

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

SAÚDE MENTAL NO CAPITALISMO

Desafios da reforma psiquiátrica brasileira pós-golpe de 2016

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Laurem Janine Pereira de Aguiar

Porto Alegre, RS, Brasil

2018

LAUREM JANINE PEREIRA DE AGUIAR

SAÚDE MENTAL NO CAPITALISMO

Desafios da reforma psiquiátrica brasileira pós-golpe de 2016

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto de Psicologia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para conclusão da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Károl Veiga Cabral

Porto Alegre

2018

Quando os trabalhadores perderem a paciência

As pessoas comerão três vezes ao dia
E passearão de mãos dadas ao entardecer
A vida será livre e não a concorrência
Quando os trabalhadores perderem a paciência

Certas pessoas perderão seus cargos e empregos
O trabalho deixará de ser um meio de vida
As pessoas poderão fazer coisas de maior pertinência
Quando os trabalhadores perderem a paciência

O mundo não terá fronteiras
Nem estados, nem militares para proteger estados
Nem estados para proteger militares prepotências
Quando os trabalhadores perderem a paciência

A pele será carícia e o corpo delícia
E os namorados farão amor não mercantil
Enquanto é a fome que vai virar indecência
Quando os trabalhadores perderem a paciência

Quando os trabalhadores perderem a paciência
Não terá governo nem direito sem justiça
Nem juizes, nem doutores em sapiência
Nem padres, nem excelências

Uma fruta será fruta, sem valor e sem troca
Sem que o humano se oculte na aparência
A necessidade e o desejo serão o termo de
equivalência
Quando os trabalhadores perderem a paciência

Quando os trabalhadores perderem a paciência
Depois de dez anos sem uso, por pura obscelescência
A filósofa-faxineira passando pelo palácio dirá:
"declaro vaga a presidência"!

1. INTRODUÇÃO

"Nesse dia de glória para o povo tem um homem que entrará para a história. Parabéns, presidente Eduardo Cunha. Perderam em 1964 e agora em 2016. Pela família e inocência das crianças que o PT nunca respeitou, contra o comunismo, o Foro de São Paulo e em memória do coronel Brilhante Ustra, o meu voto é sim". (Jair Bolsonaro, votação do impeachment na Câmara, 2016).

Iniciamos este trabalho de conclusão de residência com o discurso pronunciado pelo deputado federal, Jair Bolsonaro, à época membro do Partido Social Cristão, durante a votação na Câmara de Deputados do processo de impeachment de Dilma Rousseff, até então Presidenta da República, para tentarmos esboçar, afinal, qual é a cara do golpe parlamentar, jurídico e midiático consolidado em 2016.

É certo que vivemos um período de crise política e econômica. É certo também, que essa crise não inicia no Brasil no ano de 2016. Vivemos em um mundo globalizado, num sistema capitalista globalizado. Isso significa que existe um conjunto de fatores que nos levam a uma crise, pois somos parte de um sistema maior. Mas o que acontece quando o capitalismo entra em crise? E como isso afeta a Saúde Mental?

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica, num contexto de crise do capitalismo, desvendando assim a relação entre saúde mental e capitalismo no Brasil, através de um balanço da experiência de Reforma Psiquiátrica – desde a instituição da Política Nacional de Saúde Mental até os desafios postos no contexto atual – a fim de contribuir com os debates sobre os caminhos a serem trilhados para o aprofundamento e aperfeiçoamento da reforma frente ao avanço do neoliberalismo na atual conjuntura.

Trilharemos esta caminhada através do materialismo histórico dialético. Esta opção possibilitará que se analise as relações entre o capitalismo brasileiro e a saúde mental, visto que permitem, como afirma Minayo (2010), a compreensão da dinâmica do real de determinada sociedade e o processo histórico em seu peculiar dinamismo. Neste sentido, destaca-se a consideração da dialética da totalidade, apontada por Lukács (apud CHAGAS, 2011, p. 66-67) como essência do método de Marx – o único que é capaz de “apreender e reproduzir a realidade no plano do pensamento”.

