e desafios são os mais diversos possíveis: escassez de recursos destinados para manutenção das políticas e serviços do campo da Saúde Mental, a desconfiguração do projeto de Reforma Psiquiátrica com o avanço do conservadorismo, especialmente nos últimos dois governos federais; a flexibilização, cada vez maior, dos vínculos empregatícios tornando os campos de trabalhos mais precários; o avanço de forças conservadoras; a dificuldade que muitos profissionais têm de ter uma formação continuada. As possibilidades são construídas de forma coletiva, dentro da profissão, como também junto daqueles que repudiam qualquer retrocesso na sociedade como um todo.

[...] profissionalmente, podemos aprofundar a sua crítica, criar formas de enfrentamento que enfraqueçam a sua permanência; recusar seus apelos moralistas, denunciar suas ingerências, alargando as bases democráticas e emancipatórias do nosso projeto, na luta pela hegemonia. Essas ações só ganham densidade se forem coletivamente discutidas e organizadas, se forem conscientemente objetivadas como ações políticas. (BARROCO, 2015, p. 634 - 635).

Diante do exposto, compreendemos que está em disputa um modelo de Saúde Mental baseado na expansão da iniciativa privada com o incentivo financeiro à medicação; bem como o fortalecimento do terceiro setor com a responsabilização e transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas. Por outro lado, o Estado, conduzido por uma política econômica neoliberal baseada em uma ideologia conservadora, culpabiliza os indivíduos e passa a demandar um fazer profissional do Serviço Social centrado no conselho, ajustamento, ajuda e com princípios de fé para ajudá-los moralmente.

Esse contexto, portanto, expressa um avanço de pautas morais e de valores tradicionais ao passo em que avança o processo de desmonte dos direitos sociais, esses elementos fortalecem correntes teóricas e práticas dentro do Serviço Social alicerçado no Serviço Social Tradicional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi construída tendo como objeto de estudo o campo da Saúde Mental. Foi traçado, ao longo deste, uma análise da atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental em uma conjuntura de avanço do conservadorismo. Foi, assim, desenvolvida uma pesquisa documental para tentar identificar quais elementos afirmavam um avanço do conservadorismo na Política de Saúde Mental.

Dessa maneira, a construção dos capítulos iniciou-se a partir de uma retomada histórica sobre o campo da Saúde Mental no Brasil, através da qual foi possível identificar que, durante um longo período de tempo, o tratamento que aquelas pessoas portadoras de algum transtorno mental recebiam era de marginalização, de segregação. Nota-se também que o primeiro hospital, de fato, criado para “atender e tratar” essas pessoas só foi construído em 1841 com a chegada da família real ao Brasil e; sua construção se deu sob uma ótica higienista. A elite que habitava os centros urbanos não queria ter que conviver com “os loucos maltrapilhos”. O que verificamos posteriormente é a expansão de modelos asilares, os conhecidos manicômios, que não se distanciam muito do modelo das instituições do século XIX.

A mudança no campo da Saúde Mental se dará na década de 1970, quando o país vivia a efervescência dos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país. É nesse período que surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que, insatisfeitos com as formas de tratamento que os pacientes desses manicômios recebiam, deflagraram uma greve em que denunciavam formas desumanas que essas pessoas passavam e, também reivindicaram melhores condições de trabalho e salarial. Esse é o início da construção de um movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que recebeu o apoio de familiares dos pacientes e dos próprios pacientes.

No decorrer do trabalho, é constatado que a inserção do/a Assistente Social nesse campo se dá na década de 1940, e nesse período a atuação desse profissional era de cunho psicologizante, pois a teoria que dava bases à profissão era o positivismo. Contudo, o campo da Saúde Mental se abre de fato para o Serviço Social apenas na década de 1970.

O Serviço Social e a Saúde Mental sofrem mudanças no decorrer do período ditatorial, principalmente durante o seu fim. O Serviço Social vai questionar sua atuação por meio do processo de renovação, onde o mesmo vai romper com suas bases tradicionais, rompendo assim com a teoria positivista e fenomenológica, buscando no marxismo um novo viés para profissão. No que se refere ao campo da Saúde Mental, foi se fortalecendo a ideia de

uma Reforma Psiquiátrica que pretendia reordenar esse campo, pondo fim aos modelos hospitalocêntrico e manicomial; o momento era propício, pois o país vivia um sentimento de esperança oriundo da redemocratização do país. Tinha-se a Constituição Cidadão que garantia direitos que assegurava a construção da Seguridade Social, ambiente favorável tanto para profissão quanto para a Reforma Psiquiátrica.

Porém, como dissertado no capítulo dois, o que se mostrou foi um Estado quebrado na economia, com uma enorme desigualdade; seus primeiros presidentes eleitos de forma direta governaram seguindo as tendências neoliberais, barrando qualquer avanço social, através de medidas de ajuste fiscal, com a desculpa de controlar a crise e fazer o país voltar a crescer.

