

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

CLAUDIA MARIA MAXIMO

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:
a construção de uma rede de cuidados no Município de Juiz de Fora**

Juiz de Fora
2019

CLAUDIA MARIA MAXIMO

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:
a construção de uma rede de cuidados no Município de Juiz de Fora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social

Orientadora: Profa. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora

2019

CLAUDIA MARIA MAXIMO

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:
a construção de uma rede de cuidados no município de Juiz de Fora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Marina Monteiro de Castro e Castro - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Rachel Gouveia Passos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aos meus amados pais
Pedro Maximo e
Erotildes Ferreira Maximo

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Mestre dos mestres por ter me orientado e permitido mais esta conquista. Agradeço a todo corpo docente, por terem contribuído responsavelmente para a realização deste sonho, mas, agradeço principalmente, amorosamente a minha querida professora orientadora Marina Castro que caminhou comigo durante todo meu trajeto no mestrado, me fazendo desenvolver como pesquisadora, como uma aluna mais atenta e disciplinada e acima de tudo segurando firme na minha mão para que eu não me perdesse pelo caminho. Agradeço imensamente as minhas amigas que me deram suporte para que eu vencesse o cansaço, o medo de não conseguir, e até mesmo o tempo. O tempo é cruel, mas é imparcial, e por isso não faz acepção de pessoas. Com ele aprendi que para se chegar em algum lugar temos que caminhar sem parar, pois, ele não para e se não ficarmos ligados com ele, ficamos a margem do caminho. Agradeço ao meu amor, pela paciência carinho e compreensão que dedicou a mim durante toda a construção deste trabalho. Por fim agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha caminhada aos meus familiares e aos meus saudosos pais que me educaram e me prepararam para hoje eu estar aqui.

RESUMO

O município de Juiz de Fora inseriu-se, no processo de reforma da assistência à Saúde Mental de forma tardia, pois a cidade não acompanhou o desenvolvimento do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que insurgiu no país na década de 1970. Somente, a partir de 2010, o município começa a desenvolver um processo de mudança no campo da Saúde Mental, a partir da IV Conferência Municipal de Saúde Mental. Apesar de tardio, o município desenvolveu um processo acelerado de mudanças na assistência em Saúde Mental, que garantiu o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos públicos em menos de cinco anos. Na intenção de compreender este processo, com seus limites e possibilidades, este trabalho pretende analisar a relação da Saúde Mental com a Atenção Básica no município de Juiz de Fora, que a partir do ano de 2010 ganhou um novo contorno. Para efeito desta reflexão foi realizada uma revisão bibliográfica resgatando o processo histórico em que se pensou a intervenção das ações de Saúde Mental na atenção básica no município e uma pesquisa documental, que buscou compreender o que está posto no município no âmbito da articulação da Saúde Mental com a atenção básica. Para complementar as informações e ensejando cotejar com os documentos pesquisados, foi realizada uma pesquisa de campo com oito profissionais inseridos em seis Unidades Básicas de Saúde do município, sendo quatro gerentes e quatro assistentes sociais. Para a pesquisa de campo, foi utilizado o método de pesquisa qualitativa e o instrumento para a coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado. O estudo mostrou, que a articulação da Saúde Mental com a ABS é uma realidade que se encontra permeada por muitos desafios e que o município opera uma rede de atenção psicossocial frágil e muito fragmentada. Depreende-se com isto, que é urgente a necessidade de fortalecimento da rede de assistência à Saúde Mental em Juiz de Fora, como forma de garantir aos usuários desta política a universalidade do direito à saúde e a integralidade das ações de assistência dentro do proposto pela reforma psiquiátrica. Com este estudo buscou-se fortalecer o debate acerca da importância das ações da Saúde Mental na atenção básica e, a reflexão e busca constante de aprimoramento dos profissionais, gestores e todos aqueles envolvidos com a temática da saúde mental. Diante do resultado deste trabalho, conclui-se que a inserção da Saúde Mental na atenção básica, é uma estratégia fundamental para a construção do cuidado em saúde dos usuários em sofrimento psíquico. Assim é importante fortalecer a rede de atenção psicossocial e investir amplamente na Atenção Básica.

Palavras chave: Neoliberalismo. Saúde Mental. Atenção Básica.

ABSTRACT

The city of Juiz de Fora was part of the process of reforming mental health care very late, because the city did not follow the development of the movement of the Brazilian Psychiatric Reform, which emerged in the country in the 1970s. Only, from 2010, the municipality begins to develop a process of change in the field of Mental Health, from the IV Municipal Conference of Mental Health. Although late, the municipality developed an accelerated process of dehospitalization in Mental Health, which ensured the closure of all public psychiatric hospitals in less than five years. In order to understand this process, with its limits and possibilities, this paper aims to analyze the relationship between Mental Health and Primary Care in the city of Juiz de Fora, which from 2010 gained a new outline. For the purpose of this reflection, a bibliographic review was carried out, rescuing the historical process in which the intervention of Mental Health actions was considered in primary care in the municipality and a documentary research, which sought to understand what is in the municipality within the scope of Mental Health articulation. with basic attention. To complement the information and allowing to compare with the researched documents, a field research was conducted with eight professionals inserted in six Basic Health Units of the city, being four managers and four social workers. For the field research, the qualitative research method was used and the instrument for data collection was the interview with semi-structured script. The study showed that the articulation of Mental Health with ABS is a reality that is permeated by many challenges and that the municipality operates a fragile and very fragmented psychosocial care network. This shows that the need for strengthening the Mental Health care network in the city is urgent, as a way of guaranteeing to the users of this policy the universality of the right to health and the integrality of the assistance actions within the proposed by the psychiatric reform. . This study aims to strengthen the debate about the importance of Mental Health actions in primary care and the constant reflection and search for improvement of professionals, managers and all those involved with the theme of mental health. Given the result of this work, it is concluded that the inclusion of Mental Health in primary care is a fundamental strategy for the construction of health care for users in psychological distress. Thus it is important to strengthen the psychosocial care network and invest widely in primary care.

Keywords: Neoliberalism. Mental health. Primary care.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AIH – AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

AIMS – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ASPS – AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

ABS – ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS/AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

CAPS/IJ – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

CASM – CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

CECO – CENTRO DE CONVIVÊNCIA

CESM – COMISSÃO EXECUTIVA DE SAÚDE MENTAL

DRSME – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE MENTAL

DRS – DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE

DSMEN – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GEDAE – GRUPO ESPÍRITA DE ASSISTÊNCIA AOS ENFERMOS

HPS – HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

HU – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

MNLA – MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

MRPB – MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

ONG – ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

OSCIPS – ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

OSs – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

PACS – PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

PDAPS – PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PNASH/P– PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA
HOSPITALAR/PSIQUIATRIA

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PNSM – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RPB – REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

SES – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SMS-JF – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

SRT – SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

SSM – SECRETARIA DE SAÚDE MENTAL

SUP – SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UAPS – UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, OFENSIVA NEOLIBERAL E POLÍTICA SOCIAL: PROJETOS EM DISPUTA E IMPACTOS PARA A ÁREA DA SAÚDE MENTAL	26
1.1 Crise do Capital e Ofensiva Neoliberal	27
1.1.1 Política Social na realidade brasileira: os anos 1980 e 1990	43
1.1.2 A Política de Saúde a partir dos anos 2000: impactos na saúde mental	54
CAPÍTULO II - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS	66
2.1 – A Saúde Mental no marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira	66
2.1.1 Rede de Atenção à Saúde Mental: uma estratégia de organização do cuidado em rede	83
2.2 Saúde Mental na Atenção Básica: uma articulação necessária	90
CAPÍTULO III - SAÚDE MENTAL NA REALIDADE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	101
3.1. Os desdobramentos constitutivos do modelo de assistência à Saúde Mental em Juiz de Fora: da perspectiva de construção de um novo caminho aos dias atuais	102
3.2 A Rede Psicossocial em interface com a atenção básica em Juiz de Fora na atualidade: potencialidades, contradições e desafios.	109
3.2.1. As demandas de Saúde Mental na Atenção Básica em Juiz de Fora	122
3.2.2 O apoio matricial: uma estratégia de qualificação da relação da Atenção Básica e RAPS em Juiz de Fora?	131
3.3 Os desafios para a articulação da Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde em Juiz de Fora	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
APÊNDICES	161

Introdução

A presente dissertação de mestrado tem por objetivo analisar a relação da Saúde Mental com a Atenção Básica à Saúde (ABS) no município de Juiz de Fora. Este estudo parte do pressuposto que a inclusão das ações de Saúde Mental na ABS, é um movimento positivo na direção de uma Política de Saúde Mental (PSM) dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)¹. As ações e serviços pelos quais a ABS é responsável são desenvolvidos, principalmente, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), que são unidades de trabalho circunscritas nos territórios dentro das comunidades².

Este é um fator preponderante, pois a proximidade do serviço com os usuários dentro de seus territórios, contribui de forma primordial para a construção do vínculo e para o acolhimento desses usuários e coletivos. No caso da Saúde Mental o vínculo é essencial para se obter resultados positivos no acompanhamento dos casos. Com base neste entendimento, é que se propõe este estudo, cujo objetivo é analisar a relação da Saúde Mental com a ABS em Juiz de Fora.

Desde seu surgimento nos anos 1970, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) intenta superar o modelo hegemônico de assistência à Saúde Mental no país. Um modelo que historicamente desenvolveu ações que priorizam a mercantilização da saúde, orientado pelo isolamento e a medicalização dos sujeitos, centrado no poder médico.

Nos anos 1980, o MRPB ganhou impulso com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM foi criado em 1978, por

¹ O MRP, aqui é entendido como um processo, complexo e de questionamento constante, em que a implantação, a gerência e o desenvolvimento de novos serviços não deve ocorrer em detrimento da dimensão construtora de possibilidades de relação com as diferenças. Dimensão esta que, visando a melhoria da qualidade de vida e a transformação das relações sociais produtoras de 'mais-sofrimento', deveria estar na base de nosso pensamento (AMARANTE, 2000, p.4).

² Cabe explicar, que qualquer movimento que pretenda melhorias para a classe trabalhadora dentro dos mandos do sistema capitalista é em vão, se não pretender superá-lo. Entretanto, compreende-se também, que na atual circunstância conjuntural que o país está atravessando, tem-se que levar em consideração toda e qualquer estratégia que se proponha a tencionar a hegemonia neoliberal. Partindo deste entendimento é que a autora deste trabalho acredita que fomentar discussões como a que aqui será apresentada possa ser positivo, dentro do que é possível nesta hegemônica sociedade capitalista.

trabalhadores da saúde que se uniram imbuídos pelo desejo de garantir a cidadania dos sujeitos em sofrimento mental, numa perspectiva democrática de direitos. Este movimento incorporou novos sujeitos à luta pela desinstitucionalização, fomentando discussões e debates em torno da defesa da cidadania dos institucionalizados e reivindicou a superação radical do modelo clássico de assistência construído tradicionalmente no país, que tem no saber médico o poder soberano sobre a “loucura”.

Desde então, o MRPB, tendo por objetivo suplantiar o tradicional modelo médico-centrado da assistência em Saúde Mental, vem rompendo desafios e construindo estratégias que visam sobrepujar o antigo modelo hospitalocêntrico. Ao longo dessas quatro décadas, em que vem se desenvolvendo o MRPB, foram criados vários serviços substitutivos para a assistência aos usuários da Saúde Mental, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de programas e estratégias de trabalho dentro da lógica da territorialização.

Dentro deste contexto de luta e desafios, a década de 2000, representa um marco para a Saúde Mental brasileira, pois é a partir dos anos 2000 que se tem normatizações importantes no campo da Saúde Mental instituídas pelo MS. No bojo dessas normatizações está a política de Saúde Mental que foi sancionada pela Lei 10.216 em 2001 e ficou conhecida como lei da Saúde Mental. A partir deste momento, para além dos CAPS's que se dedicavam com afincos à desinstitucionalização de usuário da Saúde Mental, cronicamente asilados, aconteceu uma ampliação dos serviços substitutivos dentro deste campo de assistência, como os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e os Centros de Convivência (CECOS)³.

³ O SRT foi instituído pela portaria 106 em 11 de fevereiro do ano 2000, funciona como moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade destinada a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social [...] constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência do usuário do hospital especializado para o serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao usuário e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000, p.100). Os CECO's são dispositivos públicos que oferecem à população usuária da rede de psiquiatria espaço de sociabilidade e lazer, contribuindo para o convívio social e a inclusão das pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Estes novos serviços contribuíram para que a assistência em saúde mental no país, começasse a caminhar alinhada aos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, estes serviços priorizavam os atendimentos de casos graves, deixando a cargo da ABS a intervenção sobre os casos menos grave como quadros de ansiedade, depressão e outros (BRASIL 2007).

Neste íterim, avançando na compreensão de que as demandas de saúde mental são uma tarefa muito complexa, e que a ABS nem sempre tem condições de dar respostas à essas demandas pela defasagem de recursos humanos e a falta de capacitação no âmbito da Saúde Mental, o Ministério da Saúde (MS) passa a estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da ABS, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental (BRASIL, 2007).

No decurso do desenvolvimento deste processo de inserção das ações de Saúde Mental na ABS, a onda favorável à Saúde Mental é interrompida. No ano de 2015, o país começa a viver uma conjuntura contrária às políticas sociais e a eminência de um golpe parlamentar, que viria a acontecer no ano seguinte com o impeachment da presidente Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores (PT). Essa mudança conjuntural dá espaço para assumir a coordenação da Saúde Mental um psiquiatra conservador manicomial⁴.

Desde então, a assistência em Saúde Mental que já sofria com as reformas da política neoliberal privatista implementas no país desde início dos anos 1990, vem enfrentando ainda obstáculos para se manter. Nos últimos três anos as publicações do MS para a Saúde Mental, demonstram um retorno clássico ao conservadorismo tradicional nesta área, impactando negativamente a assistência dentro do campo da Saúde Mental.

No ano de 2019, com a eleição de Jair Bolsonaro do Partido Social Liberal (PSL) à presidência da república a situação se agrava, pois, o presidente dá prosseguimento, e concretiza ainda com mais rigor a nova política Nacional de

⁴ Até o ano de 2015, a coordenação nacional da Saúde Mental sempre esteve ocupada por participantes do MRPB. Esta mudança se deu, para cumprir acordos políticos entre o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), na tentativa de garantir, minimamente, um acordo para a permanência de Dilma Rousseff na presidência. O que levou a uma reorganização no Ministério da Saúde e das coordenações das políticas setoriais no âmbito da saúde (PASSOS, 2017, p.68).

Saúde Mental aprovada no governo anterior, adensando o retrocesso para a Saúde Mental de uma forma ainda não vista, desde o surgimento do MRPB.

A partir desta identificação, é que se vê, a necessidade deste estudo sobre a interlocução da saúde mental com a ABS em Juiz de Fora.

A aproximação da autora com o tema deu-se no ano de 2012, período em que participou enquanto estagiária em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do processo de construção dessa articulação entre Saúde Mental e AB no município de Juiz de Fora, pelas vias do apoio matricial em saúde mental que naquele momento começava a ser implantado no município. No entendimento da autora, o matriciamento em Saúde Mental é uma ferramenta de gestão do trabalho em saúde, que contribui para que o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico aconteça na perspectiva da integralidade, e também, para que aconteça a articulação entre a Saúde Mental e a ABS dentro da lógica da territorialização⁵.

O interesse em avançar nos estudos sobre a relação entre a ABS e os serviços de Saúde Mental, se deu a partir da inserção como assistente social residente na UBS Parque Guarani/Juiz de Fora no ano 2014, onde atuou até 2016 diretamente ligada aos cuidados e a assistência aos usuários em sofrimento mental e seus familiares. Uma rotina de trabalho em que realizava atendimentos individuais, visitas domiciliares com a equipe da UBS e com a equipe do CAPS-Leste⁶, que era responsável pelo matriciamento na UBS, e também, participava das reuniões de matriciamento, que aconteciam mensalmente na unidade. Nas reuniões eram realizadas discussões de casos e capacitações promovidas pela equipe matricial do CAPS Leste.

A vivência no cotidiano da assistência em saúde mental, fez despertar algumas reflexões, que contribuíram ainda mais para o interesse nesta área: a falta de preparo dos profissionais; a falta da intersetorialidade, imprescindível para efetivação da assistência e do cuidado; a integração das equipes e da Rede de Atenção Psicossocial; e a atenção às famílias, questão extremamente importante no cuidado dos usuários da saúde mental.

⁵ A temática sobre o Apoio Matricial será discutida no desenvolvimento deste estudo.

⁶ O CAPS Leste, é o CAPS de referência da região leste do município de Juiz de Fora, que atende também bairros da região nordeste, onde está localizada a UBS de Parque Guarani.

Partindo destas indagações, a autora optou por desenvolver uma pesquisa sobre a metodologia do matriciamento em Saúde Mental na UBS Parque Guarani, onde se encontrava inserida como assistente social residente. A pesquisa realizada, serviu de base para o seu trabalho de conclusão de curso da residência que teve como objetivo principal, refletir sobre o matriciamento em saúde mental na UBS Parque Guarani.

Os dados da pesquisa⁷ realizada, entre 2014 e 2016, mostraram que o município de Juiz de Fora apresenta um número baixo de serviços de atendimento à Saúde Mental, como é o caso dos CAPS's e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT's) por exemplo, para atender a demanda populacional, pois, apesar dos avanços experimentados na década de 2000, ainda existem no município algumas áreas descobertas e nas áreas cobertas, percebe-se um número de usuários acima da capacidade do serviço.

Além destas observações, o resultado do estudo apontou a existência de uma falta de recursos humanos na assistência à saúde no município, o que deixa as equipes defasadas, tanto as do CAPS quanto das UBS's. Fato este, que contribui imensamente para uma má qualidade da assistência no município, não só do microssistema da Saúde Mental, mas na área da saúde como um todo.

Partindo desta percepção, acredita-se, que compreender o processo de trabalho da Saúde Mental na ABS no município, significa contribuir na abertura de caminhos rumo à concretização da reforma psiquiátrica.

Esta dissertação foi construída com o entendimento que pesquisar é uma atividade científica que permite uma aproximação com a realidade. É o fenômeno de aproximações sucessivas da realidade, fazendo uma combinação particular entre teoria e prática (MINAYO 2004). Construir um trabalho de pesquisa no campo das ciências sociais, requer que levemos em consideração as especificidades do próprio objeto a ser pesquisado e do campo de estudos. Portanto, para uma aproximação da realidade de qualquer objeto, no campo das ciências sociais, há de se compreender que, o objeto analisado é um fenômeno ou processo social,

⁷ Pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da residência em Saúde da Família (2014/2016). O objetivo do trabalho era: "Analisar o matriciamento em saúde mental na UBS Parque Guarani".

cujas determinações e transformações são dadas por uma relação intrínseca do objeto com os sujeitos sociais.

Embora a pesquisa seja um construto teórico, ela vincula pensamento e ação.

Nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente relacionados. São frutos de determinadas inserção no real, nele encontrando suas razões e objetivos (MINAYO, 2004, p.18).

De acordo com a citada autora, os processos de investigação, tem por base um problema com uma questão, com uma dúvida, ou com uma pergunta. Assim sendo, a questão que se coloca neste trabalho é: Como garantir a produção da Saúde Mental a partir da ABS? Diante desta questão o objeto de análise deste trabalho, é “a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica à Saúde no município de Juiz de Fora/MG”.

Com base na análise de Minayo (2004) compreende-se, que, o objeto aqui analisado, se insere no campo das ciências sociais: é um objeto histórico, pois se localiza em um determinado espaço de tempo; por consequência dessa característica possui consciência histórica; e uma identidade com o sujeito, que compartilha de seu mesmo tempo histórico.

A pesquisa na área das ciências sociais lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (MINAYO, 2004, p.14). Neste sentido, propõe-se a desenvolver um estudo com base nos pressupostos indicados para pesquisa dentro deste campo.

Para o processo de construção de uma pesquisa, há de se levar em consideração, a necessidade de um caminho metodológico, que permita alcançar os objetivos desejados pelo investigador.

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador [...]. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumento claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar

os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2004, p.16).

Como forma de aproximação do objeto de estudo, o trabalho utilizou o método de pesquisa qualitativa, o qual, no âmbito das ciências sociais, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Assim, permite ao investigador entender, como cenários, atores e instituições envolvidos se relacionam no processo da produção do objeto em questão.

O método qualitativo tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Caracteriza-se por aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta. A escolha por este método de pesquisa, explica-se pela característica do objeto de estudo, que está fundado em um processo de relação humana, ou seja, a relação de trabalho entre as equipes de profissionais das instituições que são ponto de atenção da RAPS.

De acordo com Minayo (2004) a abordagem qualitativa aprofunda-se no entendimento dos significados das ações e relações humanas, respondendo a questões muito particulares. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p.21-22).

A fundamentação teórica-conceitual, é imprescindível para o desenvolvimento de uma pesquisa no campo das ciências sociais. Dessa forma, foi realizada uma revisão literária bibliográfica, a partir de autores, que dão suporte para o debate do tema proposto, com a devida atenção em dar ênfase àqueles trabalhos elaborados a partir de uma base conceitual crítica, pautada no materialismo histórico dialético.

O referencial teórico desenvolvido neste trabalho, teve como base uma reflexão crítica sobre o projeto neoliberal, enquanto uma das estratégias de tentativa de superação da crise estrutural do capital a partir dos anos 1970 e seus reflexos nas políticas sociais. Também, foi analisado o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, a partir dos anos 1990 e a política de saúde a partir dos anos 2000.

Para a compreensão do significado das crises do capital, e em especial da crise que avança no mundo a partir dos anos 1970, o trabalho respalda-se nas concepções de Mandel (1982); Mészáros (2002). No âmbito dos reflexos desta crise para as políticas sociais, o trabalho buscou suporte literário em Bravo e Menezes (2013); Bravo (2009,2012).

Para análise do processo de desenvolvimento das políticas sociais, o trabalho se referenciou em Behring (1998); Behring e Boschetti (2009). A reflexão sobre a interlocução da Saúde Mental com a ABS será fundamentada em uma revisão nos documentos do Ministério da Saúde (2001,2003, 2004, 2007) e outros. O trabalho conta ainda, com ajuda de Campos (1999); Campos e Domitti (2007), para uma compreensão da metodologia do apoio matricial, tema que surgiu durante a pesquisa de campo e por isso será tratado em um item específico no desenvolvimento do capítulo III.

O cenário da pesquisa é o município de Juiz de Fora. A cidade de Juiz de Fora está situada no Sudeste do Estado de Minas Gerais/Mesorregião da Zona da Mata, é sede da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais, que é composta por 94 municípios. A macro sudeste engloba 8 microrregiões de saúde. A microrregião Juiz de Fora é formada por 25 municípios.

Juiz de Fora possui população estimada pelo IBGE/2018 de 564.310 habitantes distribuídos em 07 regiões urbanas administrativas de saúde: região Leste; Nordeste; Norte; Sudeste; Centro-Sul; Oeste; Sul e uma região do campo (JUIZ DE FORA, 2013).

Dentro deste cenário, para compreender a interlocução da Saúde Mental com a ABS no município de Juiz de Fora, optou-se por uma análise documental. Os documentos selecionados são aqueles instituídos com foco na política de saúde e de Saúde Mental, desenvolvidos pelos órgãos gestores do sistema público de saúde de Juiz de Fora.

A análise documental buscou levantar o que estava posto para a relação da Saúde Mental com a ABS no município, a partir dos seguintes documentos:

Unidades de análise	Assunto/categoria	Propostas Identificadas
Relatório da 4ª CSM	<ul style="list-style-type: none"> Eixo I - Saúde Mental e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersectoriais 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio Matricial - Educação permanente - Qualificar equipes: humanização no atendimento - Acolhimento - Implantar NASF - Ampliar a RAPS/local (CAPS) - Financiamento - Intersetorialidade
	<ul style="list-style-type: none"> Eixo II - Consolidando a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecendo os Movimentos Sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da RAPS/local - Profissionais efetivos - Financiamento - Capacitação de funcionários - Criação de equipe mínima de saúde mental -Intersetorialidade
	<ul style="list-style-type: none"> Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Intersetorialidade - Recursos financeiros - Ampliação da RAPS/SUS local - Participação popular/conselho - NASF/matriciamento
Programação Anual em Saúde do Departamento de Saúde Mental/2015	<ul style="list-style-type: none"> RAPS/SUS/Local 	Ampliar e efetivar a rede
Catálogo de Normas da APS – Juiz de Fora / 2016	<ul style="list-style-type: none"> Matriciamento Acolhimento 	- Cobertura de 100% do território em relação a saúde mental
Plano de Saúde Plurianual 2014/2017 2018/2019	<ul style="list-style-type: none"> Recurso Financeiro Recursos Humanos Intersetorialidade Estrutura física deficiente Fiscalização insuficiente dos serviços terceirizados: Comunidades Terapêuticas. Implantar NASF/Matricramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização e Ampliação da Rede - Alinhamento da PSM/local com a PSM nacional

O trabalho usou ainda como referência literária dados secundários do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS - JF) e do Departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora (DESMEN - JF)⁸.

⁸ Para além desses, destacamos como referência a dissertação de mestrado da assistente social Sílvia Maria de Oliveira Mendes – Universidade Federal de Juiz de Fora ano de 2007. A tese em questão versa sobre: “Saúde Mental e trabalho: transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora”. Assistente social, inserida no campo da Saúde Mental desde a década de 1990 em Juiz de Fora/MG, momento em que se colocam as primeiras iniciativas governamentais, no município, objetivando a desinstitucionalização do “louco”. No ano de 2007 participou da equipe de trabalho que buscava a afirmação de uma nova política para o campo da Saúde Mental. Destaco também que foi utilizado como aporte o trabalho anterior de minha autoria intitulado “O Matriciamento em Saúde Mental: a experiência da Unidade de Atendimento Primário a Saúde (UAPS) - Parque

Para complementação das informações, foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de seis UBS's do município. As UBS's escolhidas para participar da pesquisa representam seis das sete regiões administrativas de saúde da cidade. Cabe destacar, que a região rural não entrou no rol da pesquisa pela dificuldade de acesso.