A escolha deste tema se deu pela relação de diferentes fatores, onde se destacam: a minha aproximação com a militância, o marxismo e a luta antimanicomial; meu percurso ao

longo de dois anos na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, em um contexto de golpe de Estado e de desmonte das políticas públicas; a percepção da necessidade de compreendermos de que forma a conjuntura afeta as relações sociais, inclusive no âmbito da saúde mental.

Meus dois cenários de prática/trabalho no ano de 2016 – ano do golpe – foram a Geração POA (SUS), serviço de geração de trabalho e renda que compõe a Rede de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre e o Centro Pop I (SUAS), serviço especializado para pessoas em situação de rua.

Na Geração POA tive contato com a economia solidária e com a geração de renda que hoje compreendo como um dispositivo fundamental no cuidado em saúde, uma vez que as relações de trabalho podem ser determinantes num processo de adoecimento mental. Além disso, este é um serviço que dispõe de inúmeras oficinas de trabalho que funcionam de forma coletiva numa busca incessante por ocupar os espaços de cultura da cidade. Já o Centro POP I foi onde tive meu primeiro contato com pessoas em situação de rua – para além da própria rua, onde essa expressão da questão social, apavorante e triste, salta aos olhos em Porto Alegre. Lá pude contribuir na reativação do Tele Centro – espaço que estava desativado por conta do sucateamento do serviço, que contava (e conta) com um quadro mínimo e reduzido de profissionais. Através do Tele Centro trabalhamos com inclusão digital, processo grupal e promovemos saúde garantindo o acesso à comunicação, com a perspectiva de garantir este e outros direitos.

Já no ano de 2017, estive no município de Novo Hamburgo. Iniciei no Centro de Atendimento Socioeducativo (Case), onde permaneci por um curto espaço de tempo. Contudo, foi uma vivência importantíssima, pois pude conhecer e compreender um pouco da realidade dos jovens que estão cumprindo medida, que aparecem todos os dias nas capas dos jornais e que estão sendo mortos cada vez mais cedo, por conta de uma sociedade desigual, doente e higienista.

Ainda em Novo Hamburgo, estive em um CAPS I e em um CAPS II. Local onde realizei acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, acompanhamentos terapêuticos, articulação de rede, matriciamento, visitas domiciliares, evolução e discussão de casos, trabalho territorial e conheci um pouco mais sobre a infância e adolescência, sobre a vida adulta, sobre a humanidade, a loucura e os motivos da sua existência.

Ao me inserir nestes cenários de prática da residência – Centro Pop I, Geração POA, CASE, CAPSi e CAPSII – pude perceber que apesar de serem serviços de diferentes complexidades e atribuições na atenção em saúde e/ou assistência, há algo em comum entre eles: a precarização que impossibilita atender as demandas.

Com a crise do capitalismo, a vulnerabilidade social aumenta e com isso a demanda dos serviços aumentam. Na medida que se implementam políticas neoliberais, “necessárias” ao contexto de crise – onde se prevê o desmonte das políticas públicas – há um sucateamento destes mesmos serviços que atendem esta mesma população vulnerável. E é aí que surge a necessidade de entender sobre a crise do capitalismo no Brasil, os reflexos desta crise na saúde mental e os desafios postos a quem acredita no cuidado em liberdade, no cuidado territorial, no cuidado antimanicomial proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

2. SAUDE MENTAL NO CAPITALISMO

O processo de expansão do capitalismo, descrito em seu início por Marx e Engels (2002), “conquista a terra inteira” – seja pela sua extensão geográfica, seja contaminando todos os aspectos da vida humana. O véu de emoção e sentimentalidade é rasgado, as relações se resumem à trocas monetárias e os trabalhadores e trabalhadoras se resumem a um simples acessório das máquinas. A busca pelo lucro orienta a sociedade capitalista.

Nesta busca incessante pelo lucro, a burguesia procura fazer crescer a taxa de mais-valor, “expressão exata do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista” (MARX, 2013, p. 294). Dessa forma, os capitalistas lutam para reduzir o que é considerado socialmente necessário para a reprodução da força de trabalho dos trabalhadores; pressionando para prolongar e intensificar a jornada de trabalho (aumento do mais-valor absoluto e do mais-valor relativo, respectivamente).