Esses governos vão trabalhar para atender aos mandos do capital, fato que afeta a classe trabalhadora, classe que observa, durante esse período da década de 1990, uma contrarreforma do Estado, resultando em perdas de direitos sociais e intensificação da precarização do seu trabalho por meio da reestruturação produtiva, grande aliada do sistema capitalista. Essa reestruturação produtiva somada a um Estado que não investe no campo das políticas públicas, vai trazer rebatimentos para o exercício profissional do/ Assistente Social; sua atuação é precarizada diante de um Estado, muitas vezes, omissivo perante as mazelas da questão social e, que frequentemente passa as suas responsabilidades sociais para o terceiro setor.

No ano de 2003, chega à presidência da república um novo governo, de Lula, que aparentemente era mais próximo da classe trabalhadora e, que construiria uma política de governo em prol da mesma, mas o que aconteceu foi um governo que deu continuidade ao ideário neoliberal de FHC; lógico com algumas ressalvas, haja vista que o governo de Lula e de sua sucessora, Dilma, tinham medidas voltadas para os interesses da classe trabalhadora. Assim, os Governos de Lula e Dilma eram considerados neodesenvolvimentista, eles tentaram ao longo dos seus mandatos uma conciliação de classes.

No tocante ao segundo mandato, Dilma vivencia a intensificação da crise econômica e social no país, e isso faz com que manifestações contra seu mandato, que vinham ocorrendo desde o fim do seu primeiro mandato, se intensifiquem. E quem está à frente dessas manifestações é a direita brasileira que encontra naquele cenário um momento ideal para expandir seus ideais conservadores. Dilma sofre um golpe, transvestido de impeachment, que teve a ajuda do capital internacional, da mídia brasileira, parte dos políticos, do judiciário e do empresariado nacional para acontecer.

Diante disso, quem assume o governo federal é seu vice-presidente Michel Temer, que põe em curso uma política de governo neoliberal. Temer vai aprovar medidas de cunho conservador que beneficiam a burguesia e prejudicam a classe trabalhadora. Essas medidas de Temer chegam à Política de Saúde Mental; Portarias assinadas pelo mesmo evidencia uma retomada de um modelo de tratamento culpabilizador, além do incentivo à comunidades terapêuticas, conforme exposto no capítulo três. O seu sucessor, Bolsonaro, vai dar continuidade às suas medidas de retrocessos na Política de Saúde Mental.

A pesquisa documental mostra que há, sim, um aprofundamento do conservadorismo na Política de Saúde Mental, na forma de tratamento tanto com pessoas com transtorno mental, quanto com os usuários de psicoativos ilícitos e lícitos. As sanções dos governos de Temer e Bolsonaro demonstram um desmonte em parte do que a Reforma Psiquiátrica construiu ao longo de sua história, a partir de medidas como a portaria nº 2.434/18, que incentiva a internação em hospitais através do aumento de repasse financeiro; a portaria interministerial nº 2 de 2017, que promove o investimento em comunidades terapêuticas, comunidades essas que o governo de Bolsonaro vai investir um montante no valor de 153,7 milhões de reais; o governo de Bolsonaro aprova também, como conta em nota técnica nº 11/2019, a volta do tratamento por meio de eletrochoques.

Essa conjuntura de desmontes nas políticas públicas, de avanço do conservadorismo, de condições de trabalho cada vez mais precárias vai rebater na atuação do/a Assistente Social. No início da pesquisa, adotamos como pressuposto que o perfil profissional requisitado na atual conjuntura de avanço do conservadorismo é baseado em uma prática terapia/clínica, e entende-se ao fim dessa pesquisa, que é esse o perfil profissional que a Política de Saúde Mental do atual governo defende. Uma atuação pautada na subjetividade, culpabilizando o usuário pela sua situação. O papel desse profissional deve ser voltado para o ajustamento desse sujeito à sociedade capitalista, recuperá-lo, no caso de dependentes químicos, para que voltem a servir como força de trabalho. Consiste, assim, em uma atuação conservadora, fincada em um Serviço Social Tradicional.

Essa pesquisa é um estudo introdutório, o método de investigação sobre o objeto nunca se esgota, haja vista que tudo está em constante movimento, dessa maneira, sempre haverá elementos novos a serem estudados e aprofundados.

Diante de todo estudo feito, é notório o avanço do conservadorismo no campo da Saúde Mental e sua presença no Serviço Social por meio do Serviço Social Clínico, que, como mencionado ao longo do trabalho, é vedado que o/a Assistente Social atue sob esta perspectiva.

Assim, o que se pode fazer é construir de forma coletiva a defesa da Reforma Psiquiátrica; ocupar espaços, como conselhos de saúde; se posicionar contrário às medidas desse governo reacionário; se articular com outras categorias profissionais, com movimentos sociais ligados em defesa de uma Política de Saúde Mental em que o sujeito seja respeitado e tratado de forma digna. E, talvez, o mais importante enquanto profissional de Serviço Social é ter consciência do seu papel e do Projeto Ético-Político Profissional que o direciona na sua atuação, visando a justiça social, a emancipação humana e negando qualquer forma de preconceito e intolerância.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo et al. **Contra reforma do estado e a saúde mental: atuação Profissional em serviço social no terceiro setor.** II Congresso brasileiro de ciências da saúde, 2017.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva.** Ensaio de sociologia do trabalho, Editora Praxis, Londrina, Paraná, 2007.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho [orgs]. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Editora FIOCRUZ, 1998.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves. **O metodologismo e o desenvolvimento no serviço social brasileiro—1947 a 1961.** Serviço Social & Realidade, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2009.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho.** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BARROCO, Maria Lúcia. **Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social.** Serviço Social & Sociedade, n. 124, 2015.