O método de escolha das UBS's foi o sorteio, feito separadamente em cada uma das seis regiões, de forma a contemplar os três tipos de UBS existentes na cidade de Juiz de Fora: UBS de caráter tradicional; UBS mista onde se encontra a lógica tradicional e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS); e UBS que trabalham com a ESF. No total foram seis UBS's organizadas e classificadas da seguinte forma:

UBS	Tipologia	Região
Nº 01 _____	mista _____	Oeste
Nº 02 _____	tradicional _____	Sudeste
Nº 03 _____	Estratégia de Saúde da Família _____	Norte
Nº 04 _____	Estratégia de Saúde da Família _____	Sul
Nº 05 _____	Estratégia de Saúde da Família _____	Leste
Nº 06 _____	Estratégia de Saúde da Família _____	Nordeste

Sobre os sujeitos da pesquisa, é importante destacar, que em um primeiro momento, pensou-se em um gestor do Departamento Municipal de Saúde Mental (DESM) e os profissionais referência da saúde mental na atenção básica. Porém, durante o percurso da pesquisa apareceram algumas dificuldades com o DESM que não respondeu em tempo hábil a autorização para realização da pesquisa, não sendo possível realizar as entrevistas com o gestor nem com os profissionais dos CAPS's.

Diante disso, optou-se por entrevistar os gerentes das seis UBS's escolhidas para pesquisa, pois a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde forneceu a autorização dentro do prazo exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Juiz de Fora. Sendo o projeto aprovado pelo parecer número 3.292.098 em 29 de abril de 2019.

Para a escolha dos profissionais, acompanhou-se a indicação dos gerentes das UBS's, que apontaram as assistentes sociais como sendo aquela profissional que está à frente da organização do serviço de Saúde Mental nestas unidades. Para além da indicação dos gerentes, observou-se que as quatro assistentes sociais estão inseridas na ABS há mais de 25 anos, inclusive todas elas participaram do momento de mudanças na assistência à Saúde Mental, que ocorreu no município a partir de 2010.

Neste sentido, decidiu-se pela participação das assistentes sociais como sujeitos da pesquisa. Cabe colocar que por motivo de licença médica a gerente da UBS nº 3 não participou da pesquisa de campo. Outro dado importante a esclarecer é que a UBS nº 2 que é tradicional não tem assistente social sendo entrevistado somente o gerente; a UBS nº 1 a assistente social é a gerente da unidade por isso somente ela foi entrevistada; e a UBS nº 06 estava sem gerente no momento também somente a assistente social participou. Com isto, foram entrevistados quatro gerentes e quatro assistentes sociais totalizando um número de oito entrevistados conforme mostrado abaixo.

Grupo		Área de formação	Tempo de formação	Tipologia UBS	Nº UBS	Tempo de trab. Na UBS
GERENTE	1	ENFERMAGEM	21anos	TRADICIONAL	2	09 anos
	2	SERVIÇO SOCIAL	24 anos	MISTA	1	01 ano
	3	TÉC. ENFERMAGEM	22 anos	ESF	5	17 anos
	4	ENFERMAGEM	21 anos	ESF	4	04 anos
ASSISTENTE SOCIAL	1	SERVIÇO SOCIAL	28 anos	ESF	4	15 anos
	2	SERVIÇO SOCIAL	33 anos	ESF	3	06 anos
	3	SERVIÇO SOCIAL	34 anos	ESF	5	27 anos
	4	SERVIÇO SOCIAL	34 anos	ESF	6	10 anos

Para coleta de dados o instrumento escolhido, foi a entrevista, pois, através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na narrativa dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (NETO, 1993, p. 57). Este instrumento proporciona uma melhor compreensão do objeto estudado, pois diante da percepção dos entrevistados, será possível iniciar um processo de aproximação com a realidade e de reflexão sobre a mesma.

As entrevistas são de roteiros semiestruturados e diferenciados para os profissionais. Sendo um modelo para os gerentes e outro para as assistentes sociais. As mesmas foram gravadas integralmente e transcritas para a análise dos dados. As entrevistas foram individuais e agendadas com cada profissional.

Para orientar o trabalho, foram pensadas algumas questões para o momento das entrevistas, de forma a contribuir com uma reflexão crítica sobre o tema pesquisado. Desta forma, os profissionais foram convidados a falar sobre a RAPS/SUS local; sobre a relação de trabalho; sobre suas experiências no campo da Saúde Mental; a rotina de trabalho; entre outras interrogativas. O pretendido com as indagações feitas aos profissionais no decorrer das entrevistas é cotejar com os documentos analisados, buscando aproximações e distanciamentos da fala dos profissionais com o que legalmente está posto.

A análise dos dados coletados fundamenta-se na proposta de interpretação qualitativa de dados de Minayo (1992). A autora apresenta três passos para sua proposta operativa. O primeiro passo é ordenar os dados coletados, o que envolve a transcrição das gravações, uma atenta releitura do material e organização dos dados que foram observados durante a entrevista. O próximo passo é a classificação dos dados, o que exige uma leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar pontos de relevância para o estudo. Por último, está a análise final, momento em que deve ser feito um exercício de articulação entre os dados e o referencial teórico da pesquisa, observando se os resultados obtidos respondem as questões postas pela pesquisa.

É importante lembrar, que o produto final de um trabalho de pesquisa deve ser visto sempre de forma provisória e aproximativa, pois em se tratando de ciência,

as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por afirmações futuras (GOMES, 2004).

Os dados da pesquisa empírica, são apresentados a partir de uma análise de dados reflexiva, cujo objetivo é compreender como se dá a articulação entre a ABS e o subsistema de Saúde Mental que impacta no cuidado em Saúde Mental em Juiz de Fora.

O processo de construção desta análise se deu com base em uma leitura exaustiva de todo material coletado, agrupando e categorizando as falas do núcleo de profissionais envolvidos na pesquisa, de onde resultaram vários eixos temáticos. Na intenção de categorizar os eixos de maior relevância, buscou-se correlacionar o material coletado aos conteúdos teóricos construídos, especialmente, na fase inicial da pesquisa, através do levantamento de material bibliográfico.

Com isto, os resultados indicam uma certa fragilidade na rede de assistência à Saúde Mental no município de Juiz de Fora, que se apresenta de forma fragmentada, hierarquizada e dividida em setores, com lacunas prejudiciais à assistência à saúde no município. Lacunas que se colocam principalmente pela defasagem de recursos humanos e uma grande rotatividade de profissionais contratados, o que dificulta o comprometimento das equipes de saúde da ABS com as demandas da Saúde Mental. A forma setorializada e hierarquizada de organização dos serviços, denunciou que não há diálogo entre os serviços, cada setor age de forma independente, o que dificulta a efetivação de uma assistência de qualidade para a população, pois a produção da saúde depende da intersectorialidade para que seja de fato uma assistência integral e equânime.

A pesquisa demonstrou que as demandas da Saúde Mental para a ABS em sua maioria são de depressão e ansiedade, com estreita relação com as expressões da questão social⁹. Por esta intrínseca relação, viu-se que o assistente social, pelo seu compromisso ético/político é demandado a se colocar como agente organizador da assistência aos usuários da Saúde Mental.

⁹ A questão social e suas múltiplas expressões são objeto de trabalho do assistente social. A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2007, p.160).

Outra questão que se percebeu no processo de análise dos dados foi a colocação dos profissionais a respeito da importância de se trabalhar com metodologia do apoio matricial e também a necessidade de se ter a educação continuada para o trabalho. O matriciamento assim como a capacitação ressoou quase como um clamor em todos os relatos dos profissionais. Porém, a pesquisa revelou que nas unidades pesquisadas não acontecem a capacitação dos profissionais para a atuação na Saúde Mental e o matriciamento não acontece dentro do formato estabelecido pelo MS. Diante da expressividade com que o matriciamento apareceu nas entrevistas, foi desenvolvido no capítulo III um tópico para tratar o assunto.

A apresentação deste estudo está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo foi feita uma reflexão sobre as estratégias neoliberais como tentativa de superação da crise estrutural capitalista que eclodiu no mundo nos anos 1970, e seus impactos ofensivos nas políticas sociais no Brasil a partir de 1990. No desenvolver deste capítulo, foi discutido ainda, A política de saúde no Brasil e o subsetor de Saúde Mental. O segundo capítulo, apresenta um resgate histórico da construção da política de Saúde Mental no país a partir da década de 1970, com ênfase na criação da RAPS. Finalizando o capítulo, fez-se uma discussão sobre a organização do serviço da Saúde Mental na ABS, pautada nas principais demandas e nos desafios para esta interlocução.

No terceiro capítulo, a luz do referencial teórico, discutiu-se a política de Saúde Mental no município de Juiz de Fora. A discussão foi fundamentada na revisão literária feita em documentos instituídos com foco na saúde e Saúde Mental do município de Juiz de Fora e na análise dos dados, resultantes da pesquisa empírica realizada com os profissionais gerentes e assistentes sociais de seis UBS's da cidade de Juiz de Fora

Com este trabalho, espero contribuir com o debate acerca da interlocução da Saúde Mental com a ABS e para a reflexão e busca constante de aprimoramento dos profissionais, gestores e todos aqueles envolvidos com a temática da saúde mental.

Capítulo I

Reestruturação Produtiva, Ofensiva Neoliberal e Política Social: Projetos em Disputa e Impactos para a Área da Saúde Mental

Neste capítulo, pretende-se analisar, o processo de desenvolvimento da política social no Brasil a partir da década de 1970, sob a lógica do receituário neoliberal. O modelo neoliberal com base em uma ideologia reformista, torna-se hegemônico no mundo capitalista na entrada da década de 1970, como única resposta de seus gestores e dos Estados Nação – geridos pelo capital –, à crise estrutural que principiava em todo complexo modo de produção capitalista. No Brasil, diante da especificidade de estar vivendo uma conjuntura de Ditadura Civil Militar, este modelo de reordenamento socioeconômico e político ganha expressividade hegemônica a partir da década de 1990 - momento em que o país estava atravessado por uma conjuntura de redemocratização política. Neste contexto, o país passa a ser palco de uma constante disputa de diferentes projetos societários que ainda se apresenta nos dias atuais.

A crise capitalista que irrompeu mundialmente na década de 70 do século XX, é compreendida pelos neoliberais, como sendo causada pelo esgotamento do Estado-de-Bem-Estar-Social¹⁰ que imperou nos países capitalistas centrais, após a Segunda Guerra Mundial.

Infere-se com isto, que analisar a política social de forma global ou especificamente no contexto brasileiro, pressupõe a apreensão da crise estrutural do capital em nível mundial, como sendo a crise mais profunda e prolongada, vivida pela sociabilidade capitalista. A crise iniciada nos anos 1970, traz em sua gênese a queda tendencial da taxa de lucro. As respostas do capital para manter ou até mesmo elevar a taxa de lucro e por consequência seus níveis de acumulação neste momento de crise, se corporifica em alternativas ofensivas ao mundo do trabalho: com novas formas de gestão e controle do trabalho, aumento da exploração da força de trabalho pela mais-valia relativa (inovação tecnológica) e pela mais-valia absoluta (ampliação do ritmo de trabalho).

¹⁰ De acordo com Netto (2013) Welfare State ou Estado de Bem-Estar-Social caracterizou-se como um ordenamento sociopolítico do Estado burguês na idade do monopólio, e operou no sentido de concretizar direitos sociais mediante um de seus instrumentos reguladores mais importantes, a política social.

Essas mudanças no processo produtivo fazem emergir um novo modelo de acumulação, que Harvey denomina “acumulação flexível”, cuja base advém da “flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo” (Harvey, 2006). Todas essas mudanças nas relações sociais de produção, refletem no Estado, que sob a égide neoliberal passa a ordenar sob a lógica do mercado, o que se desdobra em inflexões para a manutenção e conquista das políticas sociais, dentre elas, a política de saúde.

1.1 Crise do Capital e Ofensiva Neoliberal

A crise que se consolida nos anos 1970, expressa o esgotamento de um longo processo expansivo do capital, que se firmou a partir do segundo pós-guerra, sustentado pelo modelo de desenvolvimento fordista e no pacto keynesiano¹¹. O enfraquecimento deste ciclo expansionista fortaleceu os argumentos da burguesia capitalista de que a crise do capital é resultado deste modelo de desenvolvimento, fundado no Welfare State, dando margem para a retomada das ideologias liberais em novas roupagens. O posicionamento dos liberais defende o livre mercado e a redução do papel do Estado na economia e, principalmente, no social. No entendimento dos novos liberais este modelo de desenvolvimento keynesiano/fordista contribuiu para um alargamento do Estado no âmbito dos gastos públicos com políticas sociais e, também, contribui para a queda da taxa de lucro das empresas, pois, aumenta o poder de pressão dos sindicatos sobre as disputas trabalhistas (BEHRING, 2009).

Neste ínterim o modelo de desenvolvimento adotado pelos Estados capitalistas após o segundo pós-guerra, na visão neoliberal, se torna um obstáculo para a dinâmica de desenvolvimento do capital. Este entendimento exige da classe burguesa pensar estratégias que possibilitem sobrepujar tal barreira. À vista disso, é relevante ressaltar, que o modo de produção capitalista em toda sua história jamais foi capaz de resolver, com efetividade, as contradições causadas por sua própria dinâmica de sociabilidade. Ele as ultrapassa, mas não as supera, pois, o

¹¹ Pacto que visa extensão dos direitos e políticas sociais e o compromisso com o “pleno emprego”. Se funda na institucionalização das demandas do trabalho, deslocando o conflito para o interior do Estado (BEHRING, 1998)

modo de produção capitalista, sobrevive sustentado por contradições que são intrínsecas à sua estrutura de desenvolvimento. Estrutura que teve e ainda mantém como base a exploração do trabalho

A dinâmica adotada pelo capital de se ajustar para superar determinadas barreiras, não é particularidade do capitalismo contemporâneo, mas é uma estratégia implícita na base de construção deste sistema de produção.

Marx, nos Grundrisse de 1857, já debatia essa especificidade do capital que diante da necessidade de superar seus entraves expropria indivíduos e coletivos, sem a menor reciprocidade. Como exemplo, Marx apresenta as modificações em uma comunidade de pequenos arrendamentos na Inglaterra do século XVI.

No século XVI e início do século XVII, a importação de mercadorias holandesas tornou basicamente decisivo o excedente de lã que o país tinha de dar em troca. Para produzir mais lã, a terra cultivável foi transformada em pastagem para ovelhas, o sistema de pequenos arrendamentos foi desmantelado etc., [...]. Por conseguinte, a agricultura perdeu o caráter de trabalho visando a produção de valor de uso, e a troca de seu excedente perdeu o caráter indiferente em relação à sua estrutura interna. [...]. Com isso, não só o modo de produção foi modificado, mas foram dissolvidas todas as antigas relações de população e de produção e as relações econômicas a ele correspondentes (MARX, 2011, p. 314-315).

Na tentativa de superação e manutenção de sua hegemonia, o sistema capitalista se movimenta fazendo algumas mudanças. Este movimento do capital, dá margem à corporificação de crises, que sempre abalam as estruturas da sociedade: econômicas, políticas ou sociais. Assim, pode-se dizer, que as crises vividas historicamente pelo sistema capitalista, tem caráter cíclico e sempre afetam a dinâmica social a partir de um certo ponto, não modificando a estrutura global deste como um todo¹².

¹² O processo histórico deste modo de produção, mostra, que do ano de 1825 até a entrada da Segunda Guerra Mundial, o modo de produção capitalista experimentou várias fases de prosperidade econômica. De acordo com o estudo de Netto e Braz (2007), foram catorze momentos e todos acompanhados por um processo de crise. Configurando assim, uma real inconstância entre períodos de expansão e crescimento e momentos de depressão, materializados em falências e quebraadeiras. Fato este que toda vez que ocorre, traz para a classe trabalhadora desemprego e miséria.

Para o capital global, independentemente do grau de importância das mudanças, elas serão efetivadas, mesmo sendo mudanças que venham a prejudicar ou até mesmo extinguir um ou outro setor específico. O importante é que o resultado final seja a manutenção da ordem capitalista. No entanto, a crise de 1970 atingiu os Estados-Nação abalando a estrutura social global como um todo.

O modo de produção capitalista se constitui sobre um ciclo de crises, as quais, são consideradas por Mandel (1982) como sendo crises cíclicas, imanentes da estrutura da ordem do capital. As crises cíclicas apresentam-se como eventos intrínsecos ao modo de produção capitalista, pois são expressões das contradições próprias do desenvolvimento deste sistema. Sendo assim, o esgotamento do longo processo expansivo vivido pelo capital - que se deu a partir do término da Segunda Guerra Mundial, – configura uma manifestação ampla das contradições deste modo de produção. A partir do desmoronamento do Estado de Bem-Estar-Social, explodiu em nível mundial um momento crítico, único para o sistema capitalista compreendido como um momento de crise social global causadora de um desmoronamento histórico de toda uma complexa forma de sociabilidade, com seu complexo modo de produção de mercadorias em vigor na era do capitalismo tardio¹³ (MANDEL, 1982)¹⁴.

A partir da análise de Mandel (1982), compreende-se que no complexo universo da sociabilidade capitalista existe uma tendência natural à queda da taxa de lucro, proporcionada pela busca constante de valorização do capital. Isto porque na dinâmica da produção capitalista figura um processo de constante concorrência entre os capitalistas – às vezes de mesmo ramo ou entre países – baseados na

¹³ Para Mandel capitalismo tardio é uma nova fase do capital. “Aparece assim como o período em que, pela primeira vez, todos os ramos da economia se encontram plenamente industrializados” (MANDEL, 1982 p.133)

¹⁴ Na concepção mandeliana, o desenvolvimento do modo de produção Capitalista pode ser percebido em três fases consecutivas: capitalismo concorrencial; capitalismo dos monopólios; e o capitalismo tardio. Esta última fase, é marcada pelo longo período expansionista da dinâmica de acumulação do capital, que se deu no segundo pós-guerra, – possível porque houve uma elevação da taxa de lucro neste período – mas que tornou as contradições internas próprias do modo de produção capitalista ainda mais agudas. Para Mandel, o capitalismo tardio não significa uma nova época do capital, mas, o desdobramento na evolução deste modo de produção, pois continua sob as mesmas leis e a mesma lógica que rege todo processo de formação do capitalismo colocado por Marx em “O Capital”.

incorporação de novas tecnologias, buscando um diferencial na produção de suas mercadorias.

Neste transcurso os capitalistas tendem a intensificar o processo de produção de mercadorias, com recurso das novas tecnologias – capital constante – em detrimento do investimento em capital variável¹⁵. Por consequência deste processo, acontece uma elevação da composição orgânica do capital, ou seja, amplia-se o capital constante, investindo em maquinaria e matéria prima em detrimento do investimento na contratação da força de trabalho. Essa dinâmica aumenta a extração da mais valia relativa que é apropriada pelo capitalista. A tendência deste processo é uma superprodução determinada pelas novas tecnologias e um subconsumo proporcionado pelo desemprego, gerando um estado de crise¹⁶ (MANDEL, 1982).

De acordo com a análise de Mandel,

o progressivo decréscimo relativo do capital variável em relação ao capital constante, gera uma composição orgânica crescentemente superior do capital global, cuja consequência imediata é que a taxa de mais-valia, com grau constante e até mesmo crescente de exploração do trabalho, se expressa numa taxa geral de lucro em queda contínua. A tendência progressiva da taxa geral de lucro a cair é, portanto, apenas uma expressão peculiar ao modo de produção capitalista para o desenvolvimento progressivo da força produtiva social de trabalho. Essa relação da massa de mais-valia com o valor do capital global empregado constitui, porém, a taxa de lucro, que precisa, por isso, cair continuamente (MANDEL, 1982, p.164).

A consequência social deste processo que gera superprodução e subconsumo é um pauperismo estrutural da classe trabalhadora, afirmando cada vez mais a dependência dos trabalhadores das políticas sociais. Percebe-se que neste ponto, reafirma-se a visão mandeliana, quanto ao capitalismo tardio ser uma nova fase de desdobramento do capital, pois neste momento, o autor mostra a presença da lei geral da acumulação capitalista no quadro do capitalismo tardio.

¹⁵ Ver MARX, K. (1988)

¹⁶ Crise de superprodução significa a interrupção periódica do processo de reprodução ampliada ocasionada por uma queda da taxa de lucro, o que determina uma baixa nos investimentos e no nível de emprego[...]. As crises de superprodução são uma fase necessária no padrão normal de produção capitalista, que passa sucessivamente por ascensão, boom, superaquecimento, crise e depressão industriais (MANDEL, 1982, p. 412).

Infere-se assim, que o capitalismo tardio se funda nas leis próprias do velho capitalismo, mas o que o situa em um novo estágio, são as novas características que ele traz na sua base econômica, nas suas orientações, estratégias, consensos e ideologias. Essas ações são seguidas de forma globalizada pelos países capitalistas, caracterizando a mundialização financeira neoliberal.

Dentro deste processo, é importante analisar o fato de que o capital na busca pela reconstrução do poder e da hegemonia, nos períodos de crise, tradicional e historicamente sempre contou com o suporte de um importante sujeito, o Estado.

O Estado, diante da contradição posta entre capital e trabalho, representa o mediador dos conflitos ocasionados por esta relação contraditória. Isto porque, historicamente, dentro da ordem capitalista o Estado é por excelência aquele que tem a função de criar as condições gerais de produção, as quais, as atividades privadas dos constituintes da classe dominante não podem assegurar. Na era do capitalismo tardio, os monopólios dominantes procuram estabelecer seu controle sobre todas as fases de produção e da reprodução, por intermédio do Estado ou da “iniciativa privada” (MANDEL, 1982, p.185).

Assim, cabe ao Estado, por exemplo, propiciar os meios de transporte, comunicação e serviços postais, necessários ao processo da produção. Também é de responsabilidade do Estado fomentar as políticas integradoras na esfera social e as políticas econômicas, favoráveis à produção e reprodução das relações sociais (MANDEL, 1982).

Dentro disso, os Estados nacionais restringem-se:

A cobrir o custo de algumas infraestruturas (sobre as quais não há interesse de investimento privado), aplicar incentivos fiscais, garantir escoamentos suficientes e institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação, em nome da competitividade. Nesse sentido último, são decisivas as liberalizações, desregulamentações e flexibilidades no âmbito das relações de trabalho – diminuição da parte dos salários na renda nacional, segmentação do mercado de trabalho e diminuição das contribuições sociais para a seguridade e do fluxo de capitais, na forma de Investimento Externo Direto (IED) e de investimentos financeiros em portfólio (BEHRING, 2009, p.4).

Depreende-se a partir de Mandel, que o modo de produção capitalista não é capaz de produzir seus pré-requisitos básicos para sua manutenção, sejam eles

técnicos ou sociais. Dessa forma, depende de um agente externo que o auxilie e seja capaz de preencher suas intrínsecas lacunas por ele mesmo negligenciadas. Assim, por um lado o Estado cria as políticas integradoras, que mantêm o consenso no âmbito da sociedade civil e, por outro, as políticas econômicas que asseguram a continuidade deste sistema como predominantemente hegemônico.

Diante desta questão, há que se destacar o posicionamento do Estado na articulação do fundo público – que é constituído por toda a sociedade, por meio de diferentes contribuições a título de impostos diversos –, com o financiamento das políticas de modo geral. Apesar de historicamente os subsídios e auxílios públicos serem integrantes da dinâmica de desenvolvimento do capital, esta articulação ganhou densidade e novo formato, a partir do segundo pós-guerra com o Estado de Bem-Estar Social.

Neste contexto, o fundo público em suas diferentes formas passou a ser determinante na manutenção do financiamento da acumulação capitalista e também para a produção e reprodução da força de trabalho, por meio dos gastos sociais (OLIVEIRA, 1998).

Em relação aos subsídios direcionados para a reprodução da força de trabalho, não se deve deixar de problematizar que os mesmos, apesar de constituírem ganhos para a classe trabalhadora, em segunda instância também equivalem a ganhos para o capital, uma vez que representam parte do salário dos trabalhadores paga de forma indireta. Assim, quanto mais desenvolvida for a força de trabalho, por intermédio das políticas sociais voltadas para educação, a saúde e etc., mais lucro ela gerará para o capital. Os serviços sociais materializados nas políticas sociais como: subsídios para transporte, auxílio habitação, salário família e outros, contribuem para a manutenção do baixo salário real pago pelo capital.

A transferência para o financiamento público de parcelas da reprodução da força de trabalho é uma tendência histórica de longo prazo no sistema capitalista [...]. O crescimento do salário indireto, nas proporções assinaladas, transformou-se em liberação do salário direto ou da renda domiciliar disponível para alimentar o consumo de massa (OLIVEIRA, 1998, p.22).

Outra questão importante é que a conjuntura que se coloca a partir do término da Segunda Guerra Mundial e finda com o desmoronamento do Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State* é atravessada pela ascensão do capital

financeiro¹⁷. O capital financeiro é uma modalidade que emergiu com o nascimento da indústria moderna, e tem nos bancos o principal ator. Com o surgimento da financeirização do capital, as instituições bancárias passaram a encarregar-se de um papel relevante no processo de acumulação capitalista. Contudo, a predominância do capital financeiro no processo de desenvolvimento do capital, se firma na era da globalização. Conforme Iamamoto, o capital financeiro é uma forma fetichizada do capital (IAMAMOTO,2008).

Capital financeiro envolve a fusão do capital bancário e industrial em condições de monopólio capitalista, redundando na concentração da produção e na fusão de bancos com a indústria. A gestão desses monopólios converte-se em dominação da oligarquia financeira, que tende a crescer com os lucros excepcionais, os empréstimos estatais, a especulação com terras, dentre outros mecanismos (IAMAMOTO,2007, p. 101).

Com a ascensão do capital portador de juros, nasce uma classe de capitalistas, que busca obter seus lucros através dos rendimentos da financeirização do capital, a partir da ideia de que dinheiro gera dinheiro, afastando-se assim da esfera da produção. Esta nova casta de capitalistas, constitui a chamada oligarquia financeira, que através do sistema de juros, bolsa de valor e etc., concentram cada vez mais capital “fictício”, oriundos das diferentes classes. Assim, subjagam a produção, subordinando os procedimentos industriais e comerciais ao capital portador de juros, e se tornam gestores dos monopólios capitalistas construídos ao longo do processo de desenvolvimento do capital.

A origem deste acúmulo de capital que faz emergir o capital portador de juros, está no volume de capital excedente gerado com a acumulação e concentração crescente, na era do capitalismo monopolista. Esta concentração e centralização de capital, coloca um grande volume de capital à disposição das grandes empresas oligopolistas e monopolistas por meio dos superlucros que realizavam.

A superacumulação capitalista, está intimamente ligada, ao que a teoria marxista conceitua de supercapitalização. Isto é, uma tendência de industrialização

¹⁷ Capital portador de juros, que busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida (CHESNAIS,2005).

da esfera da reprodução como forma de valorizar o capital superacumulado, inserindo todas as esferas da vida social nas relações propriamente capitalistas, ocorrendo por consequência, a mercantilização das políticas sociais. São esses processos, intrínsecos da dinâmica de desenvolvimento e acumulação do capital, que gestam um campo fértil para emergência de crises, como a iniciada na década de 70 do século XX.