Como efeito desta disputa, no capitalismo brasileiro, constrói-se o que Druck denomina como:

Precarização Social do Trabalho, compreendida como um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho [...] O trabalho precário em suas diversas dimensões (nas formas de inserção e de contrato, na informalidade, na terceirização, na desregulação e flexibilização da legislação trabalhista, no desemprego, no adoecimento, nos acidentes de trabalho, na perda salarial, na fragilidade dos sindicatos) é um processo que dá unidade à classe-que-vive-do-trabalho e que dá unidade também aos distintos lugares em que essa precarização se manifesta” (2011, p. 41 apud DRUCK, 2007, p. 19-20).

A disputa pela definição do que é socialmente necessário para a reprodução da força de trabalho, assim como a precarização social do trabalho dela resultante, acaba por gerar impactos nocivos em diferentes âmbitos da sociedade. Na saúde, isso se manifesta tanto no adoecimento das pessoas em decorrência das condições em que vivem e trabalham (ou deixam de trabalhar), quanto na mercantilização da saúde e na imposição de uma lógica individualista e privatista. Aspectos estes que podem ser verificados nos dados acerca dos acidentes de trabalho¹ ou no aumento do número de suicídios²; bem como no avanço de instituições privadas no campo da saúde e nas tentativas de desmonte e privatização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os trabalhadores e trabalhadoras, por sua vez, batalham pela ampliação dos direitos e melhores condições de vida e trabalho – expandindo o que se considera o mínimo socialmente necessário para viver. Como explica Druck (2011, p. 41), são “as lutas de resistência dos trabalhadores, que colocaram limites à acumulação, redefinindo e implementando direitos sociais e trabalhistas, assim como aceitação e legitimação, pela sociedade e pelo Estado, da proteção social como um direito a ser garantido”.

Neste sentido, é justamente no período de reascenso das manifestações e dos movimentos populares, bem como do enfraquecimento da ditadura militar, que o movimento pela reforma psiquiátrica começa a dar seus primeiros passos inspirados principalmente na experiência italiana de desinstitucionalização, mas também na psiquiatria institucional francesa, a psiquiatria comunitária ou preventiva norte americana e a antipsiquiatria inglesa – comunidades terapêuticas. Em 1978, é fundado o Movimento Dos Trabalhadores Em Saúde Mental – constituído por trabalhadores e integrantes do movimento sanitário, pessoas institucionalizadas, associações de familiares, sindicalistas. Conforme Brasil (2005, p. 7):

É sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

¹ Entre 2012 e 2016, houve 3,5 milhões de casos de acidente de trabalho no Brasil, sendo a quarta nação do mundo em registro de acidentes durante atividades laborais; conforme reportagem do Correio Braziliense. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/06/05/internas_economia,600125/acidente-de-trabalho-no-brasil.shtml> Acesso em 8/11/2017

² Número de suicídios subiu 12% entre 2011 e 2015 no Brasil, diz Ministério da Saúde. Reportagem disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/numero-de-suicidios-subiu-11-entre-2011-e-2015-no-brasil-diz-ministerio-da-saude.ghml>> Acesso em 8/11/2017

No fluxo desta movimentação, já após a Constituição de 1988 e a criação do SUS, o deputado Paulo Delgado dá entrada ao Projeto de Lei 3657/1989, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. É o primeiro avanço da luta pela reforma psiquiátrica no campo institucional, que será seguido por uma série de legislações estaduais sobre o mesmo tema, iniciando a implementação de uma rede extra-hospitalar de cuidado em saúde mental.

No Rio Grande do Sul, inspirada no Projeto de Lei 3657/89 é aprovada a Lei Estadual nº 9.716/92, ou Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, que, para além da substituição progressiva dos manicômios por uma rede de atenção integral, garante a inclusão de regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

Em 2001 é aprovada a lei nacional 10.216/2001, conhecida popularmente como “Lei Paulo Delgado”, embora com alterações em relação ao texto original – não institui mecanismos para a substituição progressiva dos manicômios. A partir disso, contudo, “linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país” (BRASIL, 2005, p. 9).

A partir da aprovação da lei, uma série de dispositivos e políticas são criados e/ou ampliados nacionalmente, buscando consolidar um modelo de atenção em liberdade com bases territoriais. Exemplos disso são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a Política Nacional de Cuidado Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, o programa De Volta Para Casa, além do aumento gradativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços e estratégias que viriam, no ano de 2011, compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3088/2011.