BARRUCHO, Luis. **50 anos do AI-5: Os números por trás do 'milagre econômico' da ditadura no Brasil.** Disponível em: <<https://bbc.in/2A1GYC3>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BERTOLLI FILHO. Claudio. **História da saúde pública no Brasil.** 4ª ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.

BIANCHI, Alvaro. **A guerra que estamos perdendo.** A onda Conservadora: Ensaio sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al]. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRAZ, Marcelo. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário.** Serv. soc. soc, n. 128, p. 85-103, 2017.

BRETTAS, Tatiana. **Dívida Pública:** Uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, Evilásio [et al] (orgs.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez 2012.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; GOMES, Vera Lúcia Batista; LEMOS, Esther Luíza de Souza. **Crise do capital e desmonte da Seguridade Social:** desafios (im)postos ao Serviço Social. Serviço Social & Sociedade, 2017.

CFESS/CRESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília- DF: 2010.

CFESS. **CFESS divulga nota sobre lei que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso de álcool e outras drogas.** 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2WN8QC5>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o Debate.** 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2Rkwwg13>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social:** subsídios para aprofundamento do estudo. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2Rh6EIC>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

_____. **Resolução CFESS Nº 569, de 25 de março de 2010.** 2010a. Disponível em: <<https://bit.ly/2XiQgXm>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

_____. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas.** 2010b. Disponível em: <<https://bit.ly/2xImUGf>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. **O trabalho do/a assistente social na saúde mental:** atribuições privativas e competências profissionais em debate. Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03- Nº 1, 2016.

Diário Oficial da União. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

_____. **Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090>. Acesso em: 30 mai. 2019.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã, 1996.

FIGUEIREDO, Cecília. **Governo Bolsonaro incentiva eletrochoques e propõe a volta dos manicômios.** Disponível em:<<https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: DominusUSP, 1979.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa.** São Paulo: Ed. Atlas, 6ª ed. 2008.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** SP: Expressão popular, 2011.

GOMES BREDOW, Suleima; DRAVANZ, Glória. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

_____. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 41ª ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IGNATOWSKI, Thiago Salles. **30 Anos da luta antimanicomial: uma disputa simbólica.** Revista de Ciências do Estado, v. 3, n. 1, 2018.

LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?** Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), 2012.

MATTOS, Marcelo Badaró. DEMIER, Felipe; HOEVELER, Rejane (orgs.). **A Onda Conservadora.** Mauad Editora Ltda, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Disponível em: <<https://bit.ly/31xSzoR>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

_____. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8.** Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Saúde mental no SUS cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018.** Disponível em: <www.brasilus.com.br/images/portarias/novembro2018/dia01/portaria3449.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

____. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Disponível em: <pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **Terceiro setor e questão social.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 17.ed. São Paulo-SP: Cortez, 2015.

NETTO, Leila Escorsim. **O conservadorismo clássico**: elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: compreensão e crítica**. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Salvador, 2007.

OLIVEIRA, Francisco de - **A economia brasileira**: Crítica à razão dualista. Seleções Cebrap 1, São Paulo: Brasiliense, 2002.

PAULANI, Leda Maria. Uma ponte para o abismo. In: SINGER, André et al (orgs.). **Por que gritamos golpe?:** para entender o impeachment e a crise política no Brasil. Boitempo Editorial, 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção et al. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. 2014.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. soc. soc, n. 102, p. 339-351, 2010.

REQUIÃO, Roberto. Para mudar o Brasil. In: SINGER, André et al (orgs.). **Por que gritamos golpe?:** para entender o impeachment e a crise política no Brasil. Boitempo Editorial, 2016.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.: COSTA, N (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes, 2001.

SALVADOR, Evilásio. Financiamento tributário da política social pós-real. In: SALVADOR, Evilásio [et al] (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez 2012.

_____. **Fundo público no Brasil**: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social/UNB, 2008.

SAMPAIO, Tamires Gomes. A luta por uma educação emancipadora e de qualidade. SINGER, André et al (orgs.). **Por que gritamos golpe?:** para entender o impeachment e a crise política no Brasil. Boitempo Editorial, 2016.

SASSINE, Vinicius. **Bolsonaro multiplica investimento em comunidades terapêuticas para atender usuários de drogas.** Disponível em: <<https://glo.bo/2KpvpLY>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao Serviço Social. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, 2010.

_____. A Racionalidade da Contrarreforma na Política e Saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de [orgs] **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.** São Paulo: Cortez, 2012.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS, 2006.