É uma crise estrutural, inerente da própria lógica de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, que mostrou o limite estrutural do próprio capital (MÉSZÁROS, 2002). Entende-se assim, que não se trata de uma simples crise de rearranjo do capital na busca ávida pela ampliação dos lucros, presente historicamente dentro da sociabilidade capitalista, mas é uma crise sistêmica, estrutural que envolve todas as esferas da vida em sociedade (NETTO, 2012).

Conforme Méészáros,

Uma crise estrutural afeta a totalidade de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos como também a outros complexos aos quais é articulada. Diferentemente, uma crise não estrutural afeta apenas algumas partes do complexo em questão, e assim, não importa o grau de severidade em relação às partes afetadas, não pode pôr em risco a sobrevivência contínua da estrutura global (MÉSZÁROS, 2002, p.796-797).

As crises experimentadas por este modo de produção estabelecem cada vez mais, patamares diferenciados de exploração. Quanto maior a complexidade de uma estrutura fundamental e das relações que ela contrai com outras estruturas, maior será a probabilidade dessa estrutura se justapor, pois a estrutura fundamental terá um leque variado e flexível de alternativas proporcionadas pela complexidade posta (MÉSZÁROS 2002). Deste modo, sempre que consegue ultrapassar as barreiras imediatas e contraditórias, que sua própria dinâmica de acumulação faz emergir o capital expande sua forma de dominar e operar¹⁸.

Sendo assim, Méészáros afirma que:

Contradições parciais e “disfunções”, ainda que severas em si mesmas, podem ser deslocadas e tornadas difusas – dentro dos limites últimos ou estruturais do sistema – e neutralizadas, assimiladas, anuladas pelas forças ou tendências contrárias que podem até mesmo ser transformada em força que ativamente

¹⁸ Tem-se como um bom exemplo a depressão de 1929/32.

sustenta o sistema em questão. [...] ao mesmo tempo deve se enfatizar que, quando as opções múltiplas de ajuste interno começam a ser esvaziadas, nem mesmo a “maldição da interdependência” (que tende a paralisar as forças da oposição) pode prevenir a desintegração estrutural final (MÉSZÁROS, 2002, p. 797).

Assim, compreender o processo que desencadeou a crise capitalista que vem se estendendo através dos anos desde 1970 até os dias atuais implica apreendê-la dentro desta dinâmica contraditória de ajustes recíprocos, como se fosse uma “guerra de atritos” (MÉSZÁROS, 2002). Um processo que só se concluirá após submissão a uma reestruturação radical, desta ordem, inevitavelmente ligado às suas próprias contradições. Diferentemente das crises enfrentadas historicamente pelo capital, a crise que se vivencia hoje¹⁹, como um desdobramento da crise de 1970, não se explica em uma esfera específica, ela reside no interior do sistema e emana das dimensões fundamentais do capital: a produção, o consumo, e a circulação.

É essa especificidade da “crise estrutural”, ela se impõe em todas as dimensões da vida social, com seu caráter universal de alcance verdadeiramente global, em uma escala de tempo extensa, contínua e permanente que se desdobra como afirma Mészáros de modo rastejante. Apesar da negação da crise pela classe dominante, na atualidade o capitalismo está experimentando uma crise tão profunda que é impossível de se negar, mesmo pelos seus porta-vozes e beneficiários (MÉSZÁROS, 2002).

Portanto ao negar a complexidade deste momento de crise, a ideologia da classe dominante transfere para agentes externos ao capital a responsabilidade deste desastre socioeconômico, como por exemplo, a regulação do Estado, o excesso de direitos sociais e organização dos trabalhadores. Estes podem ser na

¹⁹ A crise atual incorpora novos elementos, mas se insere numa longa trajetória cuja compreensão pode evitar análises unilaterais que resultem em falsos remédios [...]. As crises são a marca genética do capitalismo, ele as agudiza. As crises sociais, econômicas, políticas, ambientais, humanas etc. não são suficientes para a superação do capitalismo. É necessário transformar a forma de ser social, alterar profundamente a relação entre os próprios seres sociais e entre nós e a natureza. É preciso enfrentar o capitalismo [...]. A atual crise unifica grandes proprietários, partidos políticos pró-capital, entidades sem fins lucrativos sustentadas por corporações, grandes burocracias como os Bancos Centrais, e setores ligados às entidades econômicas internacionais como Fundo Monetário Internacional ou Banco Mundial (FONTES, 2017, p.414).

melhor das hipóteses, elementos adjacentes à crise estrutural do capital²⁰ (MÉSZÁROS, 2002).

Assim, com base em uma ideologia dominante, a burguesia engendra no seio da sociedade uma falsa compreensão do real agente desencadeador deste processo. Processo complexo de descontrole socioeconômico amplo, que irrompeu no mundo capitalista a partir de 1970 e que, ainda hoje, apresenta graves consequências para as sociedades capitalistas centrais e também periféricas, principalmente no que diz respeito à classe trabalhadora, historicamente subjugada dentro da relação de produção capitalista.

Neste sentido,

é uma crise que tem como raiz a secular queda da taxa de lucros (combatida temporariamente em certos contextos com medidas exógenas), e que obriga o capital e o Estado à reestruturação de certos processos e instituições existentes, como forma de procurar, por via de mecanismos econômicos e extraeconômicos, atenuar ou neutralizar a crise. Esses mecanismos “neutralizadores”, diferentemente do contexto anterior, sustentam-se no rompimento do chamado “pacto keynesiano” (o que foi possível dada a drástica redução do impacto das lutas de classe no contexto atual) (MONTAÑO e DURIGUETO, 2011, p.192).

Depreende-se a partir do exposto que, historicamente, o capital com suporte do Estado, em seu processo histórico, tem usado de diferentes estratégias para conter suas crises. Movimenta-se de forma astuciosa, com o objetivo de manter sua dominação e hegemonia. Ressalta-se, contudo, que na atualidade os artifícios empregados na intenção de superação da crise não têm sido suficientes para garantir a supressão da mesma. Além disso, observa-se que apesar de não estarem contendo os efeitos da crise, as mudanças propostas pelo capital, desde início de 1970, têm tido efeitos catastróficos para a sociedade, principalmente no que tange à classe trabalhadora e seus direitos sociais.

²⁰ É imprescindível destacar, que diante do posicionamento da classe dominante e do Estado em resposta a esta instabilidade socioeconômica, não é possível vislumbrar um final positivo para esse impasse, que não seja a superação desta ordem. Nesta perspectiva, no atual estágio em que se encontra o capital, todas as indicações sugerem que ele, oferecerá respostas predominantemente regressivas, operando na direção de um novo barbarismo, de que as formas contemporâneas de *apartheid* social são já suficientemente nítidas. Tais respostas, todavia, retroagem sobre a “ordem da reprodução sociometabólica do capital”, afetando a viabilidade da reprodução do próprio tardo-capitalismo e trazem à superfície “a ativação dos limites absolutos do capital” — nas felizes palavras do prof. Mézáros (NETTO, 2012, p.424).

Alicerçado na nova configuração do cenário mundial a partir dos anos 1970, o grande capital, sob a hegemonia do capital financeiro começa um processo de reestruturação do sistema de produção capitalista. O mundo do trabalho passa a se configurar, a partir de novas formas de contratação de serviços, pautada na terceirização do trabalho, privatização das instituições públicas e precarização da mão de obra por contratos temporários e subcontratados (HARVEY, 1992).

As modificações ocorridas foram de tal maneira tão intensas, que Antunes (2006) afirma que a “classe-que-vive-do-trabalho” sofreu a mais aguda crise do século XX, cujas repercussões para além da esfera material atingiu profundamente a objetividade e subjetividade da classe trabalhadora, e, portanto, a sua forma de ser (ANTUNES, 2006, p.23).

O novo modelo de acumulação capitalista impacta negativamente o campo das políticas públicas, principalmente, a política de saúde e seus subsistemas, como o de saúde mental. A acumulação flexível, torna-se para o capital tanto uma forma de maior exploração quanto de maior controle sobre a força de trabalho.

Assim, muitas vezes tratadas isoladamente, como meros movimentos de “reformas”, “modernizações”, “aggiornament” “adequações” a chamada “reestruturação produtiva” e a (contra)reforma do Estado, na verdade são respostas articuladas do capital à atual face da crise e uma ofensiva contra o trabalho, constituindo componentes de uma estratégia hegemônica (agora sob o comando do capital financeiro), que obriga a reestruturação do capital, conformando assim um novo regime de acumulação (MONTAÑO e DURIGUETTO 2011, p.193-94).

A reestruturação, intenta a recuperação do ciclo produtivo do capital para restabelecimento da alta taxa de lucratividade e a adequação do sistema aos interesses fundamentalmente da acumulação financeira. É a partir deste contexto que ganha ainda mais expressividade e se firmam hegemonicamente as ideias neoliberais.

O “projeto/processo neoliberal” constituiu a principal estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital – em face da crise, do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas “reestruturação produtiva” e “(contra)reforma do Estado” (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2011, p.193).

A nova configuração do mundo do trabalho resulta em um esvaziamento ideológico no interior da classe operária que combinado à fragmentação paulatina, que a classe operária vem enfrentando – proporcionada pela nova dinâmica de contratação do trabalho que distancia os trabalhadores cada vez mais uns dos outros – incide diretamente na luta entre as classes e por consequência na conquista e manutenção de políticas sociais, que são resultantes dos processos de embates entre os trabalhadores, a classe dominante e o Estado.

A classe dominante, a partir das transformações no mundo do trabalho, engendrou amplas estratégias em oposição às lutas sociais, que são determinantes para a conquista de direitos, no âmbito das políticas sociais: trabalho por contrato sem vínculo empregatício, fortalecendo a ideia de autonomia no campo do trabalho; trabalho diarista; terceirização e etc. O objetivo dessas mudanças é enfraquecer os trabalhadores enquanto classe, e por consequência as lutas sociais.

As mudanças ocorridas, na lógica de superação da crise de 1970, tem suporte, na adesão dos países capitalistas, ao receituário neoliberal.

O receituário neoliberal configura um modelo político e econômico baseado na eficiência, qualidade e na diminuição da destinação de recursos públicos para o setor social.

Assim sendo,

o neoliberalismo passou a ditar o ideário de um projeto societário a ser implementado nos países capitalistas para restaurar o crescimento estável. Tendo como assertivas a reestruturação produtiva, a privatização acelerada, o enxugamento do Estado, as políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional (FMI). Para essa realidade, vive-se o desmonte da cidadania social, uma das maiores conquistas democráticas e o abalo da utopia de construção de uma sociedade livre de incertezas e desamparos sociais (Estado de Bem-Estar Social) (PIANA, 2009, p.32-33).

Esse projeto em questão se expressa embasado por um conjunto de ideias que envolvem:

Regras práticas de ações (ou de recomendações), particularmente referidas a governos e a reformas do Estado e das suas políticas. De fato, suas proposições são sobretudo práticas e enraizadas em algumas afirmações de valores que passaram a retratá-lo. Desde logo está a referência a ideias e não a interesses (DRAIBE, 1993, p. 88).

Neste contexto, dentro da lógica da reestruturação produtiva o mundo do trabalho é ressignificado. A reestruturação contribuiu para a fragmentação da classe trabalhadora, operando em favor de um regime de acumulação que Harvey (1995) denomina de acumulação flexível. A partir destas mudanças todo o universo que envolve a esfera do trabalho passa ser flexibilizada: da produção da mercadoria até o consumo final desta mercadoria.

A acumulação flexível caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Envolve, também, rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego do chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas” (HARVEY, 1992, p.140).

A lógica da acumulação flexível impressa no mundo do trabalho, faz girar a roda da reprodução das relações sociais em desfavor da organização da classe trabalhadora. Fato este que atinge diretamente a conquista dos direitos sociais. Em um processo ofensivo, o capital, com base no receituário neoliberal produz diferentes modalidades de combate contra o trabalho. O objetivo desse processo é diminuir a força dos trabalhadores enquanto classe, eliminando qualquer foco de resistência que se coloque no processo de contrarreformas neoliberais.

Dentre as medidas ministradas pela ofensiva neoliberal contra o trabalho, estão: a negação do capital e do Estado – comandado por governos neoliberais – de negociar com trabalhadores em greve, reprimindo qualquer medida de luta da classe trabalhadora, enfraquecendo as organizações sindicais e trabalhistas; também a ofensiva neoliberal de forma ideológica, através de meios midiáticos, investe no desprestígio das lutas e organizações dos trabalhadores perante a opinião pública²¹; e facilitado por essas estratégias, a ofensiva contra o trabalho

²¹Maciçamente o neoliberalismo investe, com a colaboração das empresas de jornalismo (meios de comunicação de massa), na desinformação e na descaracterização das lutas e resistências dos trabalhadores, apresentando-os ora como “baderneiros”, ora como “preguiçosos”, ora como “marajás” ou “privilegiados”, tratando as lutas trabalhistas, que legitimamente se opõem aos desmontes neoliberais de seus direitos, às privatizações, às precarizações de serviços e políticas públicas, como negativas para a população (ex.: greve dos transportistas, dos trabalhadores da saúde, da educação etc.) (DURIGUETTO, 2011, p.196).

integraliza-se na desregulamentação do mercado de trabalho e precarização do emprego (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2011).

É esta conjuntura de crise, que permite que o projeto neoliberal se instale de forma global operacionalizado pelo grande capital, não levando em consideração os interesses do coletivo da classe trabalhadora, na dinâmica da vida social, no âmbito das sociedades. Ou seja, seu objetivo é a superação e recuperação do domínio hegemônico do sistema capitalista. Neste sentido os neoliberais, conduzidos pela ideia de redução da intervenção estatal na dinâmica da reprodução social, passam a questionar o papel do Estado, responsabilizando-o pela crise sob a alegação de ser um Estado mediador, civilizador, de atuação gigantesca em áreas que diretamente não favorecem aos seus interesses (BEHRING, s/d).

A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING, 2009, p.12).

O projeto neoliberal, com apoio do Estado, foi decisivo em construir estratégias de proteção contra possíveis mobilizações da classe trabalhadora. Estratégias que minaram os sindicatos e outras formas de organização dos trabalhadores impossibilitando a organização da classe trabalhadora, e os lançando em uma situação ideal a favor do capital, qual seja, uma concorrência generalizada de operário contra operário.

O capital iniciou um processo de reorganização das suas formas de dominação societal, não só procurando reorganizar em termos capitalistas o processo produtivo, mas procurando gestar um projeto de recuperação da hegemonia nas mais diversas esferas da sociabilidade. Fez isso, por exemplo, no plano ideológico, por meio do culto de um subjetivismo e de um ideário fragmentador que faz apologia ao individualismo exacerbado contra as formas de solidariedade e de atuação coletiva e social (ANTUNES, 1999, p.48).

Outro elemento importante é a disputa pelo fundo público. É mister salientar que, se em tempos de domínio do capital concorrencial o financiamento público participava do desenvolvimento capitalista de forma pontual, e dependia da correlação de forças de grupos específicos, na contemporaneidade, o fundo público é imprescindível na reprodução da sociabilidade capitalista, que avança sobre ele estrategicamente objetivando garantir mais lucros. Neste sentido, o adensamento da disputa pelo fundo público entre o capital e o trabalho, vem se conformando de forma cada vez mais desigual²². Assim, o financiamento público contemporâneo sofre as determinações consentidas pelos principais grupos sociais e políticos (OLIVEIRA, 1998).

À vista disso são diversas as formas de financiamento da acumulação capitalista pelo fundo público, na atualidade.

Pode-se dizer que este financiamento:

Inclui desde os recursos para a ciência e tecnologia, passa pelos diversos subsídios para produção, sustentando a competitividade das exportações, vai através dos juros subsidiados para setores de ponta, toma em muitos países a forma de vastos e poderosos setores estatais produtivos, cristaliza-se numa ampla militarização (as indústrias e os gastos em armamentos), sustenta a agricultura [...] e o mercado financeiro e de capitais através de bancos e/ou fundos estatais, pela utilização de ações de empresas estatais como *blue chips*, intervêm na circulação monetária de excedentes pelo *open market*, mantém a valorização dos capitais pela via da dívida pública (OLIVEIRA, 1998, p.20).

A presença do financiamento público na estrutura da reprodução do capital configura efetivamente, um quadro de disputa entre as classes pelo benefício deste financiamento, que se expressa em um duplo movimento. Em um primeiro movimento, o capital tentando diminuir a tributação incidente sobre a dinâmica da

²²No Brasil, por exemplo, no âmbito do financiamento público o Estado tende a privilegiar o capital, amparado no subterfúgio de financiar a dívida pública. Dívida cujos títulos estão na mão dos bancos e fundos de pensão, que pertencem ao grande capital. Para, além disso, também é relevante considerar as diferentes estratégias que foram adotadas pelos governos brasileiros, a partir dos anos de 1990, com a finalidade de privatizar os serviços públicos, dentre os quais o setor saúde, que na década de 1990 passava por significativo processo de modificações, requerendo uma maior atenção do financiamento público. Para sua efetiva implementação o Sistema Único de Saúde (SUS) necessitava de investimentos, para subsidiar a capacitação de recursos humanos e também contratações de novos trabalhadores, para atender dentro da nova lógica: “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Mas o que se percebe, na realidade, é que o fundo público em detrimento do financiamento dos serviços públicos, é cada vez mais levado a financiar o desenvolvimento capitalista.

produção e no campo das despesas públicas, tentando ampliar ainda mais os subsídios às suas necessidades de reprodução. Igualmente se percebe o trabalho, também buscando pagar menos impostos, defendendo políticas públicas universalistas, e na constante busca de ampliação dos gastos públicos com o alargamento dos direitos sociais. Neste sentido, o fundo público se apresenta como uma mediação central da luta, que impacta decisivamente na repartição da renda gerada nacionalmente.

Assim, entendemos que o complexo processo de disputa da riqueza socialmente produzida fica mais inteligível e mais adequado à dinâmica da fase monopólica do capitalismo devido à mediação central do Estado, através do fundo público, para garantir a produção e reprodução das relações sociais capitalistas (SOUZA FILHO, 2016, p.177).

A partir desta colocação importa observar que, o Estado, diante de seu posicionamento, constitui sujeito principal na manutenção da sociabilidade capitalista. Além da intervenção no âmbito da economia, ele se vale de seu poder político-ideológico para interferir na disputa pelo fundo público também em outras dimensões, como por exemplo no campo da cultura, um campo que se tornou emblemático e decisivo no caso da transformação da política de saúde mental. É importante frisar, mais uma vez, que esta intervenção se manifesta sempre em favor da manutenção da ordem vigente, ou seja, da sociabilidade capitalista.

Assim o Estado desenvolve uma vasta maquinaria de manipulação ideológica para “integrar” o trabalhador à sociedade capitalista tardia como consumidor “parceiro social” ou “cidadão” (e *ipso-facto*, sustentáculo da ordem social vigente) etc. O Estado procura constantemente transformar qualquer rebelião em reformas que o sistema possa absorver, e procura solapar a solidariedade na fábrica e na economia (por exemplo: pela introdução de novos métodos para calcular e pagar salários, pela promoção da rivalidade entre trabalhadores nacionais e imigrantes, pela invenção de grande número de organismos de participação e deliberação, pela promulgação de políticas salariais ou “contratos sociais” etc.) (MANDEL, 1982, p.341).

Neste sentido, a partir desta nova estrutura conjuntural, a dinâmica de desenvolvimento e constituição das políticas sociais, subscreve-se em uma nova configuração.

1.1.1 Política Social na realidade brasileira: os anos 1980 e 1990

Durante a década de 1970, o Brasil viveu profundas mudanças econômicas e políticas decorrente do processo autocrático burguês²³. A conjuntura política desta década marcou o princípio da organização de movimentos populares em torno da democratização do país, com destaque para o movimento de Reforma Sanitária, que mudou posteriormente a lógica da política de assistência à saúde no país e o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica. Os ideais de participação e democratização, que guiaram as mobilizações a partir dos anos 1970, coincidiram com o momento de abertura política do país, que se deu devido ao enfraquecimento do regime militar.

Não é demais lembrar que a instauração do regime autocrático-burguês entre nós significou uma reação ao desenvolvimento de um ativo campo democrático e popular, sustentado na emersão de amplas camadas de trabalhadores urbanos e rurais sob a bandeira das reformas de base no período 1961-1964. O golpe de 1964 foi o abortamento deste processo, dando consecução a um modelo de desenvolvimento econômico que reforçava o caráter dependente e a integração subordinada do Brasil aos países centrais, bem como a implementação de ações sócio-políticas antidemocráticas que implicaram em reverter o processo de democratização que estava em curso (DURIGUETTO e DEMIER, 2017, p.12).

De acordo com os referidos autores, a perda de forças do regime militar, foi impulsionada pela reação da classe burguesa, à crise econômica em desenvolvimento naquele momento, e também pelo processo de reorganização popular, que se ascendeu a partir de 1973²⁴. Conjuntura esta que coloca em evidência a combinação da pressão dos de baixo e de operações transformistas pelo alto. Esta combinação de interesse chama atenção pelo fato de que “Temos

²³A ditadura militar se instaurou no Brasil a partir do ano de 1964 e terminou em início dos anos 1980. Para uma análise mais detalhada, ver Netto (2005); Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64.

²⁴O mais representativo exemplo dessa progressiva resistência foi a reinserção da classe operária na cena política com o chamado *novo sindicalismo* a partir de 1977 e a criação da Central única dos Trabalhadores (CUT), em 1983; a emersão de variados movimentos sociais a partir de 1975, a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), em 1984 e a grande mobilização em torno das *Diretas Já* neste mesmo ano. É esta reativação das organizações dos trabalhadores que obriga o regime à sua liberalização política pela combinação de medidas repressivas com concessões e atos de negociação (DURIGUETTO e DEMIER, 2017).

no Brasil um histórico de soluções “pelo alto” que exclui os “de baixo” das instâncias decisivas que envolvem o poder político” (BRAZ, 2017, p.91).

O resultado da mobilização social, em final dos anos 1980, culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988²⁵, pautada em um padrão de equidade e direitos sociais universais. Os direitos sociais, então, legitimados e institucionalizados ganham expressividade, no contexto da Constituição Federal, que ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Uma das principais conquistas para a sociedade, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, é a garantia legal de um aparato de proteção social, expresso na política de seguridade social. Este modelo se constitui no tripé, formado pelas áreas da saúde, previdência, e assistência social.

A seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento (BOSCHETTI e SALVADOR, 2009, p.52).

A proteção social, antes de 1988, destinava-se apenas aos cidadãos que se encontravam inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, aos que contribuíam para a produção e reprodução do sistema capitalista. Aos despossuídos de condições física e/ou mental para enfrentar o mundo do trabalho, os idosos, e à população desempregada, restava a assistência social. Assistência garantida pela via da filantropia e da caridade. Dentro deste contexto, cabe ressaltar, que as medidas de proteção social, tinham caráter pontual e as ações eram voltadas para o desenvolvimento e manutenção do mercado de trabalho²⁶.

²⁵ A Carta de 1988 expressa a incorporação de componentes próprios da democracia liberal como a liberdade de criação de partidos, a independência entre os poderes e o sufrágio universal e absorve, parcialmente, as demandas dos setores populares por direitos sociais e trabalhistas. Porém, a incorporação do regime político democrático liberal conviveu com a permanência de muitas das prerrogativas do papel das Forças Armadas, como a recorrência à força para manter a “lei e a ordem”, além da adoção da política de ajustes neoliberal, a partir dos anos 1990, que desfinanciou a oferta de políticas sociais públicas universais e de qualidade (DURIGUETO e DEMIER 2017).

²⁶ A política de seguridade social, no âmbito das políticas públicas, representa um grande avanço dentro do processo histórico brasileiro, se comparada ao que se tinha como proteção social até a década de 1930, onde a pobreza era vista como disfunção social ou problema de polícia. A partir de 1930, com a intensificação do processo de industrialização, a classe trabalhadora se amplia, e alcança a capacidade de imposição de suas demandas diante do Estado e do patronado. . A década

Retomando a análise para a década de 1980, percebe-se que esta, no âmbito das políticas públicas, representa para a sociedade brasileira um tempo de significativo avanço, mas também de desafios. Isto porque a década de 1980, marcou o fim do regime autocrático burguês – instaurado no ano de 1964 – dando início ao processo de democratização política do país, ao mesmo tempo em que é palco para a entrada no país, de uma crise nunca antes vista, acometendo todo o complexo social brasileiro.

O projeto da Reforma Sanitária, se construiu, a partir do movimento pela Reforma Sanitária, que se desenvolveu paulatinamente, fundado na insatisfação social – principalmente dos trabalhadores da área da saúde – com a assistência prestada nesta área. Paralelo ao movimento pela Reforma Sanitária, incorporado no bojo dos movimentos sociais, nasce o movimento em favor de mudanças na área da saúde mental que futuramente se materializou no Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP). Os movimentos sociais como um todo, ganharam expressividade a partir do fim da década de 1970 dentro do contexto de redemocratização do país.

Um fato marcante para os movimentos na área da saúde foi o acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília, no ano de 1986, de onde resultou os princípios da Reforma Sanitária, base de fortalecimento para o processo de Reforma Psiquiátrica. O debate central da 8ª Conferência, versou sobre: A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial.

A Conferência representou um marco fundamental, pois deixou de ser um mero encontro de técnicos e burocratas para ser um evento de participação popular, onde participam técnicos, burocratas e políticos, mas também partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos e etc, somando um número de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas participantes, dentre os quais mil delegados. Assim, colocou em debate a questão

de 1930, ficou marcada pelo surgimento dos primeiros movimentos que ensaiavam enfrentar a demanda da classe trabalhadora, materializada na questão social, não mais como caso de polícia, mas como uma questão política. No entanto, é importante ressaltar, que as medidas de proteção social que foram implementadas a partir de 1930 pelo Estado, eram em sua maioria voltadas para a garantia do “trabalhador apto para o mercado de trabalho”. Um bom exemplo desta realidade, foi a Consolidação das Leis trabalhistas em 1943, no governo de Getúlio Vargas.

da participação popular, e introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade como um todo (BRAVO, 2009).

Realizada em março de 1986, a 8ª Conferência inicia uma mudança radical no caráter destes eventos. Deixa de ser um mero encontro de técnicos e burocratas para ser um evento de participação popular, onde participam técnicos, burocratas e políticos, mas também partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos etc. Como desdobramento, decide-se organizar conferências de temas específicos, tais como saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde da mulher, vigilância sanitária, saúde ambiental. Um destes assuntos, proposto por membros do MTSM, principalmente após o relativo 'êxito' do I Encontro de Coordenadores da Região Sudeste, é o da saúde mental (AMARANTE, 1995, p.70).

As principais propostas debatidas na Conferência Nacional de Saúde foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p.96).