Muito além de uma política, o processo da Reforma Psiquiátrica deve ser compreendido “como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais [...] [que] avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

Após dezesseis anos da implementação da Política Nacional de Saúde Mental, vive-se um período de grandes desafios para a consolidação da reforma. Além das limitações já existentes, nosso momento histórico é marcado pelo ataque às políticas sociais, com a crise do

capital, o avanço do neoliberalismo – contenção de gastos com bem-estar, restauração da taxa “natural” de desemprego, privatizações, desmonte dos serviços públicos (ANDERSON, 1995) – e o golpe de 2016.

Sendo assim, se agravam os problemas elencados por Saraceno (ALVES, 2011, p. 4700) tais como a necessidade de maior coordenação entre os serviços de saúde mental e o conjunto do sistema, com destaque para a atenção básica; a falta de avaliação e documentação das práticas de cuidado; e a frágil unidade entre atores da política. No atual cenário, onde se aprofunda o desmantelamento dos serviços públicos e se enxugam os gastos com o social, torna-se ainda mais difícil a efetivação do que foi aprovado em lei. Dessa forma, além da criação de alternativas que permitam o avanço da política, se faz necessário combater e barrar os retrocessos. Afinal, é a saúde mental da população que está em jogo, não apenas devido ao sucateamento do Sistema Único de Saúde, mas também pela precarização social do trabalho e a negação de direitos básicos, diretamente relacionada com as questões de saúde e adoecimento mental – expressões da questão social.

3. CAPITALISMO GLOBAL

Neste escrito toma-se como base a tradição teórico-política do marxismo, buscando, a partir dela, compreender como se dão as relações entre capitalismo e saúde mental – especialmente no período do capitalismo global, resultado da reestruturação iniciada nos anos 1970 (ALVES, 2014, p. 18).

Por capitalismo global, compreende-se:

o capitalismo da mundialização do capital e o capitalismo do complexo da reestruturação produtiva, com a nova divisão internacional do trabalho e o poder global das corporações transnacionais. [...] [Ele] é o capitalismo do sociometabolismo da barbárie e das novas formas de irracionalismo e estranhamento social (ALVES, 2013, p. 19).

Assim, este trabalho não parte dos anos 1970 – marco inicial desta pesquisa – apenas por serem correspondentes ao início da luta antimanicomial no Brasil; mas também por datar desta década o início do processo de “reestruturação do capital imperialista” (POMAR, W., 2013, p. 172), que resultará no neoliberalismo e suas políticas, que acabam

desmontando agências governamentais, leiloando ou vendendo abaixo do preço empresas públicas, em muitos casos superavitárias; derrogando legislações e normas de regulação da atividade econômica concebidas para garantir um mínimo de equidade e proteção para os cidadãos; mediante a massiva demissão de funcionários públicos, pagando em alguns casos a correspondente indenização, contraindo dívida

externa com o Banco Mundial; desvalorizando os planos de carreiras; satanizando moral e politicamente o Estado, concebido como uma esfera intrinsecamente corrupta e ineficiente da vida social, contraposta à suposta pureza do mercado e da sociedade civil; convalidando sua crônica fragilidade financeira, assentada sobre sua ancestral incapacidade para cobrar impostos aos ricos (BORON, 2010, p. 53).

Estas políticas, assim, não apenas garantiram a permanência das expressões “clássicas” da questão social, mas também acabaram por gerar “novas expressões”. Ambas (clássicas e novas) são insuprimíveis sem a supressão da ordem capitalista, visto que a questão social está elementarmente determinada pela relação capital-trabalho (NETTO, 2006, p. 157-160).

A compreensão da reestruturação do capitalismo, bem como de suas implicações, sendo ela um processo global e contraditório, recebe ainda maior importância frente a crise capitalista atual e seus desdobramentos na conjuntura brasileira. Afinal, se somos “mais do que nunca, consciente ou inconscientemente, parte compositiva de uma densa configuração histórico-mundial” (ALVES, 2009, p. 12), parece lógico que a crise tenha impactos sobre o Brasil.