Uma questão relevante a ser colocada para esta análise é o impasse que se constitui o financiamento para o desenvolvimento das novas ações da política de saúde. As propostas para o financiamento nesta área no texto constitucional, não são bem definidas quanto ao percentual destinado a saúde, do orçamento a ela proposto, e o orçamento da seguridade social. Mas ainda assim, o movimento de Reforma Sanitária, a partir de suas bandeiras de luta no âmbito da macropolítica, conseguiu implementar mudanças significativas no arcabouço e nas práticas institucionais dentro da política de saúde (SOARES e SANTOS, 2014).

A Reforma Sanitária a partir da Constituição, implementou o Sistema Único de Saúde (SUS), significando um grande avanço para saúde pública brasileira. A criação do SUS traz a normatização e a ampliação do conceito de saúde, que passa a ser defendida como direito de todos e dever do Estado.

Para Bravo (2009), no entanto, apesar da importância das conquistas do movimento de Reforma Sanitária, as medidas tomadas tiveram

pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaço na coalisão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2009, p.99).

O Estado brasileiro se insere na lógica do neoliberalismo logo após a consolidação da Constituição Federal de 1988. O resultado imediato da retomada das ideias neoliberais no país é um completo desrespeito aos acordos firmados na Constituição Federal, principalmente no que tange aos direitos sociais. A adesão ao receituário neoliberal, no entanto, faz emergir no país um cenário paradoxal: por um lado a Constituição Cidadã de caráter progressista inaugurando a legitimidade jurídica de diversos direitos sociais até então negados ao povo brasileiro, e por outro a inserção de práticas políticas e econômicas que cerceiam os direitos sociais, a partir da restrição do investimento dos gastos públicos na esfera do social.

Neste sentido, a política social, como expressão de interesses de classes e grupos de classes, também passa a ter sua dinâmica de processamento condicionada por diferentes concepções. No âmbito da saúde esta disputa se apresenta de forma translúcida, tendo por fundamento dois grandes projetos para a área da saúde que se articulam a projetos societários que se confrontam: o projeto de Reforma Sanitária desenvolvido na década de 1980, e o projeto privatista, que ganha forças com a chegada da ideologia neoliberal.

O projeto da Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto de saúde [...] privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, neste projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2009, p.101).

No início da década de 1990 chega ao Brasil o receituário neoliberal, que desde a década de 1970, vinha sendo implementado nos países de capitalismo central, como proposta a contribuir na superação da crise econômica capitalista, já instaurada.

Dentro deste contexto o receituário neoliberal determina o enxugamento da máquina pública, atingindo diretamente o financiamento das políticas públicas e a gestão das políticas sociais. Neste processo de mudança percebe-se uma ampliação expressiva da desigualdade social, lançando muitas famílias em uma condição de vida precárias e, por conseguinte, o agravamento do pauperismo no país. A classe trabalhadora dentro desta realidade se vê ainda mais distantes da divisão dos bens socialmente produzidos, vendo escorrer por entre os dedos a garantia de uma seguridade social efetiva. Para combater os efeitos desse processo perverso de mudanças que solapa a classe-que-vive-do-trabalho²⁷. As políticas e ações do governo passam a ter caráter focalizado e discriminatório.

O projeto neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias. Observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos. São as definições orçamentárias – vistas como um dado não passível de questionamento – que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais implicados na seguridade, justificando as prioridades governamentais (IAMAMOTO, 2007, p. 149).

A partir dos anos 1990 com a abertura para a instauração do projeto neoliberal, são implementadas no país, as chamadas medidas de ajuste estrutural. O país começa a vivenciar um momento de contrarreformas sociocultural, econômica e política, sempre orientadas para o mercado. Na visão dos liberais este momento é designado como sendo um momento de reforma do Estado brasileiro.

Neste sentido, firmou-se uma ideia de “reforma” sustentada em orientações econômicas, transferindo responsabilidades do Estado para o mercado,

²⁷Para Antunes, (2009) a classe-que-vive-do-trabalho diz respeito à totalidade de homens e mulheres, produtivos e improdutivos, desprovidos de meios de produção e que são constrangidos a vender sua força de trabalho no campo e na cidade em troca de salário; ou seja: o proletariado industrial e rural, os trabalhadores.

principalmente as mais rentáveis, transformando direitos essenciais como educação, segurança e saúde em mercadorias.

O mercado é ovacionado como instância mediadora central na regulação da vida social e, em consequência, tem-se a defesa da diminuição do nível de intervenção do Estado no que tange à garantia de direitos sociais e políticos - restringindo os primeiros na oferta de políticas compensatórias²⁸ sociais bem como a defesa de uma intervenção forte em prol da garantia de marcos legais para a expansão do mercado e à crescente valorização do capital (DURIGUETTO e DEMIER, 2017, p.10).

As medidas então visavam um Estado mínimo em detrimento dos direitos garantidos na Constituição. Para Behring (2003) as reformas administrativas defendidas pelo projeto privatista, de cunho regressivo em relação aos direitos sociais conquistados, são um contrassenso e constituem-se na verdade uma contrarreforma do Estado, já que as conquistas sociais, historicamente sempre estiveram imbuídas de um forte espírito reformista, mediante pressão do movimento da classe trabalhadora²⁹.

É importante destacar que o processo de contrarreforma do Estado, teve início no governo de Fernando Collor, mas ganhou expressividade e força, em meados da década de 1990 no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a proposta da administração gerencial, do então ministro Bresser Pereira.

O objetivo da “reforma” proposta, era em curto prazo promover o ajuste fiscal e em médio prazo implantar a administração gerencial no país. Administração que implicava em:

preparar a administração do país para a superação dos modelos burocráticos do passado, de forma a incorporar técnicas gerenciais que introduzam na cultura do trabalho público as noções indispensáveis de qualidade, produtividade, resultados,

²⁸O que significa a não criação de padrões de justiça social por políticas sociais públicas e universais. Para Hayek (1985, p. 93), esse padrão redistributivo de renda nada mais fez do que criar uma cultura imobilista e desestimuladora nos indivíduos. Nas suas palavras: “[...] é importante que, na ordem de mercado, [...] os indivíduos acreditem que seu bem-estar depende, em essência, de seus próprios esforços e decisões [...]” (DURIGUETTO e DEMIER, 2017, p.10).

²⁹ Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés socialdemocrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio histórica. (BEHRING E BOSCHETTI, 2009, p.149).

responsabilidade dos funcionários, entre outras (CARDOSO, *apud* PEREIRA, 2006, p.17).

Para Bresser Pereira (2006, p.23) o fator básico subjacente à crise econômica, que o país atravessava, era uma crise do Estado: “uma crise fiscal do Estado, uma crise do tipo de intervenção estatal e uma crise da forma burocrática de administração do Estado”. Portanto, em sua conclusão, a solução era reconstruir o Estado, ou seja, “reformá-lo”.

No entendimento do ex-ministro, a “reforma” significava reduzir o Estado no sentido das limitações de suas funções, como produtor de bens e serviços, e em menor extensão, como regulador, mas também implicaria na ampliação de suas funções, no financiamento de atividades que envolvessem externalidades ou direitos humanos básicos. Contraditoriamente a essas afirmações, tais “reformas” tiveram ênfase em especial, nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo desprezou as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros direitos como educação e saúde³⁰.

A carta constitucional era vista pelos neoliberais como perdulária e atrasada, o que possibilitou a abertura do caminho para o novo “projeto de modernidade” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.148). No entendimento daqueles que estavam à frente do “projeto modernista”, a Constituição de 1988, representou um retrocesso burocrático e um tributo pago ao patrimonialismo. Assim ao consolidar os direitos conquistados pelos trabalhadores, o fazia como mantenedora de privilégios. Para os “reformistas” neoliberais,

a Constituição de 1988 permitiu que uma série de privilégios fossem consolidados ou criados. [...] o mais grave dos privilégios foi o estabelecimento de um sistema de aposentadoria com remuneração integral, sem nenhuma relação com o tempo de serviço prestado diretamente ao estado. Um segundo privilégio foi permitir que, de um golpe, mais de 400 mil funcionários celetistas de fundações e autarquias se transformassem em funcionários estatutários, detentores de estabilidade e aposentadoria integral (BRESSER-PEREIRA, 2006, p. 247).

O que se percebe diante do exposto, em verdade, é um retrocesso no campo dos direitos sociais, que foram arduamente conquistados e consolidados na

³⁰Cabe ressaltar que o ex-ministro Bresser Pereira (1982), trabalha numa concepção distinta da concepção crítica tratada nesta dissertação.

Constituição de 1988, e que não são levados em consideração na perspectiva do projeto neoliberal. Uma das áreas que mais sofreu impactos com a contrarreforma do Estado, foi a área da saúde, pois, a proposta de saúde formulada na década de 1980 é desmantelada, deixando a saúde atrelada ao mercado.

No âmbito da sociedade civil, em regime de parceria, é dada abertura para as instituições filantrópicas e não governamentais assumirem responsabilidades na área de assistência à saúde. Neste sentido, a “reforma” do Estado caminha a largos passos na contracorrente das conquistas históricas, dos direitos sociais. A hipótese de Yazbek (2001) para o futuro das políticas sociais frente à conjuntura de crise e mudanças naquele momento era de que:

as Políticas Públicas na área social deverão acentuar seus traços de improvisação e inoperância, seu funcionamento ambíguo e sua impotência na universalização dos acessos a serviços sociais delas derivados. Permanecerão políticas casuísticas, fragmentadas, sem regras estáveis e operando em redes obsoletas e deterioradas. Corremos o risco de uma grave regressão de direitos sociais. Embora seja bom lembrar que o reconhecimento de direitos, mesmo garantidos constitucionalmente, não vem se constituindo atributo efetivo das políticas sociais no país. No vasto campo de atendimento das necessidades sociais das classes subalternas administram-se favores (YAZBEK, 2001, p. 37).

Essa hipótese na atualidade se encontra plenamente confirmada. Assim sendo, a burguesia capitalista ganhou novo fôlego e avançou mantendo seu poder político e econômico, mediados pela proposta neoliberal. Com a reformulação do aparelho do Estado, percebe-se que, por consequência toda vida social sofre mudanças. Segundo Yazbek (2001), a ideologia neoliberal estimulou um vasto empreendimento de “refilantropização do social”, não admitindo os direitos sociais e, os metamorfoseando em dever moral. Operando assim uma profunda despolitização da “questão social” ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais, a partir da “reforma” do Estado, desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada e individual, alavancada por motivações solidárias e benemerentes. Como exige o projeto privatista, vinculado ao mercado e pautado em uma,

política de ajuste que tem como principais tendências a contenção de gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado

nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado (BRAVO, 2012 p. 277).

Infere-se, portanto, que para contrapor a ideologia capitalista, subjacente na atualidade sustentada pelos ideais neoliberais, é preciso o fortalecimento social, criando no seio da sociedade condições de exercer o seu direito dentro dos espaços de participação como os conselhos e conferências. Tem-se clareza, entretanto, que esse processo é lento e precisa de investimento por parte das entidades sindicais, movimentos sociais e universidades (BRAVO e MENEZES, 2012 p. 282).

Na atualidade, presencia-se uma negligência aos direitos sociais, sob determinação desta lógica perversa, que adensa cada vez mais a desigualdade entre as classes, contribuindo para a vulnerabilidade e o pauperismo social, trazendo assim, novas expressões para a questão social. Questão social que é,

Indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas. Ela é tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa e não um fenômeno recente, típico de trânsito do padrão de acumulação no esgotamento dos 30 anos gloriosos da expansão capitalista (IAMAMOTO, 2001, p.11).

O projeto neoliberal confirmado no país nos anos 1990, com suas concepções individualistas e fragmentadas da realidade, contrapondo o projeto que visa a coletividade e a universalidade de direitos, modificou efetivamente a lógica das políticas sociais. Na atualidade, o que se presencia é uma redução drástica dos direitos sociais e trabalhistas alinhados à desestruturação no mundo do trabalho e desmonte das políticas públicas e sociais, como a política de educação e a política de saúde.

A inserção da lógica mercantil na esfera pública favorece a perspectiva de que certos serviços como a saúde, por exemplo, é objeto de consumo, que dependendo do poder de aquisição do indivíduo, maior ou menor valor será agregado. Assim os serviços sociais, de qualidade, deixam de ser um direito do cidadão para se configurarem como mercadoria, que para se ter acesso a ela dependerá do poder econômico de quem dela precisar.

Neste sentido, a proposta de política de saúde construída a partir do movimento de Reforma Sanitária nos anos 1980 vem sendo paulatinamente desmantelada, deixando a assistência à saúde a cargo do mercado, ou seja, para os que podem pagar, e, aos que não tem acesso à saúde privada resta uma assistência restrita e focalizada, por parte do sistema público de saúde, ou o amparo na filantropia.

As diferentes formas pelas quais o capital se apropria do fundo público configura um desrespeito àquilo que ficou preconizado na Constituição Federal de 1988, que apesar de não determinar de forma clara o valor mínimo de repasse público para o setor saúde, em seu art. 198. inc.1º, determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja financiado pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal (BRASIL, 1988). Neste sentido a lógica da financeirização capitalista, constitui-se desde então o principal desafio para a política de saúde e seus subsistemas. Desafio que ainda hoje se mantém, diante da força hegemônica do capital financeiro que desde 1980,

regressou poderoso, após o largo período dos trinta anos gloriosos do capitalismo que ficou reprimido, determinando um “novo” papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma fictícia [...]Para se ter uma ideia de sua força soberana, no Brasil, em 2007, foram despendidos cerca de R\$ 160,0 bilhões com juros da dívida, valor correspondente a 3,3 vezes o gasto do Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde (MARQUES & MENDES, 2009, p.842).

Apesar da regulamentação institucional do SUS, observa-se, a partir da contrarreforma do Estado, um descaso às suas normas e princípios organizacionais, que sufocam seu avanço, principalmente no que diz respeito à questão da garantia da equidade e da integralidade das ações. (BRAVO, 2009).

Como entraves ao desenvolvimento progressivo do SUS cabem ressaltar:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação de recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de reforma do Estado para o setor saúde, ou contrarreforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico (BRAVO, 2009, p. 101).

A saúde mental, nesse contexto, também sofre rebatimentos. Fato este, que pode ser observado na omissão, por parte do governo federal, em relação à regulamentação e fiscalização das ações de cuidados assistenciais no âmbito da saúde mental. Na década de 1990, o MRP, viveu a expectativa pela aprovação do projeto de lei nº 3.657/89 proposto pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), por longos 12 anos. O objetivo do projeto era a garantia em lei dos direitos conquistados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

1.1.2 A Política de Saúde a partir dos anos 2000: impactos na saúde mental

No ano de 2003, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da república, houve uma grande expectativa de mudança no quadro econômico/social, para a população brasileira. O país experimentou pela primeira vez a subida à presidência da república de um representante da classe operária, Luiz Inácio Lula da Silva. A vitória eleitoral de um presidente que não representava, em sua origem, os interesses da classe dominante, foi entendida como resultado da luta contra o projeto privatista implantado em 1990. Entretanto, na realidade, as expectativas em torno da mudança da política macroeconômica não se confirmaram de fato, pois a política voltada para o desenvolvimento econômico, não só foi mantida como também se colocou como prioridade na agenda do governo em exercício.

Analizando as ações e práticas do governo Lula,

não se pode constatar nenhuma alteração com relação às situações anteriores. O processo político-institucional e partidário continuou seguindo a longa tradição histórica brasileira, qual seja: estatização dos partidos no poder, cooptação fisiológica para a formação de majorias, patrimonialismo e esvaziamento das instâncias parlamentares, com o fortalecimento das agências governamentais executivas (FILGUEIRAS et. al.,2010 p.51).

Em relação às políticas sociais, estas permaneceram no campo da fragmentação e focalização, se mantendo subordinadas à lógica econômica. Bravo e Menezes (2013) observam que no âmbito das políticas social, a ação mais importante do presidente Lula foi o Programa Bolsa Família (PBF) criado em 2003. Um programa de transferência de renda, que nasce com o desafio de combater a miséria e avançar na diminuição da desigualdade social. A instituição do PBF

contribuiu e ainda contribui para a melhoria de vida de milhares de famílias, no entanto,

apesar dos avanços nas condições de vida de milhares de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família, não constitui um direito, pois é uma política de governo, fruto de uma decisão do executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, é preciso que essas estejam associadas a outras políticas sociais (BRAVO e MENEZES, 2011, p.21).

No âmbito da saúde, no início do primeiro mandato o presidente Lula nomeou para gerir o Ministério da Saúde uma equipe formada predominantemente por militantes do Partido dos Trabalhadores (PT), os quais se orientavam, pela perspectiva de consolidação do SUS. Neste sentido, havia uma grande expectativa de que o governo Lula fortaleceria o projeto de Reforma Sanitária em detrimento do projeto privatista voltado para o mercado.

A densidade técnico-política da equipe e a execução de uma reforma administrativa logo no início do mandato, voltada a ampliar a integração entre as áreas assistenciais, criar um órgão específico para a gestão do trabalho e educação em saúde e outro para o desenvolvimento científico e tecnológico, sinalizaram a adequação do Ministério da Saúde ao desempenho das propostas de superação das desigualdades (BAHIA, 2010, p.355).

Entretanto, apesar de um contexto favorável à saúde, a expectativa da sociedade em relação ao projeto de Reforma Sanitária não se consolidou e perdeu seu fôlego de vida, ainda no primeiro mandato do representante da classe trabalhadora. Isto porque a renovação da assistência na saúde não aconteceu. Bahia (2010) aponta que ainda no início de 2003, houve um contingenciamento de recursos para a área da saúde de R\$1,6 bilhões.

Apesar de ter evidenciado em seu programa de governo, que incorporaria o desafio da agenda ético política da Reforma Sanitária, garantindo acesso universal, equânime, e integral às ações e serviços de saúde, o presidente Lula, continuou a alimentar aos dois projetos antagônicos que se enfrentavam desde a década de 1990 (BRAVO e MENEZES, 2011).

Em um quadro de contraditória relação com ambos os projetos, de inovação e retrocessos, as proposições do governo por vezes fortaleciam ao projeto da

Reforma Sanitária e, em outras, mantinha o projeto privatista, quando as ações enfatizavam a focalização e o desfinanciamento (BRAVO, 2009).

No contexto da saúde mental percebe-se que o MRP dentro deste quadro de disputa entre o projeto privatista e o que visa a universalidade de direitos na área da saúde também é intimamente afetada, principalmente no que tange ao financiamento público. Ainda hoje, após mais de três décadas do início da luta Antimanicomial Trapé e Campos (2017, p.1) apontam que “a saúde mental é uma área subfinanciada dentro do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde”.

Entretanto, é importante observar que as mudanças que vinham ocorrendo no modelo de assistência à saúde mental no país, passou por significativos avanços no âmbito legislativo, no período de gestão do ex-presidente Lula. Tem-se como exemplo a implantação dos novos serviços de cuidados em saúde mental de base comunitária, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS foram regulamentados no ano de 2002 em detrimento da assistência pautada na lógica hospitalocêntrica, e avançaram por todo território nacional durante todo o mandato do presidente Lula³¹.

Voltando à reflexão sobre o cenário contraditório em que se desenvolveu a política de saúde, durante os mandatos de Lula, algo que merece destaque é a conformação da gestão pública. A gestão pública durante os mandatos do presidente Lula se inscreve na mesma lógica, alimentando ambos os projetos, que se confrontavam desde o governo de Fernando Henrique, sem prejuízo de opção determinante por um dos projetos em questão. Apesar de por vezes, o governo Lula manifestar uma maior afinidade com o receituário neoliberal.

Ao analisar o contexto histórico em que se deu o desenvolvimento dos mandatos do ex-presidente Lula, percebe-se que o governo petista foi fiel ao tripé econômico do projeto privatista: juros altos, câmbio flutuante e superávit primário e ainda consentiu “autonomia” para o Banco Central realizar políticas monetárias no país. O governo Lula no primeiro semestre de 2003 manteve a taxa de juros em 26% e estabeleceu metas para o superávit primário de 4,25%, mantendo o câmbio

³¹ A décima segunda edição do “Saúde Mental em Dados”, levantamento feito pelo Ministério da Saúde sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, aponta o significativo aumento em número dos CAPS, nesse intervalo em que esteve no poder o ex-presidente Lula (BRASIL, 2015).

flutuante (TRISTÃO,2011). As ações em geral desenvolvidas nos mandatos do presidente Lula seguiram, dentro de uma lógica de subserviência aos projetos societários que se colocavam em disputa.

Na direção do projeto que visa à universalidade de direitos, cunhado nos anos 1980, destacam-se como pontos positivos do governo petista:

o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO,2009,p.102-103)³².

Em relação à 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), Bravo (2009) chama a atenção para o fato de que seu resultado final não avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária, como se esperava a exemplo da 8ª CNS, ocorrida em 1986 – marco decisivo da Reforma Sanitária.

Outro aspecto que a autora destaca é a debilidade, no gerenciamento da plenária durante a conferência, não conseguindo a aprovação do relatório final da conferência. Fato este que determinou o envio das propostas finais para serem votadas, fora do ambiente de debate da conferência, de forma individual, trazendo prejuízo para a elaboração das diretrizes que embasariam a política de saúde a partir de então. Com isto, o projeto privatista se fortalece, pois, a 12ª CNS não alcançou o objetivo de fortalecimento da democratização da política de saúde, que seguiu os ditames do projeto de contrarreforma neoliberal.

Entre os aspectos de continuidade da política de saúde, pensada nos anos 1990, a partir da contrarreforma do Estado, ressalta-se:

a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade

³² Em relação as Secretarias, cabe destacar: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com o objetivo de formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área; da Secretaria de Secretaria de Atenção à Saúde, para a unificação das ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde; e da secretaria de Gestão Participativa para o fortalecimento do controle social, organização das conferências de saúde (BRAVO,2009,p.103).

política para viabilizar a concepção de Seguridade Social [...] Outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental (BRAVO, 2009, p. 104).

No que se refere à política de saúde Soares (2010) chama a atenção, para o fato de que, no desenvolver desses conflitos que emergem a partir dos anos 1990, entre o projeto de Reforma Sanitária, vinculado aos interesses da classe trabalhadora, e o projeto da contrarreforma, que expressa o interesse do grande capital, nasce a ideia de um novo projeto.

Assim, a dinâmica da condução da política de saúde passa ser ainda mais tensionada por diferentes projetos: o projeto universalista cunhado nos anos 1980 de caráter democrático de direito; o projeto privatista que ganha forças nos anos 1990 visando a diminuição dos gastos público com serviços sociais em favor do ajuste fiscal; e o novo projeto que entra em pauta na disputa, vinculado ao terceiro setor³³ expressando um desdobramento da proposição neoliberal.

Este novo projeto de forma mais ampla, está ligado umbilicalmente ao projeto privatista e defende um “SUS possível”³⁴, dentro da lógica capitalista, “flexibilizando os princípios políticos emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS” (SOARES, 2010, p. 16). Em relação à lógica que rege ao novo projeto em questão, ela expressa tanto uma transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil travestida³⁵ de terceiro setor quanto à afirmação da lógica do mercado para os serviços sociais (IAMAMOTO, 2007).

³³ Os autores do terceiro setor, o classifica como sendo a sociedade civil expresso em organizações não governamentais e não lucrativas. Mas numa perspectiva crítica e de totalidade, o terceiro setor refere-se a um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta à “questão social”, seguindo os valores da solidariedade local, do voluntarismo, da autorresponsabilização e individualização da ajuda (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2011).

³⁴ O projeto SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da Reforma Sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade (SOARES, 2010 p. 53).

³⁵ Na opinião de Fagundes (2006) há uma inclinação de se colocar como sinônimo o terceiro setor e a sociedade civil, denominando a sociedade civil como sendo um conjunto de organizações, sem

Neste sentido,

a sociedade civil tende a ser interpretada como um conjunto de organizações distintas e “complementares”, destituída dos conflitos e tensões de classe, onde prevalecem os laços de solidariedade. Salienta-se a coesão social e um forte apelo moral ao “bem comum”, discurso esse que corre paralelo à reprodução ampliada das desigualdades, da pobreza e violência (IAMAMOTO, 2001, p. 26).

A configuração deste novo projeto, para a política de saúde, está relacionada à transformação de algumas lideranças do movimento dos trabalhadores que lutaram pela Reforma Sanitária, e que, convidados pelo presidente Lula, passam a ocupar cargos importantes no alto escalão do governo³⁶.

Durante os dois mandatos do governo Lula, o cargo de ministro da saúde foi ocupado por quadros oriundos do denominado Movimento Sanitário, comprometidos em levar adiante a efetivação do SUS (Sistema Único de Saúde) e avançar a reforma sanitária brasileira. Todos os quatro ministros de saúde do governo Lula foram recrutados das fileiras de sanitaristas brasileiros (BAHIA, 2010, p.353).

Esta atitude do governo petista, no entanto, não correspondeu à priorização da saúde na agenda do governo, mas contribuiu para o esvaziamento dos movimentos sociais que buscavam concomitantemente ao movimento de Reforma Sanitária, uma saúde universal e de qualidade. Firmado este contexto de distanciamento das lideranças da base para junto do governo, o movimento pela Reforma Sanitária se enfraquece diante das cisões e disputa ideológicas no interior do movimento. A partir de então, sobrevém uma fragmentação e um enfraquecimento dos movimentos sociais, que ainda pode ser apreciada na atualidade.

Assim sendo, a política de saúde, como as demais políticas sociais, durante o governo Lula transita tensionada por um misto de projetos em disputa pela hegemonia. Disputa que pode ser apreciada na maioria das ações do governo, que expressam tanto as propostas do movimento da Reforma Sanitária, quanto os interesses dos demais projetos em confronto. No caso da política de saúde mental,

levar em consideração o aspecto político, num processo de despolitização das desigualdades sociais.

³⁶ Sobre cooptação no governo Lula ver em: Iasi (2006).

apesar dos avanços alcançados pelo movimento da RPB, percebe-se que o projeto de privatização da coisa pública, nesta área, continua ganhando espaço, pois muitos dos serviços de cuidados em saúde mental, são entregues a gestão de instituições não governamentais. Assim como já vinha acontecendo em governos anteriores desde a década de 1990.

O fato a se destacar, então, é a importância das Organizações não Governamentais (ONGs) que são tratadas como principal sujeito no oferecimento dos serviços necessários à sociedade. Destaca-se, porém, que os serviços prestados por estas instituições, seguem a lógica do mercado e têm por parâmetro a (re)filantropização em detrimento da assistência universal de caráter democrático preconizado pela Constituição Federal/1988.

As empresas que financiam as ONGs exigem resultados de seus investimentos (relatórios, pesquisas de impactos etc.), que posteriormente possam ser utilizados para marketing social, vinculando imagens e discursos na órbita da questão social para venda de suas mercadorias. Acreditamos que o elemento novo da “filantropização” no momento atual é o aprofundamento da transformação da racionalidade do caráter humanitário em mercadorias (MACHADO, 2010, p. 275).

Infere-se a partir dessa reflexão, que a política de saúde vem sofrendo um descaso diante do que foi preconizado pela Constituição de 1988. E este cenário de desrespeito à Constituição em favor da Contrarreforma tem continuidade nos governos que se segue.

Em relação ao governo de Dilma Rousseff³⁷, no que tange ao avanço do projeto universalista, o que se percebe é que seu mandato aconteceu sem grandes alterações para as políticas sociais. A eleição de Dilma suscita grandes expectativas no âmbito da política de saúde, pois, em seu discurso de posse a presidente, coloca a saúde como prioridade em sua agenda governamental. No entanto isto não aconteceu. Observa-se que no desenvolvimento do seu mandato, suas ações seguem a mesma lógica dos governos anterior, reforçando a privatização e a lógica do mercado.

³⁷A presidente Dilma Rousseff, presidiu o Brasil de 2011 a 2014, sendo reeleita para um segundo mandato, que iria de 2015 a 2018, mas permaneceu somente até 31 de agosto de 2015 quando seu segundo mandato foi interrompido pelo impeachment.

É relevante destacar que logo no início do primeiro mandato da presidente Dilma, a área da saúde sofre um significativo retrocesso no que diz respeito à autonomia do Conselho Nacional de Saúde (CNS) frente ao MS. Isto porque, em detrimento do direito conquistado, no ano de 2006, pelo CNS de eleger para a presidência do conselho um representante do segmento dos usuários ou dos trabalhadores, em 2011 há um retrocesso à antiga norma – quando o presidente nato do CNS era o ministro da saúde – e por aclamação é eleito o ministro da saúde Alexandre Padilha para presidência do conselho (BRAVO E MENEZES 2013).

Neste sentido, a política de saúde caminhou em clima de retrocessos e polêmicas no primeiro mandato da presidente Dilma, com a lógica do privado influenciando o setor público numa constante disputa entre projetos societários e refilantropização de direitos. No âmbito da gestão pública, tem-se a continuidade da contrarreforma iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de uma ampliação do modelo privatizante. Esta ampliação se expressa no novo papel que assumem as Organizações Sociais (OSs); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Fundações Estatais de Direito Privado.

Esses “novos modelos” – organizações sociais, fundações públicas de direito privado, empresas públicas – significam, na prática uma entrega do patrimônio do SUS para o setor privado, numa lógica de empresariamento da saúde. Por esse mecanismo o Estado, firma contratos de gestão com esses entes geridos pelo direito privado, repassando para eles recursos do fundo público em troca da prestação de serviços. No caso das organizações sociais o processo é ainda mais escandaloso, pois dispensa concurso público para a contratação de profissionais e licitação para a compra de material (CISLAGHI et al., 2011, p.15).

Na área da saúde esta nova forma de gestão é contundente para a lógica do receituário neoliberal. Um dos setores da saúde que é intimamente afetado por esta lógica é a área da saúde mental, pois em determinados municípios, muitos dos serviços de cuidados em saúde mental são geridos quase que especificamente pelas ONGs.

No município de Juiz de Fora, por exemplo, todas as 28 residências terapêuticas, a partir de 2018³⁸, passaram a ser de responsabilidade do Grupo

³⁸ Informação publicada no diário Oficial do Município em 28/12/2017.

Espírita de Assistência aos Enfermos (GEDAE)³⁹. Esta nova lógica de gestão – alternativa à gestão estatal direta em âmbito federal – deu abertura para a institucionalização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Uma empresa pública de direitos privados, ligada ao Ministério da Educação, que tem como função gerenciar os Hospitais Universitários (HUs) (BRAVO e MENEZES, 2011).

Assim, há um aprofundamento da privatização dentro do setor saúde, precarizando e fragmentando ainda mais as relações de trabalho, em um misto de trabalhos oferecidos em diferentes modalidades, pois de acordo com o projeto de lei n.º 1.749-b, de 2011:

Fica a EBSERH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado [...]. A celebração de contratos temporários de emprego de que trata o caput só poderá ocorrer no prazo de dois anos, contado da data de constituição da EBSERH [...]. Os contratos temporários de emprego de que trata o poderão ser prorrogados por uma única vez, desde que a vigência de cada ajuste não ultrapasse o período total de cinco anos [...]. A EBSERH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas “a” e “b” do § 2º do art. 443 da CLT, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

Está lógica implementa a rotatividade de profissionais – a exemplo do setor privado – criando uma insegurança nos trabalhadores pelo descaso com a estabilidade. De acordo com Gomes (2015) esta dinâmica de contratação contribui para o comprometimento da qualidade da assistência em saúde, pois não possibilita a continuidade de ações devido ao alto grau de rotatividade dos recursos humanos.

Percebe-se, a partir disso, que alguns setores da saúde ficam plenamente prejudicados, como é o caso dos usuários da saúde mental. As pessoas em sofrimento mental, necessitam de um vínculo com o serviço/profissional, que tem por base a confiança entre esses sujeitos que requer tempo para ser conquistada.

Do ponto de vista burocrático da administração, esta rotatividade seria apenas um detalhe de gestão. No entanto, o trabalho na

³⁹ GEDAE: centro de recuperação dedicado, principalmente, a portadores do vírus HIV. A instituição recebe também pessoas com outras enfermidades, como câncer, por exemplo. Os doentes vêm não só de Juiz de Fora, mas também de cidades da região.

atenção psicossocial, como em qualquer outra área, possui especificidades. A constituição do vínculo é uma delas. Na verdade, é considerada condição para a realização do trabalho. A rotatividade de profissionais, neste particular, não é apenas uma questão administrativa. Ela põe em risco a possibilidade de continuidade do tratamento de inúmeros usuários, especialmente dos casos considerados graves (GOMES, 2015, p. 307-308).

A partir do ano de 2016, há uma mudança no plano político-partidário brasileiro com o impeachment da presidente Dilma Rousseff. Essa mudança contribuiu para acentuar os impactos negativos que já vinham ocorrendo nas áreas da saúde, educação e dos direitos trabalhistas e previdenciários.

Nestas circunstâncias de mudança político-partidárias, a realidade das políticas sociais complexifica-se ainda mais, pois assumiu a presidência da república, o vice-presidente Michel Temer do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que durante seu mandato, trabalhou alinhado à lógica neoliberal privatista. O posicionamento do presidente em exercício adensou ainda mais o contexto restritivo das políticas sociais. No campo político-ideológico o impeachment da presidenta, representou uma derrota para a classe trabalhadora, pois:

Foi um golpe no governo articulado por parte dos aparelhos do Estado como o Parlamento, o Judiciário (com aval da Suprema Corte) e a Polícia Federal; pelos oligopólios da mídia, que atuaram abertamente como os grandes fomentadores e indutores do impeachment; e pela atuação ativa das diferentes frações das classes dominantes e dos setores médios. Não foi um golpe no regime político, e sim – reiteramos – no governo (DURIGUETO e DEMIER, 2017, p.14).

O golpe, no entanto, foi “necessário” para a burguesia, na medida em que a presidente Dilma, foi julgada incapaz⁴⁰ de continuar a garantir os meios necessários para atender as necessidades do grande capital, mesmo tendo trabalhado arduamente em favor da manutenção da sociabilidade capitalista (BRAZ, 2017). Deste modo, na realidade atual, os direitos sociais materializados nas políticas públicas, têm passado por sucessivos ataques por parte da classe burguesa, que

⁴⁰ No atual estágio o grande capital, precisa 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).

luta para garantir a lógica do mercado, em desfavor à assistência social por meio dos serviços públicos eficazes.

Mas o fato é que o governo Temer diante de suas ações demonstrou uma aliança com a classe burguesia brasileira, que se fortaleceu na disputa com a classe trabalhadora, para garantir seu projeto privatista. O apoio do governo, no entanto, contribuiu para que a classe burguesa capitalista saísse exitosa na disputa com a classe trabalhadora, principalmente no que tange à disputa pelo fundo público. Esse contexto de fortalecimento da classe burguesa capitalista é desfavorável ao conjunto das políticas sociais, e se acentua indubitavelmente a partir de 2019, quando assume o poder o presidente Jair Bolsonaro (PSL) substituindo Michel Temer.

Com a entrada de Jair Bolsonaro para presidência da República em janeiro de 2019, a política de saúde mental juntamente com outras políticas públicas como de educação e de segurança pública, estão passando por um processo crítico de desmantelamento, de retrocessos e de marginalização como nunca visto antes. É verdade que desde a década de 1990, as políticas sociais públicas, assim como os direitos sociais vêm sendo alvo de constantes ataques e reformas pelos ditames do projeto privatista capitalista neoliberal, mas o que se presenciou no ano de 2018 com o governo Temer e agora com o presidente Bolsonaro, representa um expressivo adensamento do processo de desconstrução do projeto democrático universalista.

Por consequência disso, os recursos destinados às políticas sociais paulatinamente vêm sendo restringidos ao mínimo do mínimo, contribuindo para que os serviços sociais atendam à população na lógica da exclusão e não da inclusão, quando suas ações são destinadas cada vez mais aos miseráveis em uma lógica filantrópica e caritativa, perdendo por completo a noção de direito.

No campo da saúde, infere-se com base nesta análise, que a proposta de política de saúde pensada nos anos 1980, a partir do movimento de Reforma Sanitária que culminou na constituição do SUS, de fato ainda não se efetivou. Na atualidade, portanto, ainda impera a lógica do mercado, refletindo em todos os âmbitos que envolvem a assistência à saúde e mais especificamente a saúde mental.

Sobre o financiamento público para a saúde, este, desde os anos 1990, vem se apresentando de forma incoerente e insatisfatória para o cumprimento das responsabilidades do sistema de saúde brasileiro com os princípios da equidade e universalidade. Esta realidade contribui para a não conformação de uma saúde pública de qualidade e que atenda toda a população de forma equânime.

O subfinanciamento na área da saúde constitui-se em uma política de Estado, pois vem perpassando todos os governos desde os anos 1990, independentemente se de direita ou de esquerda. Todos os governos, sob uma mesma lógica se desenvolveram inclinados para a restrição, a diminuição e o enxugamento dos gastos com saúde (SOARES E SANTOS, 2014). Este é um dos principais motivos, se não o principal, responsável pela não efetivação do SUS de fato.

Tornada fonte de interesse para os investimentos privados, o setor de saúde tem enfrentado os efeitos da contrarreforma por meio, principal, mas não exclusivamente, das formas de gestão sob a lógica privada. Este projeto se fortalece na medida em que dispõe de apoio de governos locais comprometidos com interesses particulares e privatistas (GOMES, 2015, p.301).

Neste sentido, a assistência em saúde, apresenta-se atualmente, dividida em setores de forma fragmentada: saúde da mulher, saúde mental, saúde do homem, saúde da criança, saúde do trabalhador e etc., perdendo paulatinamente o vínculo com as diretrizes organizacionais e os princípios doutrinários do SUS. Coaduna com esta lógica de organização do SUS um histórico imbricamento, entre o público e o privado cada vez mais forte na esfera da saúde pública brasileira.

Capítulo II

Política de Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: tendências e desafios

A partir do contexto apresentado no capítulo I, pensar a política de saúde mental no Brasil, requer primeiramente, um resgate histórico na literatura, no sentido de compreender quais foram os caminhos percorridos na construção do atual modelo de assistência ao sujeito com sofrimento psíquico, que nasce e desenvolve pautado na exclusão asilar e hoje, tem como diretriz o atendimento de base comunitária dentro da lógica do território. Para efeito deste trabalho atentou-se, portanto, para a década de 1970, berço da reforma psiquiátrica brasileira. Assim, a política de saúde mental dentro da atual realidade, suas potencialidades, limites, entraves e avanços, demanda o esforço de situá-la dentro do contexto macro político, já evidenciado neste trabalho, das crises capitalistas e das estratégias reformista liberais de superação dessas crises, impostas pela sociabilidade do capital.

2.1 – A Saúde Mental no marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, teve como inspiração a experiência do modelo de desinstitucionalização em psiquiatria italiana⁴¹. Ainda que o Brasil tenha tido como base inspiradora a Reforma Psiquiátrica italiana, o movimento que se deu no país tem história própria. História que se inscreve num processo político e social, articulado por diferentes sujeitos, instituições e movimentos sociais, que transformou as práticas, saberes, valores culturais e sociais dentro da área da saúde mental brasileira.

Assim, a Reforma Psiquiátrica constitui

um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que

⁴¹Sobre a psiquiatria italiana ver em Amarante (1995).

surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.91).

Sobre o contexto de mudanças na saúde mental brasileira, é importante destacar que o processo histórico em que se materializou o MRPB, está inscrito num contexto internacional de mudanças em que outros países também protagonizaram, dentro de suas especificidades, um ciclo de questionamento e reformulação de suas formas de conceber a assistência no âmbito da saúde mental⁴². Com isto, tensionava-se a superação do modelo asilar hegemônico internacionalmente dentro da área da saúde mental (VASCONCELOS 2008).

O movimento de reforma da assistência em saúde mental de forma global, foi impulsionado por significativos processos e movimentos históricos. Dentre os quais, é relevante destacar o contexto pós-segunda Guerra Mundial, em que muitos soldados e também civis sofreram prejuízos físicos e, principalmente, psíquicos/emocionais como consequência e resultado da guerra iniciada em 1939. Este fato aumentou significativamente o número de usuários do serviço de saúde mental, exigindo um posicionamento por parte dos Estados-nação no enfrentamento desta realidade.

Foi só na década de 1940, período conhecido como Pós-Guerra, que a Europa lançou um amplo questionamento sobre o manicômio que colocou no centro do problema a função social de controle exercida por esse estabelecimento, bem como a relação médico-paciente, como um âmbito dessa dimensão de poder e a lógica do isolamento e de exclusão social. Inaugurou-se dessa forma um outro modelo de cuidado, dando à pessoa a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim, em uma experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhe seria conferido por sua razão (MARTINS, 2017, p.16).

No Brasil, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica emerge na segunda metade da década de 1970 articulado ao movimento de Reforma Sanitária no

⁴²Cabe destacar, que a experiência italiana de desinstitucionalização foi a única que aboliu a internação no hospital psiquiátrico do conjunto de prestações de serviços da saúde mental (PASSOS, 2016, p.142).

contexto de redemocratização do país. No bojo dos movimentos sociais, o movimento toma força a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, com forte crítica ao modelo de atenção psiquiátrica manicomial.

O ano que se seguiu a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987, representa o ano de uma grande virada para o RPB. Assiste-se neste ano a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), “representando o início da trajetória de desconstrução no cotidiano das instituições e da sociedade, das formas arraigadas de lidar com a loucura”. Em seguida acontece o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru – SP), com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e também no ano de 1986 é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (TENÓRIO 2002, p.35)⁴³.

O movimento de trabalhadores em saúde mental (MTSM), que é de fundamental importância para MRP, emergiu no ano de 1978 constituído por atores diversificados, com caráter autônomo, não atendendo a objetivos de nenhuma estrutura institucional solidificada. O fato da não institucionalização constitui parte de uma cuidadosa estratégia, demonstrando uma resistência à institucionalização (AMARANTE, 1995). Por este perfil não corporativista o MTSM foi primordial para o fortalecimento e desenvolvimento do movimento da RPB, unindo reivindicações trabalhistas a um discurso humanitário.

Os trabalhadores a partir de articulações com outros movimentos sociais denunciavam,

uma crise política que se instalava na saúde, sem se limitar a reivindicações corporativas. Pelo contrário, denunciavam não só as péssimas condições de trabalho como também o descaso e os maus-tratos sofridos pelos pacientes das instituições onde trabalhavam [...]. Não levou muito tempo para essa movimentação ser ouvida e vista em praticamente todo país (MARTINS, 2008, p.16/17).

Destarte, dentro deste processo de luta o MTSM se transformou mais tarde, no Movimento da Luta Antimanicomial. As reivindicações da luta antimanicomial na

⁴³A reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial será tratada mais adiante.

busca pela RPB, vão além da reformulação da assistência aos usuários da saúde mental, em que alguns reformistas entendem como sendo apenas uma mudança da forma de tratar “o louco”. Neste sentido, ser “Antimanicomial” é defender um projeto societário que reivindica o fim da propriedade privada, o fim da exploração e das opressões de classe, de gênero, e de raça/etnia (PASSOS,2017).

A trajetória do movimento, em busca da desinstitucionalização, pode ser identificada,

por uma ruptura ocorrida no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995, p.75-76).

A partir dos anos 1980 o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica mostra que a preocupação deixa de ser apenas com as instituições prestadoras de serviços psiquiátricos, passando de forma crítica a questionar o campo da cultura, o cotidiano e o direcionamento do trabalho em saúde mental, ou seja de forma geral todo o universo da saúde mental precisava ser revisto.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) norteado pela efervescência do movimento pela RPB, formulou o projeto de lei nº 3.657/1989 objetivando regulamentar a assistência aos usuários da Saúde Mental, com base nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, – o que mais tarde viria a ser a lei 10.216/01 – Lei da saúde mental.

O projeto era sintético e versava sobre o impedimento de construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de serviços não manicomiais de atendimento; e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. O projeto tramitou por mais de dez anos no congresso nacional e ao ser aprovado, não foi integralmente respeitado como proposto originalmente pelo deputado Paulo Delgado (TENÓRIO, 2002).

É relevante destacar que, durante este longo período de espera pela aprovação do PL 3.657/89, vários estados como o Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte incentivados pelo projeto Paulo

Delgado, elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo propósito (AMARANTE, 1995).

A aprovação da Lei 10.216 aconteceu em abril de 2001 e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A lei representa o marco institucional da Reforma Psiquiátrica brasileira e é norteadora das ações da assistência em saúde mental ainda nos dias atuais.

Nos anos que se seguiram ao surgimento do MRP, as transformações na assistência em saúde mental avançaram rumo a substituição do modelo de assistência asilar vigente à época, para uma assistência de base comunitária dentro da lógica do território. Este avanço, no entanto, é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Como assinalado, a partir dos anos 1990 tem-se a entrada no país do receituário neoliberal com sua lógica privatista voltada para o mercado, adensando ainda mais a luta do movimento pela RPB e atingindo, principalmente, o grupo que dentro do movimento defendia uma transformação na perspectiva antimanicomial.

A luta antimanicomial prevê uma assistência dentro dos preceitos de uma cidadania democrática, e se posiciona contra toda e qualquer forma de exclusão, estigma e exploração. Traz em seu arcabouço uma proposta de transformação vinculada a um projeto societário emancipatório (PASSOS, 2017).

Com a adesão do Estado brasileiro ao neoliberalismo, o desenvolvimento e avanço das mudanças proposta para a transformação da assistência em saúde mental ficam ameaçados dentro de um processo de contrarreforma, principalmente no que tange a gestão pública. As mudanças de caráter liberal representam um entrave para a manutenção dos novos serviços substitutivos que começavam a se desenvolver na área assistencial aos usuários da saúde mental.

As políticas sociais de modo geral e, dentre elas, a política de saúde e de saúde mental, deixam de ser entendidas na perspectiva do direito e conquista do trabalho – que é produtor de toda a riqueza do país – e passam a ser vistas como objeto de grande oneração para o Estado brasileiro. Isto porque:

No contexto de crise econômica e de hegemonia neoliberal, as políticas sociais são conduzidas a partir de uma perspectiva político-ideológica de que os gastos sociais são uma das causas de um Estado inchado e dispendioso incapaz de fazer frente às

demandas de estabilização econômica que, de acordo com a perspectiva liberal, promoveria o bem comum (GOMES, 2015, p.301).

Conduzido pela lógica neoliberal de enxugamento da máquina pública, o governo federal concede ao setor privado, a partir das reformas neoliberais, o direito de gerir na área das políticas públicas, microssistemas como o setor de saúde mental. Em vista disso, o projeto privatista⁴⁴ liberal ganha força e expressividade na disputa contra o projeto que visa a democratização e universalização de direitos.

A partir deste novo contexto, a política de saúde mental enfrenta grandes desafios para se sustentar dentro dos preceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mesmo tendo sido constituída a partir de um movimento forte fundamentado e respaldado na aceitação da sociedade. O processo de mudança da política de saúde mental, assim como de qualquer outra política social, depende da existência de políticas sociais de orientação universal, para se desenvolver. Porém, o que se observa ao contrário desse processo, é uma completa desvalorização das políticas públicas por parte do Estado, que vem priorizando o mínimo do mínimo para assegurar os direitos dos trabalhadores em favor do fortalecimento das políticas que visam a sustentabilidade do desenvolvimento econômico.

Neste sentido, não só à política de saúde mental como aos diversos direitos sociais e, em especial, o sistema de proteção social o ideário neoliberal impõe limites às ações universais, com reformas que sustentam um projeto privatista dentro de uma lógica de privilégio do mercado. Demarca-se, contudo, que as refrações impostas pela contrarreforma do Estado não conseguiram sufocar por completo o movimento da RPB.

Conforme apresentado, no início da década de 1990, observa-se um avanço positivo quando o movimento pela RPB, inspirado pelo projeto de lei nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado (PT/MG)⁴⁵, consegue aprovar em vários estados, leis

⁴⁴A partir desse contexto, abre-se espaço para a gestão e prestação de serviços de saúde mental ser realizada por Organizações não Governamentais, como veremos em um próximo item mais adiante.

⁴⁵Projeto de lei nº 3.657/1989 formulado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), objetivando regulamentar a assistência aos portadores de transtornos mentais. O projeto tramitou por 12 anos no Congresso Nacional e foi aprovado somente no ano de 2001, e ainda assim, foi aprovado com

que dispõe sobre a substituição dos leitos psiquiátricos, por uma atenção em rede integrada de atenção à saúde mental. Esta substituição se dá de forma progressiva, e a partir dela tem-se a regulamentação de importantes serviços.

O surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental pipocava em vários pontos do país. Duas delas são consideradas “marco inaugural e paradigmático” de uma nova prática de cuidados: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Distrito da Bela Vista, na cidade de São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos, em São Paulo, como um projeto mais amplo e radical de desinstitucionalização no país (PITTA, 2011, p.4584).

Em 1992, o Ministério da Saúde institui a portaria GM 224/92⁴⁶ que normatiza oficialmente os CAPS. Esta portaria regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, àquela época, em conformidade com as diretrizes da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde: universalidade, descentralização, hierarquização e integralidade das ações. (BRASIL, 2004).

Em uma conjuntura tão adversa ao movimento da Luta Antimanicomial, o CAPS se apresenta como uma importante estratégia que se firmou naquele momento, voltada para a substituição dos manicômios. Conforme a legislação, os serviços nos CAPS's passaram a ser oferecidos de forma descentralizada e territorializada, visando garantir um serviço de base comunitária, com foco na integração do usuário na comunidade e sua inserção social.

A portaria dispõe no item 2.2 que os CAPS's

podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004, p.245).

significativas modificações importantes no texto normativo, deixando de instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005 p.8).

⁴⁶Quase que a totalidade desta portaria já foi superada por outras normas. As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02.

Ficou estabelecido também nesta portaria que nos CAPS's os usuários seriam acompanhados por equipes multiprofissionais, compostas por um profissional médico psiquiatra; um enfermeiro; e quatro outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos). As atividades de atendimento, por sua vez, passam a ser realizadas de forma individual, em grupo, e também por visitas domiciliares da equipe ao usuário e atendimento às suas famílias (BRASIL, 1992).

Com a entrada dos anos 2000, a política de saúde mental ganha um novo impulso. Depois de longos anos de espera, o congresso nacional, aprova o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, e sanciona a lei 10.216/01.

O projeto em questão, para além de ter esperado por vários anos no congresso nacional, ao ser aprovada não foi fiel ao texto original. O projeto de lei original 3657/89 do deputado Paulo Delgado, tinha como proposta primordial o fim da estrutura da assistência aos usuários da Saúde Mental, montada sob a lógica hospitalocêntrica, em favor de uma rede de serviços substitutos de base comunitária. Também, como discussão central, trazia a necessidade da garantia do direito civil dos usuários com sofrimento mental, não devendo ser realizadas internações sem autorização dos mesmos.

A centralidade do projeto era a extinção dos manicômios, que deveriam ser substituídos por outros serviços assistenciais, que garantissem os direitos de cidadania dos usuários da saúde mental. Mas a passagem do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, por 12 anos pelo congresso nacional, sofreu influências da correlação de forças políticas existentes nesta área (PEREIRA, 2004). Em vistas disso, é que o projeto aprovado não foi fiel ao texto original proposto, sendo aprovado,

um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005 p.8).

O substituto do projeto, que foi aprovado, segundo Tenório (2002) não tem o impulso extraordinário do texto original, principalmente, no que tange a questão

da extinção dos manicômios e a diminuição dos leitos para internação psiquiátrica. Apesar do autor ter apontado a fragilidade da instituída lei na questão dos leitos psiquiátricos há mais de uma década passada, este problema ainda permanece.

Com a promulgação da lei 10.216/01 a política de saúde mental ganhou força e visibilidade no cenário brasileiro, experimentando uma importante expansão. O Ministério da Saúde, com o ordenamento da nova lei, criou linhas de financiamento específicas para os serviços abertos e substitutivos ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país⁴⁷. A pressão da luta antimanicomial para alcançar o objetivo de desinstitucionalizar aqueles com longo histórico de internação, faz com que, sejam pensadas novas estratégias/programas para a substituição do modelo pautado na lógica manicomial. É a partir deste momento, que se ensaia uma mudança na assistência aos usuários da Saúde Mental no Brasil, significando uma resposta positiva ao MRP.

A Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e suas Portarias subsequentes, impôs um valor legal para as mudanças que vinham ocorrendo no Brasil e permitiu impulsioná-las por meio de financiamento e abertura de novos serviços. Desde sua promulgação, houve um crescimento real do financiamento federal em saúde mental, principalmente nas áreas destinadas à abertura de novos serviços comunitários, além de uma redução gradativa do financiamento para leitos hospitalares (TRAPE e CAMPOS, 2017, p.2).

É importante destacar que a Lei 10.216/2011 significa um marco importante para a Saúde Mental, pois o campo da saúde mental, se analisado historicamente, sempre esteve imbuído de diferentes questões que dificultaram e ainda dificultam uma assistência qualitativamente efetiva. A estigmatização dos sujeitos; a relação estreita da área da saúde mental com a visão privatista; a centralidade do tratamento nos hospitais; a segregação dos indivíduos em sofrimento mental no

⁴⁷ Um importante mecanismo criado nesse sentido foi o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/P), criado em 2002, é um dos instrumentos para avaliação dos procedimentos hospitalares. Este serviço de caráter especificamente avaliativo, tem suas ações centradas na estrutura física do hospital, na dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares e nos recursos terapêuticos da instituição. Para tanto, utiliza um instrumento resultante de dois roteiros: de saúde mental e de vigilância sanitária, envolvendo condições de higiene, alimentação, farmácia etc.(BRASIL, 2002).

isolamento dos manicômios; são exemplos de questões que perpassam o desenvolvimento da assistência em Saúde Mental na ordem brasileira.