Neste sentido, compartilha-se de posições que visualizam o vínculo entre a crise do capitalismo, a retomada de políticas de ajuste fiscal e o golpe de 2016, como afirma V. Pomar (2016) ao dizer que:

A crise internacional fez o capitalismo brasileiro voltar ao seu “modo normal”. E o “modo normal” do capitalismo brasileiro não tolera a elevação dos salários diretos e indiretos da classe trabalhadora. Por isto, [...] os capitalistas pedem cortes nos orçamentos sociais; reclamam dos direitos inscritos na Constituição de 1988; [...] o que desejam mesmo é a destruição da legislação trabalhista.

Possibilita-se, assim, visualizar a conjuntura atual e os desafios da reforma psiquiátrica em sua totalidade; observando os aspectos mais gerais e aqueles mais específicos em sua relação dialética.

4. POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE MENTAL

As políticas sociais, compreendidas como “política pública e direito de cidadania” (PEREIRA, 2009), não podem ser analisadas em separado do momento histórico do qual fazem parte, visto que resultam de correlações de força, de disputas entre projetos societários distintos. No mesmo sentido, não se pode ver a institucionalização apenas como um problema que diz respeito ao “enfermo mental o el manicomio, sino con la estructura social en su totalidad, el mundo del trabajo en todas sus articulaciones” (BASAGLIA, 2008, p. 89).

Inspirada nesta compreensão, a reforma psiquiátrica brasileira trabalha com uma lógica ampliada de saúde que propicia “novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural” (HIRDES, 2009, p. 304). Essa concepção se contrapõe à visão até então hegemônica, que “propunha como medida terapêutica o isolamento em hospícios, visto como um meio de alcançar a cura, e estava centrada em identificar, classificar os sintomas e diagnosticar o quadro” (MACHADO, 2007, p. 21), chamada por Costa-Rosa (2000) de “modo asilar”.

Nacionalmente, a luta por um cuidado em liberdade esteve sempre vinculada com pautas mais gerais, de garantias mínimas de cidadania social, que historicamente foram negadas à população (MACHADO, 2007). Orientando um fazer em saúde mental que “diminua o sofrimento humano, produza autonomia e ampliação dos laços sociais [...] do mesmo modo que a luta contra a exclusão social e o estigma de incapacidade e periculosidade associado à doença mental” (SILVA, M. B.B., 2005, p. 304). Assim, a saúde mental no Brasil – vinculada à luta por direitos e fortemente relacionada com a organização da sociedade – é mais uma expressão da questão social.

Dessa forma, “Exclusão/Inclusão Social são temas das políticas sociais, das políticas de saúde em geral e da política de saúde mental em particular nos últimos tempos, que trazem em seu bojo contradições sobre as diferentes abordagens de assistência psiquiátrica” (SILVA, A. T. M. C. e col., 2002, p. 9). Evidenciando estas questões, a reforma psiquiátrica se movimenta no sentido oposto ao da redução de políticas sociais, apontando para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para o resgate do sentido público das ações em saúde (TENÓRIO, 2002).

Considera-se, então, que é preciso estudar a reforma psiquiátrica dentro de seu contexto específico e geral, a partir de uma perspectiva antimanicomial de desinstitucionalização. Perspectiva esta que entra em choque com as propostas neoliberais de desmonte das políticas sociais e com a visão higienista, asilar e mercadológica de saúde – que se fortalece com o neoliberalismo.

5. DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA PÓS-GOLPE DE 2016

Como dito anteriormente, vivemos um período de crise do capitalismo, onde seus efeitos nocivos se fazem sentir em todos os aspectos da vida social. O desmonte das políticas públicas, a precarização social do trabalho, o aumento da repressão aos movimentos sociais e

o aprofundamento da desigualdade tem sido regra em todos os cantos do mundo. No Brasil, como resposta aos direitos conquistados pela classe trabalhadora – que se tornaram “insustentáveis” para a burguesia frente à crise – articulou-se um golpe de Estado, que tem como objetivo a retomada do neoliberalismo.