Dentre esses fatores, Pitta (2011) chama a atenção para a questão do estigma contra o “louco”, fator de extrema relevância, pois, para além do senso popular, também se encontra presente nas ações de profissionais da saúde, profissionais do direito, e da previdência e assistência social. Evidências disso são localizadas na falta da escuta e na não credibilidade da palavra dos usuários da saúde mental, gerando uma crônica postergação de suas demandas. Neste sentido, a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato (PITTA, 2011, p.4587).

Assim,

As demandas da saúde mental seguem sendo postergadas: primeiro as criancinhas, depois os velhinhos, a saúde da mulher (como aparelho reprodutor), mais recentemente a dos homens, porque andam morrendo mais e ameaçando a economia e a previdência social. E os programas de saúde pública se organizam sempre nas suas vertentes fisicalistas, sem direito à subjetivação. As sutilezas do estigma presentes nas campanhas midiáticas de governos tipo “crack: cadeia ou caixão” banalizam o apocalíptico e induzem a um mero “não ter o que fazer” cômodo e paralisante (PITTA, 2011, p.4581).

Infere-se com base nesta reflexão, que o processo de desenvolvimento do MRPB se forjou com muitos debates e organização política dos atores envolvidos. Observa-se, contudo, que a oficialidade dos serviços substitutivos, a partir da promulgação da lei da saúde mental, demonstra uma institucionalização da RPB pelas vias do MS.

Na opinião de Duarte (2017) paralelamente ao processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, desenvolve outro horizonte ético para o campo da saúde mental em sua práxis. Para o autor, há um divisor de águas no âmbito da prática das instituições na assistência à saúde mental. Se por um lado, o processo de institucionalização foi importante para se consolidar um modelo de assistência à saúde mental que contrapôs ao modelo hospitalocêntrico e médico centrado hegemônico, por outro fez distanciar os atores protagonistas do MRP dos movimentos e organizações sociais, que serviram de base de sustentação para o projeto da Reforma Psiquiátrica.

Na compreensão de Yasui (2006), a impressão que se tem é de que os principais atores da RPB estão nos gabinetes ministeriais, esvaziados de seus objetivos, produzindo normas e portarias e não estão mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos. A transformação dada pela ênfase no processo de regulação da política de saúde mental, dentro do processo da reforma, faz com que a arena de luta em prol da cidadania do “louco” se desloque da esfera da sociedade civil para o interior do aparelho estatal, ou seja, é o Ministério da Saúde quem regula as normas para a saúde mental, com suas leis e portarias conforme aponta Yasui.

Esta ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS, transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão às normas e portarias. Não há mais, oposição, tensão, questionamento. Pelo contrário, as críticas, geralmente oriundas dos setores acadêmicos, passam a serem vistas como ataque ou obstáculo a um processo que, ao se institucionalizar, perdeu a sua dimensão histórica e parece obedecer apenas uma lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis, afetando de forma danosa o modelo assistencial (YASUI, 2006, p.60).

Outro fator desfavorável à efetivação da política de saúde mental dentro dos preceitos da RPB, é o fato de que a adesão do Estado brasileiro ao ideário neoliberal faz com que ele não assuma a responsabilidade da gestão da maioria das políticas sociais, deixando-as a cargo do setor privado. Com isto, o Estado terceiriza serviços sociais públicos, transferindo para a sociedade civil – terceiro setor expresso nas organizações não governamentais – a responsabilidade de gerir determinados serviços, programas e estratégias de ação na área dos serviços sociais.

A saúde mental dentro desta lógica tem vivido diferentes formas de privatização. Privatizações que se expressam através de estratégias jurídico-legais de terceirização, tais como organizações sociais, fundações estatais de direito privado e outras formas de precarização das relações e vínculos de trabalho, marcado pela consolidação da hegemonia reformista liberal, com projetos específicos para situações específicas. Deixando fora do debate a questão dos direitos sociais na perspectiva da universalidade.

Os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e o Centro de Convivência (CECO) criado pelo MS, são importantes estratégias na substituição de leitos psiquiátricos hospitalares, e podem ser citados como exemplos desta realidade precarizada.

O SRT foi instituído pela portaria 106 em 11 de fevereiro de 2000, funciona como uma modalidade assistencial, prevendo a substituição da internação prolongada em hospitais psiquiátricos. Os CECO's foram regulamentados em 07 julho de 2005 pela portaria nº 396. Estes são dispositivos públicos que oferecem à população usuária da rede de saúde mental espaço de sociabilidade e lazer, contribuindo para o convívio social e a inclusão das pessoas com sofrimento mental.

Apesar de se tratarem de serviços públicos, observa-se que, ambos são gerenciados quase que praticamente pelo setor privado, através de estratégias implementadas pela lógica do projeto privatista. No município de Juiz de Fora, por exemplo, todos os SRT's, na atualidade, são administrados pelo Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (GEDAE) uma instituição filantrópica sem fins lucrativos.

Com base nos apontamentos de Scheffer (2010) a dinâmica das instituições filantrópicas expressa um grande fortalecimento das práticas conservadoras no âmbito do cuidado em saúde mental. Além disso, a assistência filantrópica reafirma a lógica do mercado, que apregoa que aos que não tem recurso resta a filantropia, colocando mais uma vez o descaso do Estado, que historicamente pode ser observado com a questão da saúde mental.

As ONGs são expressões condensadas de relações sociais, econômicas, políticas e culturais circunscritas historicamente e que hoje aparecerem hegemonicamente enquanto canais (sedimentados da lógica neoliberal) por onde a sociedade civil, principalmente a massa pauperizada, está sendo atendida. Em suma, as ONGs, como parte da sociedade civil que nos leva a considerar que também são arenas de lutas e disputas de projetos societários (SCHEFFER, 2010, p.275/276).

Especificamente no subsistema de saúde mental, as instituições não governamentais sem fins lucrativos, a partir da ofensiva neoliberal, trafegam conduzidas por uma realidade contraditória, muito comum da lógica capitalista. Isto porque, atendem demandas que pressupõe atender os direitos sociais, mas as dinâmicas de assistência dessas instituições revelam uma forma de privatização

dos serviços sociais, quando contribuem para a retirada do Estado da responsabilidade com determinadas questões voltadas para a esfera social.

Tradicionalmente, a Saúde Mental no âmbito público desenvolveu seus serviços voltados para a classe de baixa renda, ou seja, para aquela fração de classe que não tem acesso ao mercado para adquirir bens e serviços (ROSA E CAMPOS, 2013). É importante destacar que o debate no campo da saúde mental historicamente desenvolveu-se, sempre apresentando uma articulação entre o que se considera sofrimento mental e a condição socioeconômica dos usuários acometidos por esse sofrimento. Neste sentido, para a lógica que rege o sistema capitalista os usuários da saúde mental são considerados um estorvo, pois são incapazes dentro da lógica deste modo de produção.

Observa-se que na atualidade a sociedade brasileira tem vivenciado, um contexto de perda de direitos e de retrocessos em suas conquistas, principalmente no que tange o campo da saúde e em particular da saúde mental. A política de saúde mental tem sido alvo de grande preocupação para aqueles que defendem a RPB dentro de uma perspectiva antimanicomial crítica. Neste seguimento, considera-se de fundamental importância, refletir sobre a política de saúde mental dentro da atual conjuntura política do país, sem perder de vista os preceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o contexto macro político em que essa reforma se deu.

Ao final do ano de 2017 foram aprovadas pelos órgãos gestores da saúde, significativas mudanças para a política de saúde mental. O Ministério da Saúde juntamente com as secretarias dos estados e municípios aprovaram, a resolução Nº 32 de 14 de dezembro de 2017, dizendo ser o objetivo de tais mudanças, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para efeito desta mudança, o MS astuciosamente, tomando o subsetor da saúde mental dentro da lógica privatista de mercado fez um monitoramento nos pontos de atenção que compõe a rede de assistência psicossocial, sem a devida atenção às especificidades de cada território ou região de saúde inspecionada.

De acordo com os instrumentos de monitoramento de produtividade do Ministério da Saúde, identificou-se dentre outras coisas, que 16% dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não registram atendimentos e a taxa de ocupação de leitos em hospitais gerais está 80% ociosa (BRASIL 2017). Observando

criticamente o texto da referida resolução percebe-se que as mudanças propostas, a partir desse diagnóstico, são um contrassenso às diretrizes da política de saúde mental, e não coadunam com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em uma entrevista no Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV), o Professor Paulo Amarante denuncia que a resolução nº32

Foi uma resolução feita a portas fechadas, sem cumprir a tradição prevista na cultura da participação social, do controle social, e a Constituição e as leis de regulamentação do SUS, que discutem as políticas de saúde e saúde mental. No caso da saúde mental há uma participação muito forte via conselhos municipais, estaduais e nacional de Saúde, via conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde, toda a política da Reforma Psiquiátrica foi construída assim (AMARANTE,2018, p.5).

Como se pode observar, no teor de seus 13 artigos há uma intenção explícita de desmonte da atual PNSM, incentivando o retorno a práticas manicomiais. Analisando o artigo 9º, percebe-se claramente esta intenção quando este dispõe sobre a necessidade de aumentar o número de leitos em hospitais gerais, reajustar os repasses feitos aos hospitais especializados, incentivando a internação, reforçando a lógica manicomial.

A resolução a partir deste artigo determina que se deve,

estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017, s/p).

O Ministério da Saúde assegura que a nova proposta veta qualquer ampliação da capacidade de leitos psiquiátricos já instalados em hospitais especializados. Entretanto, considera-se importante lembrar que ao reajustar os repasses financeiros feitos aos hospitais psiquiátricos, o próprio MS incentiva a manutenção dessas instituições. Essa ação não contribui para o fechamento dos

hospitais psiquiátricos, que é a principal bandeira de luta do movimento pela reforma na área da saúde mental.

Tenório, no início dos anos 2000, afirmou que o maior obstáculo concreto à reforma,

é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado, à medida que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente. Nessa perspectiva, a força deste modelo (força técnica, cultural, econômica e política) exige a imposição de limites claros à sua reprodução. Grosso modo, a progressiva extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes, isto é, competentes e duradouras; e a desconstrução do circuito manicômio-dependente (TENÓRIO, 2002, p.52)

O incentivo à manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento do repasse de financiamento público para estas instituições é uma questão muito importante que se coloca na realidade atual para os que defendem a RPB de base antimanicomial. Para além dessas questões, foi autorizado o aumento do montante de verba pública a ser repassado para as comunidades terapêuticas⁴⁸, as quais não respondem – com suas práticas na maioria das vezes de caráter religioso conservador – aos princípios e diretrizes da RPB. As comunidades terapêuticas não contam sequer com equipes de saúde e são geridas pelo setor privado

Neste contexto, em dezembro de 2018 veiculou em diversos jornais⁴⁹ que, o presidente em exercício à época, Michel Temer, aprovou a regulamentação de mudanças na área da saúde mental. De acordo com as reportagens, as principais mudanças estão no âmbito do financiamento público para manutenção de leitos psiquiátricos nos hospitais, em detrimento do investimento em serviços de base comunitária extra-hospitalar. Esta ação do ex-governo Temer significa, realmente, um retrocesso para a Reforma Psiquiátrica.

De acordo com o presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, Paulo Amarante, a controversa portaria foi aprovada a “toque de caixa”. “Não foi aberta a palavra. Eu pedi a palavra, o Ronald Ferreira dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde, pediu também e o ministro respondeu grosseiramente que

⁴⁸Comunidades terapêuticas são instituições de acolhimento voluntário a dependentes de substâncias psicoativas. Não integram o SUS, mas são consideradas equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes.

⁴⁹Folha de São Paulo; G1; Revista Forum; Jornal Estadão; entre outros.

não daria a fala a ninguém. A portaria só foi lida. Não tivemos qualquer possibilidade de manifestação” (BITTENCOURT 2017, p.1).

Conforme a reportagem, apesar dos apelos de profissionais e entidades especializadas presentes na reunião em Brasília, nada mudou a resolução, pois: “A reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovou, sem nenhum tipo de discussão, as mudanças na política de saúde mental propostas através da portaria do Ministério da Saúde” (BITTENCOURT, 2017, p.1).

Dentre as alterações, algumas propostas são vistas por entidades⁵⁰ e especialistas na área como um retrocesso nas conquistas da Reforma Psiquiátrica. A nova lei, entretanto, visa a criação da rede de ambulatório de saúde mental – Assistência Multiprofissional de Média Complexidade em Saúde Mental, que será um serviço intermediário entre o CAPS e ABS; o aumento significativo de recursos para os hospitais psiquiátricos e o não retorno dos recursos da Autorização de Internação Hospitalar para os serviços substitutivos, quando na saída de usuáries (os) dos hospitais psiquiátricos, no processo de desinstitucionalização; a inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A nova política de saúde mental fortalece ainda mais a mercantilização da saúde, que está deixando de ser um direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Assim, remodelando-se como em tempos passados como um mero negócio lucrativo ao universo capitalista.

As mudanças na área da saúde mental não deixam dúvidas que o fim maior é a lucratividade em favor dos proprietários de hospitais psiquiátricos, de clínicas privadas, de vendedores de vagas ao poder público. Para além disso, também será justificada a transferência de renda pública para o capital, através das comunidades terapêuticas. Outro ponto importante a se perceber é a questão da indústria farmacêutica, que também sairá beneficiária com a destruição da Raps. Uma vez que a mesma tem forte influência junto aos hospitais.

⁵⁰ Ministério Público Federal; Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASM; Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA; Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA; Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – RENFA; Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; Comissão de Direitos Humanos e do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Pará (BRASIL, 2017).

Contrapondo o formato da assistência aos usuários da Saúde Mental brasileira da década de 1970 com a configuração da rede de assistência psicossocial, é patente o avanço deste serviço na direção dos pressupostos do movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Assim sendo, é importante, fomentar discussões e mobilizações políticas que venham contribuir para a reversão deste quadro de retrocessos colocado pela atual conjuntura.

Inferese assim que o momento atual expressa, uma conjuntura de profundas dificuldades para consolidação de políticas sociais universalistas, pois o país vive um momento de profunda crise política-ideológica. Esta conjuntura tem adensado os conflitos entre as classes e frações de classes, fazendo surgir novos desafios no âmbito dos direitos sociais. Questão esta, que se encontra cerceada por uma complexidade que coloca em pauta a necessidade de fortalecimento das lutas sociais e de organização de estratégias para enfrentar as tendências de focalização, fragmentação e privatização expressas no conjunto das políticas sociais, dentre as quais, a política de saúde mental.

Refletir sobre as estratégias que foram desenvolvidas ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica, como forma de destituir o modelo médico-centrado, é fundamental para que se possa contribuir com o fortalecimento do campo teórico-prático dentro da área da saúde. Neste sentido, uma das estratégias propostas ao longo do processo do MRPB que se destaca com grande êxito, é a inserção da saúde mental na ABS proposta pelo MS no início dos anos 2000. A vista disso, é importante compreender a estrutura conjuntural em que se deu essa inserção e o desenvolvimento do processo de organização das ações de saúde mental na ABS.

Assim, será possível fazer levantamentos principalmente dos pontos positivos desta articulação, e com isto, contrapor as investidas negativas que se observa atualmente no campo da saúde mental e da ABS, onde novos desafios são colocados com as alterações aprovadas pelo MS no âmbito desses serviços. Em relação à saúde mental, a partir do ano de 2017, tem-se a reconfiguração da PNSM significando um retorno a lógica do hospital psiquiátrico. E no caso da ABS é aprovada a nova PNAB/2017 que flexibiliza as normas de implantação e manutenção das equipes de trabalho, esvaziando de sentido a lógica da intervenção nas UBS, pois as ações e serviços oferecidos na ABS pelas equipes

de referência se pautam na lógica da humanização, do acolhimento e do vínculo da equipe com o usuário e com a comunidade.

A partir desse entendimento, reafirma-se que, a Reforma Psiquiátrica conforme Amarante (1982) há de ser compreendida como uma mudança de paradigma, assim como foi proposto pelos atores do movimento da RPB: uma mudança não simplesmente no âmbito dos serviços prestados aos que sofrem com transtornos mentais, mas na relação que temos com eles, ou seja, com a “loucura”.

Visto que a Reforma Psiquiátrica é um processo que ainda está em pauta, nos dias atuais, considera-se necessário refletir seus avanços, desafios e retrocessos, para que se possa avançar, rumo à sua efetiva consolidação. As últimas notícias sobre a política de saúde mental mostram que esta consolidação está ainda muito longe de acontecer.

Mas é importante ressaltar, que apesar dos desafios postos, avançou-se na organização da rede com dispositivos permeados por contradições, mas que são válidos.

2.1.1 Rede de Atenção à Saúde Mental: uma estratégia de organização do cuidado em rede

Tradicionalmente, os sistemas de saúde encontram-se organizados de forma hierárquica sob uma lógica de transferência de responsabilidade, o que implica na necessidade de uma comunicação constante entre os serviços. De acordo com o Ministério da saúde (2013), na prática do cotidiano de serviço, esta comunicação acontece de forma precária, comprometendo a qualidade da assistência prestada. Em geral, os serviços se comunicam mediante documentos de “referência e contrarreferência”⁵¹, ou outros formulários não oferecendo resolubilidade dos casos em função de ações burocratizadas e pouco dinâmicas.

A precariedade na comunicação entre os níveis de atenção à saúde, converge para a fragmentação da rede de assistência. Para que uma rede de serviços de saúde seja sustentável, ela deve primar por ações de cuidado firmadas

⁵¹ Forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS. (DIAS, 2012, p. 24 *apud* ORTIGA, 2006).

em uma diversidade de estratégias, pensadas para além das fronteiras dos serviços, com ações integradas e conjuntas com outros serviços e instituições. Nota-se, no entanto, como no caso da rede de atenção psicossocial, que a concepção de rede tem se limitado à responsabilidade numérica de criação e implantação de novas estratégias de intervenção e de novos serviços de assistência, deixando de lado a questão da intersetorialidade.

Nesse sentido, estamos operando uma reforma que tem ficado restrita aos serviços de saúde e propondo uma desinstitucionalização que não ultrapassa as fronteiras sanitárias. À medida que investimos prioritariamente na ampliação da rede de serviços assistenciais, estamos trabalhando com uma concepção muito limitada de rede, estreitando o circuito por onde a loucura pode transitar, estamos tomando-a como objeto específico da saúde, criando poucas possibilidades de reinserção social e de co-responsabilização pelas diversas políticas públicas (LIBERATO, 2009, p. 7).

Compreende-se que a ampliação da rede de cuidados em saúde mental na perspectiva da intersetorialidade, implica uma reestruturação de todo o sistema de saúde tencionando superar a lógica da fragmentação. A fragmentação do sistema não contribui para que os serviços de saúde ofereçam uma assistência continuada à população. Na opinião de Mendes (2010) esta fragmentação tem sido um desastre sanitário e econômico, não só no caso brasileiro mas em todo o mundo.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010, p.2299).

O sistema de saúde brasileiro, como colocado por Mendes (2010), se apresenta de forma fragmentada e se firma em uma relação de poder desigual, contribuindo para uma operacionalização com pontos de serviços isolados e centralizados em si mesmos. Fato este, que atende e fortalece cada vez mais ao projeto privatista liberal. Esta realidade dificulta a eficácia de uma atenção/assistência continuada aos usuários dentro dos serviços de saúde, que ficam sobrecarregados.

. Esta forma de organização dos serviços de saúde tende a ferir os princípios do SUS e da Reforma Sanitária no que tange a universalidade do direito, o respeito a equidade e principalmente a integralidade das ações de assistência. Para a ABS, responsável por direcionar o usuário aos demais serviços de assistência existentes dentro da rede, é fundamental um suporte expressivo que obedeça a lógica da intersetorialidade.

Para Campos (1999), o modo como se organiza um processo de produção de trabalho em saúde, não é de forma alguma obra do acaso e nem pensado de forma irrefletida. Na verdade, reflete um jogo de interesses, diretrizes e valores servindo a uma lógica dominante de uma determinada época seguindo a um dado contexto, com o objetivo de primar por certos interesses em detrimento de outros. Esta lógica de organização do governo e dos processos de trabalho está sempre a serviço da classe dominante⁵², mantendo e sustentando o poder político, social e econômico desta classe – a burguesia capitalista.

O estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (CAMPOS, 1999, p.395).

Apesar de Campos (1999) ter feito esta observação há mais de duas décadas, esta questão continua viva e é um dos principais desafios dentro da realidade do sistema público de saúde brasileiro, interferindo diretamente na gestão e ordenação do cuidado em saúde no Brasil.

Refletindo sobre esta realidade e na intenção de estimular uma nova ordem organizacional, investindo em mudanças da estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, Campos (1999) propõe o apoio matricial, como estratégia de organização do trabalho em saúde, visando enfrentar a lógica do corporativismo e da alienação do trabalhador em seu processo de trabalho. Assim, “sugere-se a

⁵²Termo utilizado na tradição marxista para designar a classe que controla o processo econômico e político em cada época, refere-se especificamente à classe social detentora dos meios e da capacidade de organizar o processo de produção. Ainda que não necessariamente tenha o controle total do processo de expansão econômica.

adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto” (CAMPOS, 1999 p.396).

Para o autor, este novo arranjo contribui para a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção da saúde e também quebra obstáculos organizacionais à comunicação. Assim nasce a proposta do apoio matricial, visando novas formas de contratos entre serviços de saúde e a equipe de profissionais e desses com os usuários.

Neste sentido, os serviços de saúde devem ser organizados mediante equipes básicas de referência, que trabalhariam respeitando o objetivo das unidades de saúde com suas especificidades e a disponibilidade de recurso. A composição das equipes deve ser multiprofissional de acordo com o nível de serviço de saúde em que estiver inserida: atenção primária, hospital ou especialidades. Cada equipe fica de referência para uma parcela da população, que é dividida em grupos dentro de um determinado território⁵³.

Na colocação do autor, os profissionais de referência identificam-se como aqueles que possuem a responsabilidade de coordenar e conduzir uma intervenção sobre uma situação, que pode ser individual, familiar ou comunitária. Estes profissionais têm como objetivo principal aumentar as possibilidades de criação de vínculo entre usuário e profissionais de saúde. As equipes de referência são compostas por profissionais considerados essenciais na condução de certos problemas de saúde dentro de determinada área de conhecimento.

Assim,

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões [...]. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p.400).

⁵³Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) (BRASIL 2004 p.11).

Pelo caráter da construção em que se dá o processo de trabalho entre as equipes, o matriciamento contribui para diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas” (BRASIL, 2004). A metodologia do matriciamento visa aumentar a capacidade interventiva dos profissionais e também contribui para a autonomia dos usuários diante de seus quadros clínicos. O matriciamento ou apoio matricial em sua essência pressupõe uma mudança de paradigma na assistência à saúde ao mesmo tempo em que contribui para reafirmar os princípios do SUS.

Campos (1999) observa que o apoio matricial gera alteração para a tradicional norma de referência e contrarreferência predominante nos serviços de saúde na atualidade. Ao ser atendido em uma unidade que trabalha com matriciamento, o usuário deverá ser assistido tanto pela equipe de referência quanto pela equipe especializada, sem deixar de ser responsabilidade da equipe de referência. Ele não será transferido de serviço, mas sim, será assistido de forma ampliada por um conjunto de trabalhadores se mantendo pertencente ao seu território.

Esta metodologia de trabalho, portanto, constitui:

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2007, p.4).

O apoio matricial se apresenta como uma forma de produzir saúde, uma vez que as equipes de referência da ABS e de apoio matricial, num processo de construção compartilhada, criam propostas de intervenção pedagógico-terapêutica que visam a produção do cuidado aos usuários. Este processo de trabalho compartilhado apresenta-se como uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença dos usuários, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (BRASIL, 2011).

Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (CHIAVERINI et al, 2011, p. 16).

Campos e Domitti (2007) apontam três pontos fundamentais para que se desenvolva a articulação entre a equipe de referência e a equipe de matriciadores: primeiro que o atendimento seja compartilhado entre os profissionais envolvidos; segundo que sejam programados atendimentos pelo apoiador, sempre que a situação exigir atenção específica, sem descomprometer a equipe de referência que continuará acompanhando de forma complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador ao usuário, sua família ou comunidade; e por último o apoio pode se restringir à troca de conhecimento e orientação visando a reflexão sobre a conduta adotada pelas equipes diante de um determinado caso, mesmo havendo a partir desse diálogo uma reorientação do caso, este continuará sob cuidado da equipe de referência.

Percebe-se, que o apoio matricial é de fundamental importância na realidade da assistência dentro das unidades básicas de saúde, para a produção do cuidado. As unidades básicas, não contam com serviços de clínicas especializadas, deixando por desejar a intervenção efetiva e eficaz de alguns casos. Com o apoio matricial os profissionais de saúde especializada, contribuem para aumentar a capacidade de resolução das equipes da ABS, permitindo que os cuidados aos usuários e suas famílias aconteçam de forma a garantir uma atenção humanizada condizente com os preceitos do SUS.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS E DOMITTI, 2007, p 401).

No âmbito da saúde mental, o matriciamento surgiu oficialmente a partir dos anos 2000, como uma estratégia do MS que impulsionado pela eminência do processo da RPB decide inserir a assistência em saúde mental na ABS. A lógica do atendimento psiquiátrico voltado exclusivamente para os hospitais não atendia às diretrizes da RPB, tendo que ceder espaço para dar lugar a assistência de base comunitária. A discussão no campo teórico-prático sobre o fortalecimento dos serviços extra hospitalares, trouxe para o centro do debate a importância da ABS para a saúde mental, como o único nível de atenção à saúde capaz de atender de forma longitudinal dentro do território.

Diante dessa decisão foi proposto o “Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na ABS”. A partir de então foram promovidos eventos pelo Ministério da Saúde no sentido desta inserção. Em março de 2001 foi realizada uma Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de Saúde Mental na ABS”, em 2002, tem-se o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na ABS e em 2003 a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva intitulada “Desafios da integração com a rede básica”.

Os resultados dos trabalhos produzidos nestes eventos culminam na inclusão da saúde mental na ABS seguindo algumas diretrizes: apoio matricial da saúde mental às equipes da ABS; formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na ABS; inclusão da saúde mental no sistema de informações da ABS (BRASIL 2003). Dentre estas diretrizes o apoio matricial tem grande relevância, por ser uma metodologia de trabalho que objetiva uma transformação nos cuidados em saúde mental com foco nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A decisão do MS de inserir os cuidados em saúde mental na ABS se justifica pela particularidade da ABS de ter suas ações próximas às famílias e a comunidade, tendo assim, maiores possibilidades de produzir o cuidado à saúde de seus usuários e de enfrentamento aos possíveis agravos no quadro saúde-doença da população adscrita. Observa-se que as equipes de trabalho da ABS, em especial as equipes de PSF estão constantemente se deparando com a problemática psicossocial em seus territórios. (BRASIL, 2013).