Após quase dois anos de consolidação do golpe são incontáveis os ataques que as políticas sociais e a classe trabalhadora têm sofrido cotidianamente. Nos deteremos aqui a apenas alguns pontos de alteração no Sistema Único de Saúde que nos darão a dimensão dos desafios postos a Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao conjunto de nossa classe.

O primeiro ponto trata sobre a Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016, popularmente conhecida como PEC da morte ou PEC 241, que estabelece um novo regime fiscal, caracterizado pelo congelamento das despesas primárias – saúde, educação, moradia, etc, para os próximos 20 anos. Enxugando os gastos do estado e reduzindo-o, que na prática significa a privatização progressiva de setores fundamentais ao bem-estar social e a garantia de direitos básicos, que passarão a ser vendidos como mercadoria. Apesar dos inegáveis avanços do SUS nos últimos anos, o subfinanciamento da saúde pública já era uma realidade brasileira, o que vivemos hoje é uma acentuação gravíssima disto. Sendo a saúde pública prejudicada como um todo, a saúde mental antimanicomial, que já não era alvo de investimentos, verá sua situação se agravar.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito a modificações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em setembro de 2017. Que altera o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe – anteriormente eram 4 agentes e agora passa a ser apenas 1, deixando a critério da gestão municipal. Nas novas alterações também está previsto o aumento da área de abrangência dos ACS, uma vez que não haverá mais agentes de endemia, e que será exigido dos mesmos ações antes atribuídas ao setor da enfermagem – tais como a triagem. Além disso, não há mais obrigatoriedade de cobertura de 100% da população feita pelos ACS, priorizando apenas a população mais vulnerável, sem critérios adotados para tal. Ou seja, a Atenção Básica passa em setembro de 2017 a privilegiar um modelo que Pinto (2017) chama de tradicional, ou seja, centrada na doença, na uniprofissionalidade e no hospitalocentrismo – oposto ao que fora superado pela Estratégia de Saúde da Família.

Reduzindo equipes, carga horária e recursos da atenção básica, este governo neoliberal, não só fomenta uma lógica conservadora de atenção à saúde como amplia a dificuldade já existente de um cuidado em saúde mental de bases territoriais. As mudanças da

PNAB demonstram claramente um desinvestimento nas ações em território, o que constitui em última instância em uma alteração do modelo até então preconizado no Brasil.

Seguindo a cronologia dos fatos, em dezembro de 2017 são feitas alterações na portaria Nº 3.588 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sem debates prévios nos espaços de controle social, o governo ilegítimo deixa de prever na portaria a extinção progressiva dos manicômios e acrescenta como dispositivos da RAPS os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, alterando também as formas de financiamento. Em abaixo-assinado, os profissionais da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (2017), repudiam:

A atual proposta do MS [que] revoga os artigos 2º e 3º da Portaria 2.644. O artigo 2º garantia o pagamento diferenciado por leitos, estimulando a concentração de um menor número de leitos por instituição. A minuta atual propõe que a remuneração pelos leitos seja do mesmo valor, promovendo um aumento de quase 100% no valor para instituições que ofereçam acima de 400 leitos, em um claro incentivo para a concentração de maior número de leitos, para maior lucro.

As mudanças na Política Nacional de Saúde Mental direcionam o recurso para o parque manicomial, desprezando o investimento em serviços de base territorial (CAPS) e voltando a investir na lógica ambulatorial de cuidado. Estas alterações são danosas e vão na contramão de todo o processo de Reforma Psiquiátrica que vinha sendo implementado ao longo das últimas décadas, na tentativa de aproximar as ações de Saúde Mental do território e da Atenção Básica. Em prol de financiar o setor privado – que trata a vida e a saúde como mercadoria – se permite um retrocesso colossal, com encarceramento de sujeitos que demandam de cuidados em saúde mental, submetendo a população mais vulnerável à uma lógica cruel e ineficaz de tratamento.

Por fim, faz-se necessário discorrer sobre as mudanças nos blocos de financiamento do SUS. Ainda em dezembro de 2017 o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou um novo formato de transferência de verbas federais para os estados e municípios que entrará em vigor agora, em 2018. A alteração prevê que estados e municípios responsabilizem-se pela decisão da aplicação dos recursos destinados à saúde, sendo assim, os valores que antes eram pré-determinados para setores como a atenção básica, assistência farmacêutica e vigilância sanitária, podem passar a ser utilizadas em outras áreas, a depender da escolha dos gestores.

Segundo o Ministro, em pronunciamento oficial, tal formato permitiria uma maior autonomia e empoderamento aos gestores locais para investir no que se apresenta com maior fragilidade. Na prática, isso permite, por exemplo, que se possa deixar de investir recursos na

Atenção Básica, investindo apenas em ambulâncias e no pagamento de leitos em hospital – reforçando a lógica tradicional. Assim, o modelo hospitalocêntrico, que tanto se critica na luta sanitária e antimanicomial, por sua pouca resolutividade, se fortalece.

Por isso, defendemos que só existe saúde mental e cuidado em liberdade onde existe democracia. Sem democracia não há reforma. Desta maneira, um dos reflexos do golpe é o retrocesso no campo das conquistas sociais, justamente pelo estado de exceção em que vivemos. A PEC 241 ou “PEC da Morte” que congela os investimentos em saúde pelos próximos 20 anos, a alteração da PNAB, da Política de Saúde Mental e dos blocos de financiamento do SUS apenas demonstram como a cara do golpe neoliberal está atuando na supressão de direitos da população em prol do interesse de pequenos cartéis representantes da elite brasileira que lucra ainda mais neste cenário, gerando maior concentração de renda na mão desta elite, através da exploração e do sofrimento de muitos.

Os direitos conquistados pela classe trabalhadora brasileira retrocedem dia após dia em decorrência do golpe de 2016 e da implementação de políticas neoliberais. A implementação da política de Saúde Mental Antimanicomial no Brasil, que sempre foi um grande desafio, vê problemas antigos persistirem e se aprofundarem. Exemplos destas dificuldades são: o subfinanciamento, a cultura moralista e de aprisionamento da loucura que predomina em nossa sociedade, a dificuldade no processo de desinstitucionalização, a falta de espaços e de incentivo à uma educação permanente aos trabalhadores – em especial da saúde e da assistência – baseada em novo modelo de atenção, a falta de expansão da rede de serviços – inclusive intersetorialmente, compreendendo políticas de trabalho, renda, moradia, educação, entre outras, como fundamentais na relação saúde/adoecimento.

Cabe ao conjunto da militância sanitária e antimanicomial discutir os rumos que foram impostos pelo governo ilegítimo e organizar a resistência ao golpe e ao desmantelamento do SUS e demais políticas sociais; inclusive organizando um balanço sobre o período que vivemos durante os governos Lula e Dilma que, apesar de uma série de avanços, não alterou estruturalmente uma série de questões.

6. CONCLUSÃO

Nos últimos dois anos, atuando enquanto residente de Saúde Mental Coletiva no SUS e no SUAS, pude ver ainda mais de perto os impactos das tentativas de desmantelamento das políticas públicas, seja pela precarização dos serviços nos quais estive inserida, seja pela falta da garantia de direitos na vida de quem acessa estes espaços.

Estudar para compreender o capitalismo e como se dá a relação entre saúde mental e este sistema, mais especificamente no contexto de crise global, é uma das grandes necessidades postas. Em consagrada assertiva, já dizia o estrategista militar Sun Tzu, há mais de dois mil e quinhentos anos: “se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não precisa temer o resultado de cem batalhas”. Mais do que nunca, para vencermos as batalhas, é necessário que conheçamos o inimigo e que saibamos quem somos, para que nos organizemos enquanto movimento social, trabalhando na conscientização da população/usuários/trabalhadores visando barrar retrocessos e lutar pela implementação e pelo avanço da reforma psiquiátrica.

Vimos neste trabalho que não são poucos os desafios colocados, que vão desde a implementação de uma saúde mental com bases territoriais, da aproximação dos diferentes atores da reforma no alinhamento de uma cultura antimanicomial até a luta pela implementação do que já havia sido previsto nas políticas de saúde – mas que como todos os setores da política pública, passam atualmente por um processo de desmonte decorrente da implementação de um conjunto de políticas neoliberais e conservadoras. Se antes tínhamos muito a fazer, agora, nossas tarefas aumentam, assim como nossa disposição de fazer o enfrentamento deve crescer.