Na saúde mental a proposta do apoio matricial

é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua complexidade, incorporando as dimensões subjetiva e social do ser humano, mas que estejam acompanhados por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir neste campo (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2008 p. 147).

Neste sentido percebe-se que o matriciamento contribui positivamente para a eficácia/eficiência da prática no atendimento em saúde mental, e com o cuidado continuado aos usuários em sofrimento psíquico, ao possibilitar a articulação entre a ABS e a atenção especializada.

Assim sendo,

por meio da prática matricial há, no processo de trabalho das UBS, a participação de profissionais de outras especialidades médicas e de outras categorias profissionais (matriciadores) junto aos profissionais de Atenção Básica (equipe de referência), com objetivo de implementar a resolubilidade na atenção primária e capacitar seus profissionais para uma prática mais integrativa, além de facilitar a articulação das redes de saúde (BRASIL, 2013, p. 126).

O apoio matricial permite o atendimento aos usuários em uma perspectiva de co-responsabilização, exclui a lógica do mero encaminhamento, e visa o aumento da capacidade de resolução dos problemas de saúde pela equipe da ABS. Neste sentido, o apoio matricial contribui para o fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe de saúde e com a comunidade, pois esta estratégia de trabalho propicia que o indivíduo com sofrimento psíquico seja assistido em sua própria comunidade. A metodologia de apoio matricial tende a superar aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, pois estimula no cotidiano de trabalho dos profissionais da ABS, novas formas de se relacionar com o sofrimento psíquico, com a subjetividades dos indivíduos e com diferentes realidades socioculturais.

2.2 Saúde Mental na Atenção Básica: uma articulação necessária

A Atenção Básica à Saúde em âmbito geral, tem responsabilidades com a promoção, prevenção e proteção da saúde dos indivíduos e do coletivo da sociedade, suas ações são desenvolvidas próximo da vida dos usuários, o que

possibilita o contato e o vínculo com a comunidade. Os princípios que a orientam são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e a participação social. A ABS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

Em favor disso, se estrutura como

primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2012, p. 25).

No Brasil a ABS foi pensada sob a ótica de dois modelos distintos: o modelo tradicional, onde o cuidado se dá com a clínica pediátrica, ginecológica e médica; e a Estratégia Saúde da Família (ESF), em que o cuidado é ministrado por equipe multiprofissional⁵⁴ de referência, focada na abordagem integral por gênero ou faixa etária. As unidades de Saúde da Família têm suas ações centradas na família e para tanto, contam com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), criado no início da década de 1990 pelo MS.

Estes programas têm se apresentado como estratégias prioritárias do MS para a efetividade do cuidado em saúde dentro da ABS, em concordância com os princípios norteadores do SUS. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade

⁵⁴ A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe [...]. (FRANCO; MERHY, 2003, p.57).

e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Destarte, a ESF tem por objetivo reorganizar a prática assistencial em saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, medicalocêntrico e hospitalocêntrico (FRANCO e MERHY, 2003). Assim, desde o final dos anos de 1990, os programas de ESF e PACS trouxeram avanços e contribuíram para a transformação do modelo assistencial médico-centrado.

Retrospectivamente, desde a constituição do SUS em 1990, a AB vem sendo alvo de constante investidas por parte da federação, dos estados e dos municípios, com vistas a ampliar suas ações e serviços. O foco dessas investidas são a superação do modelo biomédico vigente em favor de um modelo universal e democrático de saúde. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia de trabalho prioritária para potencializar a reorientação deste novo modelo de atenção na AB no âmbito do SUS.

Com o suporte técnico da ESF e do PACS o processo de valorização e ampliação da AB, superou a década de 1990 e entrou nos anos 2000, com forte apelo de ser a AB a coordenadora e ordenadora das redes de atenção à saúde na perspectiva da universalidade e do cuidado integral à saúde. É importante ressaltar que o desenvolvimento da AB, sob a lógica do território impacta diretamente a assistência em saúde mental.

No trato com a saúde mental as equipes de ESF são fundamentais, pois, possuem atribuições que contribuem para uma assistência na perspectiva do cuidado compartilhado, aos que sofrem com transtorno mental, dentro do território. A proximidade com a realidade do usuário e comunidades, seus costumes, situação socioeconômica, moradia, crença e tudo mais que o envolve, permite que as equipes de referência da ESF, possam realizar suas ações técnicas interventivas a partir da realidade vivenciada por estes indivíduos ou grupos. Isto expressa uma lógica de intervenção condizente com o preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS e também da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com o Ministério da Saúde as equipes da ESF devem estar capacitadas para exercer atividades que as permite:

conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e

epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (BRASIL, 1997, p.14).

Essa estratégia de trabalho contribui para a identificação dos usuários em sofrimento mental e possíveis fatores de risco ou determinantes sociais do processo saúde-doença dos indivíduos, grupo ou comunidade, a partir do território. Possibilitando assim, a integralidade do cuidado em saúde mental na perspectiva da clínica ampliada⁵⁵, contemplando assim, a complexidade da vida dos sujeitos. Infere-se com isto que a luta pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica vem conquistando mudanças expressivas no tocante a assistência em saúde pública no contexto brasileiro.

É importante sublinhar que o Programa Saúde da Família (PSF) – como foi intitulado inicialmente a ESF – faz parte do processo de luta, que se desenvolveu no Brasil desde a década de 1970, por melhorias na qualidade da saúde. Inicialmente, o PSF foi direcionado para as regiões ou localidades que apresentavam índices mais críticos de saúde, e também, para os municípios de pequeno e médio porte que não possuíam os serviços de saúde satisfatório para suprir as demandas de sua população.

Apesar de não ser em número suficiente, hoje a ESF está presente em quase todo o território nacional, se colocando como um serviço indispensável para determinadas áreas da saúde, como é o caso da saúde mental. Com base em um modelo de trabalho organizado segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica que visa o cuidado a partir do território, as ações das equipes da ESF favorecem a inclusão social de indivíduos no território onde vivem e trabalham.

⁵⁵ A clínica ampliada é uma resignificação da clínica tradicional, de modo a deslocar sua ênfase na doença para centrá-la num sujeito concreto e singular, portador de certa enfermidade. Ampliar a clínica significa que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, considerando o biológico como determinante do processo saúde e doença, mas também incorporando em suas práticas as dimensões subjetiva, social e cultural como outros determinantes Campos, G.W.S. (2003).

Todavia, a distribuição de suas equipes não se dá de forma uniforme, pois, a implantação da ESF ocorre de forma heterogênea privilegiando alguns municípios em detrimento de outros (MARQUES e MENDES, 2014). A explicação para esta realidade está na correlação de forças existente no âmbito da esfera política no país, ou seja, depende de qual partido político está no poder.

Outro fato importante é que a tentativa de reorientação do modelo de atenção, que prioriza a Atenção Básica, refletiu-se na distribuição de recursos federais para estados e municípios. Há um crescimento da participação das transferências para ABS no total de recursos alocados pelo MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de 9,7% em 1995 para mais de 15% em 2010. Observa-se, também, uma mudança importante na alocação de recursos entre o Piso de ABS (PAB) -variável (voltado para o financiamento da Saúde da Família) e o PAB-fixo (recursos per capita para financiamento de toda a Atenção Básica, inclusive aquelas ações que não estão diretamente relacionadas ao PSF). Em 1995, o PAB-fixo respondia por cerca de 9% dos gastos do MS em ASPS. Em 2010, esse valor estava próximo de 5% do total. Nesse mesmo período o PAB-variável aumenta sua participação de menos de 1% para 9% dos recursos aplicados pelo governo federal em ASPS (IPEA, 2013).

Este processo ocorre porque o SUS tem vivido momentos de retrocessos, diante da atual conjuntura neoliberal capitalista, que ganhou espaço no país no início da década de 1990, e que está se fortalecendo com o desenvolvimento de um quadro lastimável de desmonte das políticas públicas e retrocesso dos direitos sociais sem precedentes. Como já relatado 2016, este quadro se intensificou com o golpe que sofreu a democracia brasileira. Golpe que culminou no impeachment da presidente do Brasil Dilma Rousseff (PT) e ascendeu ao poder seu vice Michel Temer (PMDB).

Esta mudança na gestão maior do Estado brasileiro, fortaleceu ainda mais as forças políticas conservadoras e tradicionalistas, dando margens à consagração de projetos de caráter neoliberais em detrimento das políticas sociais, conquistadas em um processo histórico de luta da classe trabalhadora brasileira. Dentro deste processo regressivo dos direitos sociais, a saúde é uma das políticas públicas que mais vem sofrendo com os ataques desta nova gestão.

Em 21 de setembro de 2017, o então presidente da república em exercício Michel Temer, aprovou a portaria nº 2.436 que versa sobre as novas diretrizes da AB, PNAB/2017. A nova PNAB, em seu texto traz elementos que são prejudiciais aos princípios e diretrizes do SUS, como é o caso do princípio da universalidade. Interferindo diretamente na execução das ações de saúde e por consequência o microsistema de saúde mental.

A universalidade é um princípio fundamental que está na base do sistema de saúde brasileiro, contribuindo para uma atenção democratizada de saúde. A execução do princípio da universalidade evita a focalização das ações em parcelas específicas da sociedade, principalmente no âmbito da AB.

Dentre as novas diretrizes que passaram a organizar os serviços da AB, está a indicação de uma modificação no que diz respeito a cobertura populacional, que deixa de ter como parâmetro a universalidade. Se antes as PNAB's 2006 e 2011 estabeleciam como um dos parâmetros para a implantação da ESF uma cobertura total de 100% da população cadastrada no território, com as novas diretrizes da PNAB 2017 tal cobertura fica relativizada. Desta forma, há

a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2017, s/p).

Considera-se um retrocesso a restrição da cobertura populacional, com a priorização em 100% apenas para áreas específicas. Principalmente, quando se usa como critério de avaliação o indicador de área de risco. No âmbito da saúde mental, por exemplo, esta é atingida de forma muito negativa por este direcionamento da PNAB/2017. Isto, porque, nem sempre o usuário da saúde mental está inserido em uma área de risco, mas são indivíduos que se encontram alocados em todo território de abrangência.

Outro fator preocupante para a efetivação da assistência aos que sofrem com transtornos mentais está no item 3, subitem 3.4 onde se observa as orientações sobre “Infraestrutura, Ambiência e Funcionamento da ABS”. Neste ponto, a nova PNAB indica que, o número de Agente Comunitário de Saúde (ACS)

que era definido em 06 por equipe de saúde da Família, com as novas diretrizes já não é mais assim. Agora fica a cargo do gestor local a definição do número deste profissional na composição das equipes de saúde da família.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

De acordo com o MS, no âmbito da equipe da ESF o agente comunitário é o sujeito/profissional que se apresenta como elo de ligação entre os indivíduos, a comunidade e os profissionais das UBS's. Assim, são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2007).

Neste sentido, entende-se que o ACS deve ser em número suficiente para cobertura de todo território de abrangência, o que contribui para a construção e fortalecimento do vínculo com as famílias e indivíduos, e possibilita o cuidado a todos cidadãos, inseridos em áreas de risco ou não.

Diante da flexibilização que se verifica ao analisar criticamente as diretrizes da nova PNAB 2017, na atual circunstância conjuntural, percebe-se que o vínculo que veio sendo construído desde a implementação do Programa Saúde da Família/1994 no âmbito da AB, encontra-se ameaçado de enfraquecimento. Isto porque, a partir da nova PNAB/2017, as equipes da ESF poderão ser compostas até mesmo com um ACS, uma vez que o Ministério da Saúde deixa claro que o número de ACS nas equipes, fica a cargo da gestão local que tem como critério de decisão, o indicador de área de risco.

É fato que, com os direcionamentos da Reforma Psiquiátrica, visando a desinstitucionalização os usuários da saúde mental estão inseridos nos território, mas nem todos hão de estar inseridos em áreas de risco ou vulnerabilidade, apesar de que, em sua maioria os usuários da saúde mental vivem de forma singular em situação de vulnerabilidade social. Assim, os mesmos encontram-se com toda certeza pulverizados em diferentes pontos dentro do território.

O retrocesso pelo qual vem passando as políticas sociais na atualidade brasileira, mostra o descaso que historicamente a classe trabalhadora vem

sofrendo por parte do Estado e daqueles que possuem os meios de produção. Como já foi problematizado neste trabalho, a perda de direitos no campo das políticas públicas se intensificou com a inserção do ideário neoliberal no país, a partir da década de 1990, que exige do Estado uma participação cada vez menor em serviços públicos e sociais, dando margem a um processo de desresponsabilização do Estado com as questões relativas ao social, deixando para o setor privado e a sociedade civil a responsabilidade com a proteção social.

Outro ponto importante a ser problematizado é a questão da integralidade. Princípio fundamental que se fragiliza diante da flexibilização das novas diretrizes da PNAB 2017. Estas modificações, de forma contundente, estão contribuindo para a segmentação das ações no âmbito da AB. Isto porque as ações e serviços de cuidados na AB a partir da portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, passam a ter padrões de ações diferenciados⁵⁶.

As ações e serviços da AB obedecem a padrões que devem ser administrados de acordo com as especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2017). A integralidade quando garantida de fato pelos serviços, possibilita a identificação dos sujeitos em uma perspectiva de totalidade, ou seja, o seu contexto histórico, político e social. Já no que tange diretamente a área da saúde mental, agir com base no princípio da integralidade é contribuir para a superação do modelo médico-centrado.

Uma vez que se estratifica as ações no âmbito da prestação de atendimentos à comunidade – em padrões de ações e serviços essenciais e ampliados – abre-se caminho para a fragmentação e segmentação dentro da AB. O que são ações e serviços essenciais e ações e serviços ampliado? Isto vai depender da interpretação de cada serviço, ou, mais complexo ainda de cada gestor, pois o texto que versa sobre as novas diretrizes não é categórico na definição destes conceitos.

Percebe-se, a partir do exposto, um total descomprometimento da PNAB 2017 com princípios estruturantes e norteadores do SUS e da Reforma Sanitária,

⁵⁶ As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados. Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e - Padrões Ampliados -ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2017).

pois não se pode perder de vistas que a segmentação e a fragmentação são categorias centrais na estrutura dos problemas de sistemas universais de saúde, como é o caso do SUS (CONILL et al, 2010).

A segmentação relaciona-se com as garantias de proteção social, com o acesso, a equidade e a coesão social. Já a fragmentação diz respeito à organização e à prestação dos serviços, sua coordenação com reflexos na integralidade, continuidade dos cuidados, crescimento dos gastos e perda de eficiência (CONILL et. al, 2010, p.516).

Assim sendo, ao que se percebe com a nova PNAB/2017, é que as diretrizes norteadoras das ações na AB, não estão alinhadas aos princípios e diretrizes preconizado pela Reforma Sanitária de fato. Dessa forma a atenção primária perde seu caráter de ser um serviço que contrapõe a lógica do modelo médico-centrado hegemônico historicamente na realidade da assistência em saúde no Brasil. Neste ponto é que se percebe um dos principais desafios da saúde pública brasileira, principalmente no que diz respeito a AB que é o primeiro nível de assistência em saúde. A gestão da saúde pública no Brasil, obedece às imposições lógicas de uma sociabilidade capitalista, a qual, subordina as políticas públicas aos ditames da política econômica.

Com base nesta reflexão, o financiamento público é um importante fator a ser pontuado dentro do contexto de expansão e ampliação da ABS.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso universal e a integralidade foram garantidos no plano legal. No entanto, a ausência de investimentos compatíveis com a ampliação da cobertura, favoreceu o crescimento do segmento suplementar que cobre trabalhadores de setores mais dinâmicos da economia e a população dos estratos de renda mais alto, com a existência de um mix público-privado no financiamento, prestação e utilização dos serviços (CONILL et al., 2010, p.518).

No âmbito do subsistema de saúde mental, esta modificação nas diretrizes da PNAB é preocupante, em vista, da possibilidade de fortalecimento do estigma e do preconceito, que foram construídos historicamente contra o “louco” e sua família no ideário da sociedade brasileira. Estigma e preconceitos que vem sendo combatidos com as ações e trabalhos coletivos desenvolvidos pelas equipes da ESF. Com essas mudanças, incorre-se no risco de um retrocesso no âmbito da

Reforma Psiquiátrica, ou seja, o retorno da segregação social de indivíduos – os quais não se encontram em área de risco ou vulnerabilidade social – que sofrem com transtornos mentais e que perderão o vínculo com o serviço da AB. Estes podem vir a ficarem excluídos sem o devido cuidado compartilhado, expressão máxima da AB na assistência à saúde mental.

Rosa e Campos (2013) afirmam que no campo da saúde mental há uma tendência histórica das ações de assistência pública em saúde mental se conformarem focados nos segmentos de baixa renda.

Historicamente, os serviços de saúde mental conformaram-se como um serviço focado nos segmentos de baixa renda, para os pobres, tendo que se pluralizar e se conformar como um serviço pluriclassista, pela própria perspectiva imposta por sua universalização, e reconhecimento da cidadania plena dos brasileiros, a partir da Constituição de 1988 (ROSA e CAMPOS, 2013, p.329)

Assim, existe uma tendência de a assistência em saúde mental ter uma clivagem preponderante de classe social, ou seja, ser destinada a uma fração de classe, os mais pobres. De acordo com o pensamento das autoras aqueles que vivem em situações de vulnerabilidade social, econômica, política e cultural, são os que demandam os serviços do sistema de saúde – SUS, pois, são dependentes dos serviços públicos.

O próprio MS(2007) coloca, que o vínculo – que os profissionais das equipes de referência inseridas na AB, construíram ao longo do desenvolvimento de suas intervenções com usuários e comunidades no território – constitui fator preponderante para as ações interventivas, no âmbito da AB. Em vista disso é que foi pensada a inserção da saúde mental na AB. No entendimento do Ministério da saúde (2007) a questão do vínculo, perpassa pelo entendimento de que:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2007, p.3)

Assim sendo, infere-se que é urgente construir, através da participação em conselhos e conferências, diretrizes capazes de contribuir para o avanço da

Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo que sejam condizentes com os princípios e diretrizes do Sistema público de saúde – SUS. Assumir este compromisso de luta e resistência, é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde.

Capítulo III

Saúde Mental na realidade do município de Juiz de Fora

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre o desdobramento da política de Saúde Mental no município de Juiz de fora em interlocução com a ABS. O objetivo aqui, é compreender a articulação da Saúde Mental com a ABS, a partir de 2010, quando oficialmente foi criada a RAPS/SUS local e a assistência em Saúde Mental no município ganha um novo contorno.

Conforme apresentado na introdução, intentando alcançar este objetivo, foi feito uma revisão literária em documentos oficiais instituídos com foco no desenvolvimento da política de saúde e de saúde mental em Juiz de Fora e entrevista, com roteiro semiestruturado, com profissionais inseridos em seis UBS's do município para complementação de informações. A análise dos documentos e os dados das entrevistas articulados ao referencial bibliográfico, serviram como suporte para o desenvolvimento deste capítulo.

Em um primeiro momento, será apresentado a construção do modelo assistencial de Saúde Mental em juiz de Fora, no formato que se tem hoje, com foco na interlocução da RAPS/SUS local com a ABS, perpassando pelo perfil das demandas de Saúde Mental no nível primário e os desafios para a intervenção sobre elas. Esta apresentação se dará, a partir de um diálogo entre o resultado da análise documental e o relato dos profissionais entrevistados.

No desenvolver do texto, apresenta-se uma reflexão sobre o apoio matricial em Saúde Mental, pois, na análise dos documentos o matriciamento em Saúde Mental é apontado como a principal estratégia que contribui para a inserção da Saúde Mental na ABS (BRASIL, 2004, 2007, MATEUS,2013). Questão esta, também apontada nas entrevistas com os profissionais gerentes e assistentes sociais das seis UBS's.

E, fechando o capítulo, a problematização dos desafios, postos à articulação da Saúde Mental com a ABS.

3.1. Os desdobramentos constitutivos do modelo de assistência à Saúde Mental em Juiz de Fora: da perspectiva de construção de um novo caminho aos dias atuais

O município de Juiz de Fora está situado no Sudeste do Estado de Minas Gerais/Mesorregião da Zona da Mata. De acordo com informações do (IBGE) a população estimada em 2018 é de 564.310 habitantes. No que toca ao sistema de saúde, este se organiza de forma hierarquizada e regionalizada, com administração descentralizada (2018).

A saúde no município se apresenta dividida em: Departamento de Práticas Integrativas e Complementares; Departamento de saúde do Trabalhador; Departamento de Saúde Bucal; Departamento de Saúde da Mulher; Departamento das Clínicas Especializadas; Departamento de Saúde do Idoso, Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente; Departamento de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 2015).

O município de Juiz de Fora, no âmbito da Saúde Mental, ficou marcado por uma assistência majoritariamente de caráter asilar tradicional, tendo sido considerado juntamente com a cidade de Barbacena e Belo Horizonte como “eixo da loucura”. Na década de 1980, o município chegou a ter um número de 1492 leitos psiquiátricos, sendo uma relação de três leitos psiquiátricos para cada mil habitantes. (HECKERT, 1991, ALVES et al. 1992).

A construção da política pública para a assistência aos acometidos com sofrimentos mentais no município de Juiz de Fora, apesar de tardia, não trilhou caminhos muito diferentes dos percorridos para a construção da Política Nacional de Saúde Mental. Uma construção marcada pela primazia de interesses privados, que durante o percurso histórico em que se deram as conquistas dos movimentos sociais de forma geral, manteve sob sua influência as medidas emanadas da esfera pública, na proteção de um modelo asilar centrado no hospital privado (MENDES, 2007).

Na década de 1980, os cuidados em saúde mental em Juiz de Fora se apresentava concentrada na rede privada, deixando apenas uma pequena parte da assistência para o setor público que na ocasião era oferecida pelo INPS (Instituto

Nacional de Previdência Social)⁵⁷. A partir de 1986 – ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde –, quando a política de assistência em Saúde Mental sob influência do Movimento pela Reforma Psiquiátrica se firmava no país, percebe-se uma mudança gradativa de reordenação das ações assistenciais no campo da Saúde Mental na cidade de Juiz de Fora. Contribuíram para esta mudança: a institucionalização das Ações Integradas de Saúde⁵⁸ e a criação de uma Comissão Local Interinstitucional, CLI – JF.

Até a institucionalização das AIS, em 1986, a assistência psiquiátrica à população de Juiz de Fora e microrregião, incluindo alguns municípios da Zona da Mata e de outros estados, era prestada por sete hospitais psiquiátricos privados. Os atendimentos realizados pelos ambulatórios do extinto INPS eram inexpressivos frente ao número excessivo de internações. Além disto, estes ambulatórios serviam como porta de entrada para as internações, estando responsáveis pela emissão das Autorizações para Internações Hospitalares – AIHs (MENDES, 2007, p.110).

A Comissão Local Interinstitucional designou um Grupo de Trabalho⁵⁹ com o objetivo de elaborar a proposta de reorganização dos serviços na área da assistência aos usuários da Saúde Mental em Juiz de Fora e Microrregião: Bicas, Maripá de Minas, Matias Barbosa. Desta ação emergiram debates e uma organização de profissionais da área da psiquiatria, que se mostravam insatisfeitos com os serviços que eram oferecidos e buscavam mudanças no serviço de atenção em Saúde Mental. Porém esta organização se formou de maneira frágil e sem consistência, com número reduzido de trabalhadores, não oferecendo suporte que viabilizasse possibilidades para reais mudanças (MENDES, 2007).

Neste íterim, em abril de 1986 acontece o I Seminário de Assistência em Saúde Mental no município, cujo tema central foi a discussão da “Assistência em

⁵⁷ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pelo Decreto-Lei 72/1966, foi um órgão público previdenciário federal brasileiro instituído a partir da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes até aquela época (Brasil 1996).

⁵⁸ Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde. A AIS, adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. O objetivo, então, era atingir a organização de um sistema único de base municipal (MENDES, 2007).

⁵⁹ Este grupo de trabalho era composto primeiramente por psiquiatras das instituições colegiadas das três esferas de governo e posteriormente agregou assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros (MENDES, 2007).

Saúde Mental nas Ações Integradas de Saúde”. O material resultante deste encontro serviu para subsidiar o desenvolvimento do Projeto de reordenação da rede assistencial em Saúde Mental (MENDES, 2007). Percebe-se que gradualmente novos serviços foram sendo estruturados, mas apenas em nível ambulatorial. O que significa que não eram fomentadas propostas no sentido de uma desconstrução do modelo manicomial como um todo.

De acordo com Mendes (2007), este grupo de trabalho se transformou na Comissão Executiva de Saúde (CESM) e em novembro deste mesmo ano, de 1986, a CESM organizou o I Encontro Regional de Saúde Mental. O objetivo do encontro foi disponibilizar treinamento inicial para profissionais que ingressariam nas equipes multidisciplinares em Saúde Mental. No ano seguinte, 1987, foi coordenado pela CESM o II Seminário de Assistência em Saúde Mental discutindo o tema “Organização Interinstitucional das Ações de Saúde Mental”.

No evento foram elaboradas sugestões para se criar uma política para o setor de Saúde Mental e estas propostas foram apresentadas para a secretaria Estadual de Saúde (SES) e Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Juiz de Fora. Ainda em 1987, no mês de outubro, aconteceu o III Encontro Regional cujo resultado foi a normatização dos critérios para internação psiquiátrica em Juiz de Fora e Microrregião. Um importante avanço que ocorreu neste encontro foi a criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) dentro do Pronto Socorro Municipal (MENDES, 2007).

A CESM propunha uma reformulação respeitando as diretrizes preconizadas pelas AIS's: a universalização; a descentralização; a regionalização; e a hierarquização das ações de Saúde Mental. A proposta em questão previa:

cobertura de 10% da população da microrregião. O nível básico seria responsável pela oferta de consultas ambulatoriais e pela realização de um trabalho preventivo nas comunidades pelas equipes das unidades de saúde que receberiam treinamento específico; os casos agudos e graves referenciados pelos níveis primário e terciário seriam atendidos no nível secundário por equipes multidisciplinares, compostas por psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeiro. No nível terciário, além dos leitos de hospitais psiquiátricos privados, planejou a criação de 30 leitos de curta permanência (72 a 120 horas) no SUP que seria aparelhado para se tornar porta de entrada para a rede hospitalar; e a criação de 40 leitos para pacientes em fase aguda no Hospital [geral] Dr. João Penido. Também previa treinamento de pessoal e

atendimento a doenças específicas decorrentes de complicações de quadros psiquiátricos como o alcoolismo (MENDES, 2000, p. 36).