Este é um trabalho de conclusão de residência, mas data daqui o início do meu percurso no universo da escrita. Todos os temas aqui abordados, foram trazidos de maneira breve, de forma a não me alongar e a possibilitar uma leitura compreensível. Muito ainda temos a estudar sobre Saúde Mental, Reforma Psiquiatria, capitalismo no Brasil e no mundo, crise do capital, bem como estes temas se relacionam com a saúde mental de nossa população. Sabemos que dentro de todos os desafios postos, existem populações que são afetadas de maneira ainda mais cruel no que tange a classe trabalhadora, tais como a população indígena, a população negra – em especial jovem e periférica – as mulheres, as e os LGBTs, a população sem teto e sem terras, os loucos. Urge a necessidade de aprofundarmos essa discussão e, por isso, este é apenas um início.

No mais, espero que este trabalho contribua para a luta que travamos diariamente em defesa da reforma psiquiátrica, em defesa do SUS e demais políticas públicas, em defesa de melhores condições de vida e conseqüentemente de saúde mental da população brasileira. Um mundo melhor é possível; um mundo onde as diferenças serão tratadas com respeito, onde haverá espaço para a loucura, para a pluralidade, onde à lógica do lucro não orientará a vida

humana, onde todas e todos terão vez e voz, onde a exclusão abrirá espaço para a inclusão.
Um mundo sem capitalismo é possível.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio. Entrevista com Benedetto Saraceno. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011, v. 16, n. 12, p. 4695-4700. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300018> Acesso em: 11/11/2017

ALVES, Giovanni. A Natureza do Capitalismo Global: as contradições do capital no século XXI. In: MOTA, Leonardo de Araújo e(org). **Capitalismo contemporâneo: olhares multidisciplinares**. Campina Grande: EDUEPB, 2014. p. 17-43.

ALVES, Giovanni. **A condição de proletariedade: a precariedade do trabalho no capitalismo global**. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2009.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

BASAGLIA, Franco. **La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio**. 1ª ed. Traducido por Florencia Molina y Vedia. Buenos Aires: Topía Editorial, 2008.

BORON, Atilio. **O socialismo no século 21: há vida após o neoliberalismo?** São Paulo: Expressão Popular, 2010.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional**. Projeto de Lei nº 3657 de 1989. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCCD29SET1989.pdf#page=30>> Acesso em 9/11/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 11/01/2018

BRASIL. **Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 10/11/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 10/11/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>

CHAGAS, Eduardo F. O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. **Revista Síntese**, Belo Horizonte; v. 38, n. 120, 2011. Disponível em: <<http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1036/1460>> Acesso em: 11/11/2017

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo(org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1.pdf>> Acesso em: 9/11/2017

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1): 2009, p. 297-305.

MACHADO, Graziela Scheffer. **A singularidade e a pluralidade do Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. UFRJ: ESS, 2007.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n.35, 2014 p. 201-208

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista**. Tradução Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2002.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital**. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S(org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31^a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MANIFESTAÇÃO DE REPÚDIO À PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/manifestacao-de-repudio-a-proposta-de-alteracao-da-politica-nacional-de-saude-mental>> Acesso em: 11/01/18

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas & questões**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PINTO, Hêider A. Análise da proposta de Política Nacional de Atenção Básica - 2017. Disponível em: <<https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/09/cns-pnab-2017-14-09-17-heider-pinto-v-divulgacao.pdf>> Acesso em: 09/01/2018

POMAR, Valter. Não haverá tempo fácil nem moleza para o golpismo. **Blog da Revista Espaço Acadêmico**, 2016. Disponível em: <<https://espacoacademico.wordpress.com/2016/03/22/nao-havera-tempo-facil-nem-moleza-para-o-golpismo/>>

POMAR, Wladimir. **Brasil, crise internacional e projetos de sociedade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

SILVA, Ana Tereza M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: 2002. p. 4-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>> Acesso 12/11/2017

SILVA, Martinho B. B. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** vol.8 no.2 São Paulo Apr./June 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n2/1415-4714-rlpf-8-2-0303.pdf>> Acesso em: 21/01/2018

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** Vol. 9. Rio de Janeiro: Manguinhos. 2002, p. 25-59.