As formulações propostas tiveram êxito, mas de acordo com Mendes (2007) mesmo com os avanços obtidos, não foi suficiente para que o município alcançasse os debates em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira que eram articulados no país. Não houve articulação entre os grupos de trabalhadores que pleiteavam a reforma, impossibilitando assim os caminhos para uma reorganização da assistência em Saúde Mental em sentido mais amplo.

Em fevereiro de 1988, após realizar o III Encontro Regional, a Comissão Executiva de Saúde Mental foi extinta, sem que fosse apresentado nenhum documento que justificasse.

Os documentos consultados, que registram a curta história da reestruturação da assistência em Saúde Mental em Juiz de Fora naquela época, apontam "questões políticas" como o motivo da não implementação das reformas programadas e da dissolução do órgão que foi constituído para este fim (MENDES, 2007, p. 112).

A assistência aos usuários da Saúde Mental, a partir de então, passou a ser oferecida pelos ambulatórios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁶⁰, e pelos hospitais psiquiátricos. Este recuo do município remete-se aos determinantes conjunturais que imperavam naquele momento – acima de tudo político, econômico e corporativista. Analisando o final da década de 1980, percebe-se que o município de Juiz de Fora se manteve estagnado em comparação aos demais municípios brasileiros que caminhavam rumo a Reforma Psiquiátrica, buscando novas formas de assistir na psiquiatria em detrimento ao modelo asilar – conservador, excludente, perverso e retrógrado.

Juiz de Fora marchava na contramão do movimento antimanicomial, caracterizando-se pela indiferença dos

⁶⁰ De acordo com a Fundação Getúlio Vargas, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapaf), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios. O INAMPS foi extinto em 1993, pela Lei nº 8.689,

trabalhadores frente à resistência do modelo asilar e à manutenção das práticas que reforçavam interesses corporativos. Esta peculiaridade local influenciou o destino das políticas setoriais gestadas ao longo dos anos de 1990, onde o grupo representante dos interesses privados pôde salvaguardar-se como força política ocupando cargos no planejamento e nas atividades técnicas (MENDES, 2007, p. 112).

Com a entrada da década de 1990, a assistência em Saúde Mental no município, experimenta um contexto de importantes mudanças. Em 1991, após a criação do SUS foi iniciada uma Auditoria Especial em saúde Mental pelo governo estadual eleito, com objetivo de fazer um levantamento/diagnóstico a respeito da assistência em Saúde Mental nos hospitais públicos e privados com o objetivo de possibilitar uma nova ordem para o sistema público de Saúde Mental. Foram examinados pelos auditores 4.227 usuários dos 6.559 que se encontravam internados naquele momento. A conclusão da auditoria mostrou, sob uma concepção clínica, que 82% dos usuários internados, tinham perfil para serem atendidos fora de ambiente hospitalar, confirmando assim a necessidade da criação dos serviços substitutivos (JUIZ DE FORA, 1992).

A constatação da necessidade da instalação de redes de serviços substitutivos, respaldados em projetos terapêuticos voltados para a construção de direitos de cidadania da população asilar, resultou em recomendações aos municípios que praticavam taxas exorbitantes de internação motivadas pela elevada oferta de leitos hospitalares psiquiátricos que alimentava a indústria da loucura [...]. A avaliação realizada pela Comissão de auditoria indicou a necessidade de redução de cerca de 3.000 leitos no estado e adequação dos restantes às normas ministeriais, restando àqueles em que tais medidas não fossem suficientes, a imediata reforma ou fechamento (MENDES, 2007, p.113).

O município de Juiz de Fora juntamente com Barbacena e Belo Horizonte foram foco desta auditoria especial, pois de acordo com Mendes (2007) estes municípios formavam o que ficou conhecido como o “corredor da loucura”. No caso de Juiz de Fora a auditoria focou de forma especial na situação do significativo número de leitos hospitalares existentes no município, o que denunciava a “indústria da loucura”. Este movimento da gestão estadual da saúde teve um resultado positivo, pois diminuiu o número de leitos psiquiátricos em hospital privado significativamente dando abertura para a criação de novos serviços.

Entretanto, os serviços que foram criados não tinham força de enfrentamento ao modelo médico-centrado excludente vigente no município.

Registra-se que, no ano 1997 conviviam na cidade de Juiz de Fora dois modelos distintos de serviços prestadores de assistência em Saúde Mental, dentre os quais está o CAPS Casa Viva, que foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 1996. Contudo, Ribeiro et. al (2003) aponta que os novos serviços não trabalhavam de forma articulada entre si e que, a característica das demandas era espontânea vinda não só do município de Juiz de Fora mas também da Microrregião. Estes serviços encontravam-se impossibilitados de abrir a porta para novos atendimentos, pois não havia rotatividade dos usuários que eram assistidos.

Assim, tinha-se

De um lado, o Ambulatório Integrado de Saúde Mental (AISM), um serviço ambulatorial de atendimento exclusivamente psiquiátrico geral, característico remanescente do modelo assistencial do antigo INAMPS, no qual não se utilizavam registros de atendimentos (prontuários) nem regulares marcações de consultas de retorno. E, de outro, qualquer um dos Programas Especiais destinados a portadores de transtornos específicos, dentre os quais um CAPS, com equipes multidisciplinares, utilização habitual de prontuários e do agendamento de consultas e com um volume de atendimentos por profissional quantitativamente menor que o registrado no AISM. (RIBEIRO et. al, 2003 p.6)

Em vista disso, ainda no final dos anos 1990 os cuidados em saúde mental no município Juizforano continuava voltada para lógica hospitalocêntrica. Não se pode deixar de registrar que houve avanços, como a criação do SUP em 1987, a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e a determinação do MS em relação às equipes de trabalho que passaram a ser multiprofissionais. Mas estes avanços não foram suficientes para garantir a extinção dos manicômios conforme predeterminado pela Reforma Psiquiátrica.

Na opinião de Mendes (2007) o município de Juiz de Fora, “levou a cabo um processo de desospitalização desastroso”. Nos serviços ambulatoriais que foram criados a prioridade eram os atendimentos dos casos de menor complexidade, considerados leves. Em relação aos casos de maior complexidade, não havia o tratamento com atenção intensiva, restando a estes a medicação e a internação. Em relação ao CAPS Casa Viva, este não conseguiu manter-se como um serviço

substitutivo ao modelo dado, foi sucateado e seus serviços se voltaram para o convívio entre os usuários, e a equipe de trabalhadores do CAPS.

Cabe ressaltar que neste momento,

a gestão municipal procurou garantir investimentos nos setores que priorizava, utilizando os recursos financeiros que economizava com a desospitalização psiquiátrica, deixando de criar, com estes recursos, a rede substitutiva ao tratamento hospitalar. [...] a qualidade ruim da assistência psiquiátrica privada causada pela diminuição dos leitos repercutiu, com o passar do tempo, na inviabilidade econômica dos hospitais, e a precariedade da assistência pública causada pela insuficiência e ineficácia do tratamento extra-hospitalar. (MENDES, 2007, p. 115).

Na entrada do ano 2000, a Coordenação de Saúde Mental de Juiz de Fora fez um movimento, intencionando adequar o sistema do município às diretrizes da política nacional, ajustadas com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, não obteve sucesso. Percebe-se, entretanto, que a realidade conjuntural do município⁶¹ como assinalado acima, naquele momento, não contribuiu para que houvesse alterações significativas na assistência à Saúde Mental e menos ainda no processo de inversão do modelo hospitalocêntrico para a lógica comunitária.

Neste sentido, o processo de transformação na assistência aos usuários da Saúde Mental, é atravessado por diferentes dificuldades, dentre estas, a falta de respaldo popular e a cultura eminentemente manicomial.

Como o município não atingiu um nível de organização social que permitisse constituir um movimento pró Reforma Psiquiátrica, as medidas que visam suprir as graves deficiências acumuladas no período anterior (como insuficiência de serviços públicos, de número de trabalhadores, ausência de qualificação, dentre outros) dependem exclusivamente das iniciativas institucionais, submetidas à vontade política que determina as prioridades do momento e aos interesses divergentes (MENDES, 2007, p. 11).

Vale retomar que os desafios postos ao processo de mudanças na área da saúde mental em Juiz de Fora, assim como em todo país, também é fruto da disputa política ideológica entre os distintos projetos societários antagônicos (BRAVO et al,

⁶¹ À época, a cidade de Juiz de Fora era administrada pelo prefeito Tarcísio Delgado do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A Prefeitura de Juiz de Fora, pela reeleição de Tarcísio Delgado, ficou sob essa administração no período de 1º de janeiro de 1997 à 31 de dezembro de 2004.

2018) que se conformaram no país a partir dos anos 1990 e que se espraíram para o campo da saúde. Com o decorrer dos anos, a correlação de forças existente entre estes projetos faz com que as políticas sociais públicas não se mantenham constante, pois há um tensionamento das forças existentes em cada projeto, fazendo com que ora as políticas e direitos sociais avancem e ora retrocedam.

Neste caminhar, um momento de avanço para a Saúde Mental no município acontece em 2010, quando se percebe uma intenção de ruptura da assistência em Saúde Mental, com o antigo modelo médico-centrado apontando para a construção da RAPS/SUS em conformidade com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

3.2 A Rede Psicossocial em interface com a atenção básica em Juiz de Fora na atualidade: potencialidades, contradições e desafios.

Como apontado no item anterior, o ano de 2010 representa um marco positivo para o desenvolvimento da política de Saúde Mental no município de Juiz de Fora. Neste item, a intenção é apresentar e problematizar o processo de construção e desenvolvimento da rede de atenção em Saúde Mental no município de Juiz de Fora e sua articulação com a ABS. A problematização é embasada no diálogo entre os documentos analisados e a fala dos profissionais das UBS's durante as entrevistas.

Para começo desta apresentação, cabe lembrar, que do ano de 2002 ao ano de 2016, o país esteve sob a administração do Partido dos Trabalhadores (PT). No âmbito da saúde pública, a administração petista apresentou uma mudança de foco na agenda governamental, possibilitando o retorno da concepção de reforma sanitária que, nos anos 1990, foi totalmente abandonada. Com isto, tem-se nestes 13 anos de governo petista o fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde, em uma conjuntura com viés democrático/universalista, refletindo nas administrações municipal como é o caso do município de Juiz de Fora⁶².

Apesar de uma política econômica que favorecia ao projeto neoliberal, a cidade de Juiz de Fora, neste período, realizou várias conferências e os conselhos de direito se fortaleceram, inclusive foi criado no município o Conselho Municipal

⁶² No ano de 2010, estava à frente da PMJF o prefeito Custódio Mattos do Partido Social Democrata (PSD), que foi sucedido em 2013 pelo prefeito Bruno Siqueira (PMDB).

de Políticas Integradas sobre Drogas⁶³. Isto é um fato importante para a saúde ocorrido nos governos Lula e Dilma, pois, as conferências fortalecem a participação popular e o controle social.

A abertura política, que se tem então entre 2002 e 2016, no âmbito da Saúde Mental, contribuiu para que em um curto espaço temporal, fossem fechados todos os hospitais psiquiátricos públicos que atendiam no município de Juiz de Fora, conforme mostra a reportagem da Secretária de Comunicação Social da PMJF (SCS/ PJF) na data de 10/02/2015.

Juiz de Fora vive um novo momento na história da desinstitucionalização da Saúde Mental no município. Vinte e três meses e nove dias depois do fechamento da Clínica São Domingos, foram encerradas, nesta terça-feira, 10, as atividades do último hospital psiquiátrico do município, a Casa de Saúde Esperança, localizada no Bairro Vila Ideal [...] De acordo com o secretário de Saúde, José Laerte Barbosa, Juiz de Fora é o único município do país a conseguir fechar todos os seus hospitais psiquiátricos num prazo de dois anos e sem provocar desassistência aos pacientes (TRIBUNA DE MINAS, 2015).

De acordo com o jornal Tribuna de Minas, no dia 28 de fevereiro de 2015 o coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, à época, Roberto Tykanori esteve em Juiz de Fora para visitar uma das residências terapêuticas e realizar uma palestra sobre a importância do fim dos hospitais psiquiátricos. Segundo o coordenador, Juiz de Fora avançou positivamente na organização da assistência em saúde mental.

Roberto Tykanori enfatizou: “hoje é a comemoração da finalização dessa etapa de transformação, porque não temos mais neste município a ideia de internação em hospital psiquiátrico de longa permanência”. No entendimento do coordenador, Juiz de Fora tinha uma rede de serviços importante, não só o atendimento clínico, que hoje se pauta numa perspectiva de comunidade, mas as residências terapêuticas que se encontram em funcionamento no município. Em suas palavras ele expressou assim:

⁶³ O Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas - COMPID, criado pela Lei nº 12.468/12, integra o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e dedica-se ao desenvolvimento de ações que tenham como finalidade a redução dos danos relativos ao consumo de drogas no Município de Juiz de Fora. Caracteriza-se como órgão deliberativo máximo das políticas públicas municipais sobre drogas, atuando na área da prevenção, cuidado às pessoas com problemas decorrentes deste uso, recuperação e reinserção social do usuário.

É uma transformação importante, porque, nesse período, as equipes de trabalho vêm demonstrando a transformação dos pacientes em um espaço relativamente curto, quase milagrosa, já que uns, que não falavam, agora falam; outros não andavam e agora andam. Instituições, como Prefeitura, Ministério Público e Secretaria de Saúde, se articularam de forma decisiva para essa transformação, o que faz de Juiz de Fora uma cidade exemplar dentro do Brasil. Objetivamos que profissionais de outros municípios venham para Juiz de Fora com o propósito de aprender, em todos os níveis, seja no institucional, no sentido de aprender a articulação das leis, seja no plano clínico, no cuidado do dia a dia com cada pessoa em tratamento (TRIBUNA DE MINAS, 2015).

O coordenador nacional de Saúde Mental do MS, explicou à época, que a proposta do MS é que o município de Juiz de Fora receba profissionais de todo país, para capacitação na área de assistência em Saúde Mental para adquirir conhecimento, desde a articulação institucional até os cuidados clínicos. Para o coordenador, Juiz de Fora é referência para o Brasil “porque conseguiu articular de forma exitosa, todo este processo. Toda essa transformação ocorrida num período curto de dois anos” (G1, 2015).

As colocações otimistas de Tyknori apontam para uma realidade que não se configurou de fato no município de Juiz de Fora, nos anos que se seguiram. Isto porque, como afirma Passos (2017, p.68), a “Política de Saúde Mental sob a gestão de Tykanori (2011-2015) foi conduzida numa perspectiva de Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial”, o que permitiu a adesão de propostas neoliberais e conservadoras, no âmbito da Saúde Mental.

A análise dos documentos, a que se teve acesso, e o resultado da pesquisa feita com os profissionais das UBS's mostrou, que o processo de construção da RAPS/SUS no município vem se desenvolvendo com inúmeros desafios e contradições.

Um marco deste processo de construção da RAPS/SUS local, foi a realização da IV Conferência Municipal de Saúde Mental (IVCMSM) realizada em 2010 pelo Conselho Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Mental e Secretaria de Saúde, cujo tema foi “Saúde Mental, Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, onde se discutiu de forma decisiva a criação da rede de assistência em Saúde Mental para o município.

O Relatório Final da conferência, traz no conjunto dos seus eixos I, II, e III a discussão redundante em torno da Ampliação da RAPS/local; Capacitação de funcionários; Criação de equipe mínima de Saúde Mental; Apoio Matricial; e Financiamento.

Em conformidade com as diretrizes estabelecidas na IVCMSM, ao final deste mesmo ano em novembro, foi instituída a rede municipal de Saúde Mental pela portaria nº 1543-SS. A portaria dispõe sobre a Rede Municipal de Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS local.

De acordo com a portaria, 1543-SS os serviços que compõe a rede de Saúde Mental no município são os Serviços e Fluxos sob gestão do Departamento de Saúde Mental do SUS municipal.

Entende-se por Serviços, a atenção e assistência em Saúde Mental ofertada pelos setores do Departamento da Rede de Saúde Mental, que incluem: **I** - as UAPS (Unidades de Atenção Primária em Saúde); **II** - os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas modalidades II e III, infância e adolescência – ij – e álcool e outras drogas – ad; **III** - os serviços ambulatoriais do Centro de Atenção em Saúde Mental – CASM; **IV** - os Centros de Convivência; e **V** - os serviços de Urgência e Emergência em Saúde Mental. Entende-se por Fluxos os percursos – referência, contrarreferência – do usuário de Saúde Mental, ordenado pelos serviços (JUIZ DE FORA 2010).

Em seu art. 2º este documento estabelece que a porta de entrada para a rede de Saúde Mental é a Atenção Primária em Saúde via UBS e no caso de urgência e emergência a porta passa a ser o Hospital de Pronto Socorro, através dos Serviços de Urgência e Emergência. Fica definido também que as UBS serão responsáveis pelo atendimento dos casos de menor complexidade e pelos encaminhamentos dos usuários acompanhados pelos Serviços Hospitalares e Extra-hospitalar da Rede de Saúde Mental.

Nesta direção a portaria é concisa ao colocar que o Departamento Regional de Saúde Mental - DRSME, por meio de seus CAPS e CASM deverá ofertar acompanhamento das necessidades e demandas do usuário referenciado da rede de Saúde Mental às UBS's por meio de estratégias como matriciamento, supervisão e construção de caso clínico, porém esta articulação é considerada um desafio, pois nem sempre, como Brasil (2007) coloca, a ABS apresenta condições para dar conta desta importante tarefa.

Destaca-se, porém, que a portaria acima citada, em nenhum de seus artigos explicita ou normatiza como este processo de trabalho de apoio via matriciamento deverá acontecer no município, nem as formas de financiamento que o subsidiará.

Outra questão importante é que, apesar dos apontamentos mostrando a necessidade da capacitação dos profissionais inseridos nas UBS's que passaram a intervir diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos com sofrimento psíquico, não se encontrou registros em nenhum documento que indique a efetiva ocorrência da educação permanente em saúde ou capacitação para esses profissionais de forma regulamentar.

Nos documentos, a capacitação é colocada de forma a atingir não somente os trabalhadores responsáveis pela ação interventiva direta com os usuários - aos quais comumente são referidos como "profissionais da ponta" - mas também os gestores de todo serviço de saúde do município. Apesar dos avanços legislativos, nas entrevistas realizadas foi visto que este cenário se mantém, uma vez que foi relatado por um gestor que:

A gente precisa de mais capacitação profissional, mas são questões pertinentes à administração e infelizmente a gente não tem tido isso. A gente recebe muitas capacitações, ao longo da prefeitura eu posso dizer que eu tive inúmeras, mas na Saúde Mental eu até já participei de seminário de Saúde Mental, mas é um evento, não é uma continuidade. Nós quando contestamos a questão do matriciamento e questionamos a questão da forma da condução do matriciamento e a gente pediu orientação, sabe o que eu recebi? O manual, aquele protocolo da Saúde Mental do Ministério da Saúde, ou seja, pega o protocolo lê e aplica. Por aí você vai saber como conduzir matriciamento (GESTOR 3).

Assim, as equipes das UBS's sem capacitação profissional na área da Saúde Mental, são chamadas a intervir diretamente no processo saúde adoecimento de indivíduos e familiares usuários da política de Saúde Mental. A questão da capacitação foi tema recorrente na fala dos entrevistados, que demonstraram perceber a educação permanente em saúde, primordial para o trabalho nas UBS's.

Outra questão emblemática envolvendo a deficitária capacitação no município, é que Juiz de Fora, tem histórico de uma constante rotatividade de parcela dos profissionais da saúde, que trabalham sob regime de contratação temporária. Estes profissionais não têm nenhuma segurança ou garantia de direitos

trabalhistas como seguro desemprego ou férias, o que contribui para um desgaste dos trabalhadores resultando na má qualidade dos serviços.

No ano de 2018, a partir de um conjunto de pressões como ocorrido na 7ª Conferência Municipal de Saúde/2015⁶⁴, foi realizado um concurso público para diversos cargos na área da saúde, com objetivo de superar esta realidade. Apesar do concurso intentar recompor o quadro de funcionários, o problema ainda não foi resolvido. No município de Juiz de Fora, ainda persiste a lógica dos contratos temporários, como se vê no relato da assistente social a seguir.

Hoje a unidade convive com vários vínculos empregatícios: contratos temporários, efetivos, CLT, então é uma questão complicada a partir do momento que esse rodízio se estabelece fica complicado porque assim, você até pode capacitar, coisa que não está acontecendo, mas aquele profissional logo depois vai embora (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Em sua maioria, os contratos têm vigência de seis meses podendo ser estendido por mais seis, o que dificulta a vinculação do profissional com o serviço e também com o usuário. Dentro dessa lógica de inserção no trabalho não há justificativa que sustente o gasto de recurso público com educação permanente ou capacitação para esses trabalhadores que não terão tempo suficiente para aplicarem os conhecimentos adquiridos.

Esta questão dos recursos humanos é entrelaçada à questão da falta de financiamento público para as políticas sociais públicas. Na área da saúde mental, este imbricamento vem sendo observado desde a IV CMSM/2010, onde se vê proposto no relatório final da conferência eixo II item 3 e 4,

3- Garantia de concurso público para profissionais de saúde mental médico psiquiátrica, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem a ser realizado ainda no ano 2010; 4- Garantir que os recursos relativos aos financiamentos dos serviços de saúde mental sejam gastos com a saúde mental (JUIZ DE FORA, 2010).

⁶⁴ No relatório final da 7ª CMS/JF, está disposto em seu eixo III item 2. Promover a imediata implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, enquanto dispositivo de articulação entre Macro e Micropolíticas na Atenção Primária em Saúde, como estratégia de desenvolvimento unificando à atenção e o acesso; item 4. Garantir que o acesso ao serviço público seja exclusivamente através de concurso, extinguindo a precarização do trabalho, visando o seu fortalecimento (JUIZ DE FORA, 2015).

A proposta demonstra, já àquela época, a preocupação dos 167 delegados participantes da IV CMSM, com a rotatividade de profissionais nas instituições de assistência em Saúde Mental, ou seja, garantir concurso público é fazer frente ao regime perverso capitalista neoliberal de contratações híbridas e flutuantes. Garantindo assim, que não haja rotatividade dos profissionais dentro das equipes de trabalho em saúde. Conforme ponderado por um gestor essa preocupação, ainda hoje, pode ser vista como algo que permanece diante da defasagem de profissionais na rede.

Outra questão que eu acho ruim é a alta rotatividade dos contratados, [...] nosso vínculo acaba sendo com a médica porque ela é efetiva. Muitas vezes quando vem o matriciamento com a psicóloga, uma assistente social ela é contratada. Então venceu um ano, aí quando a gente vê no próximo matriciamento vai ser uma outra pessoa, venceu o ano já vai ser outra pessoa e a gente tem que começar tudo de novo. Então eu acho que são áreas, por exemplo a Saúde Mental precisa muito do vínculo (GESTOR 2).

Outro ponto importante da portaria 1543-SS que institui a RAPS/SUS no município de Juiz de Fora é o art. 4º. Neste artigo fica determinado que a rede CAPS é ordenadora da rede de Saúde Mental, por intermédio entre a Atenção Primária em Saúde e os Serviços de Urgência e Emergência do município. Dentro desta lógica, os CAPS's devem ser distribuídos por região sanitária e estarem dentro do território. Este é outro ponto do documento que não se verifica de fato, na prática do serviço de saúde no município de Juiz de Fora. Observa-se ainda hoje, que nem toda região sanitária do município conta com os serviços dos CAPS's de forma territorializada, como é o caso da região sanitária Norte/Noroeste de Juiz de Fora.

Nós não temos CAPS, nós temos o CASM (Centro de Atenção em Saúde Mental), mas o CASM também está com problemas teve sem pessoal, entendeu? Eles andaram marcando andaram desmarcando tiveram dificuldades (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Para nossa área não tem psiquiatra [...], me parece que o psiquiatra que dava assistência para gente, salvo algum engano atendia Marumbi, Progresso, Santa Rita, NS Aparecida, Alto Grajaú, tudo pelo CAPS Leste, então quantas unidades de saúde perderam, porque esse psiquiatra parou de atender [...] o profissional que estava lá pediu demissão, o outro pediu demissão, o outro pediu demissão. Porque eles querem trabalhar na urgência psiquiátrica, não sei explicar detalhes (GESTOR 3).

Em relação ao Centro de Atenção em Saúde Mental – CASM, o município conta com uma unidade e este compreende a atenção e assistência de caráter ambulatorial e especialista: psiquiatria, psicologia, transtornos do humor, transtornos de ansiedade e os Centros de Convivência em Saúde Mental. Este último é o serviço que têm por finalidade acolher os usuários encaminhados pelos CAPS e CASM.

Os CECO's são caracterizados por produzir alternativas na continuidade de tratamento de usuários da rede de Saúde Mental, por via de oficinas terapêuticas; oficinas de trabalho e geração de rendas; por participação com outros setores do município, especialmente aos ligados a cultura, ao esporte e lazer, a economia, a assistência social e a educação. Este é um serviço que diante do expressivo número de usuários da Saúde Mental no município e região, deveria ser ampliado.

Vê-se que a portaria 1543-SS representa um marco importante no campo legislativo para a política de Saúde Mental no município, mas, é fundamental que não se perca de vista que a Reforma Psiquiátrica brasileira não se restringe apenas à mudança no âmbito legislativo ou operacional, mas implica também, uma transformação técnica/científica e sociocultural (AMARANTE, 1992, PASSOS, 2015).

Sobre esta questão uma assistente social coloca, a importância da mudança sociocultural a partir da formação dos profissionais:

Todos profissionais têm que ter formação humanística, de acolhimento, de escuta qualificada, [...]fazer uma escuta qualificada do sujeito, vê na demanda dele o que ele precisa. Necessidade verso demanda. Eu acho que nem todo psiquiatra sabe fazer isso, infelizmente não sabe, como outros profissionais também não sabem, como muitos assistentes sociais também não sabem. Então isso a gente precisa ser capacitado, para que isso na ponta possa se traduzir de maneira melhor (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Percebe-se com esta análise que muitos pontos da portaria 1543-SS ainda não foram efetivados de fato pelos gestores locais, mas ainda assim a assistência em Saúde Mental em Juiz de Fora a partir da instituição da rede psicossocial local, começa a encenar um novo capítulo, revestida de um novo aspecto.

O Plano de Saúde Plurianual 2014/2017 é outro documento importante a ser analisado. Isto porque, após três anos da instituição da RAPS/local, ainda traz um

diagnóstico de “dificuldade em cumprir a lei 10.216 de 2001 que reorienta a atenção em Saúde Mental, dos hospitais para os CAPS”. No escopo do plano, a centralidade continua a ser a organização e efetividade da RAPS/local, para que ela seja resolutiva para os usuários e familiares que dependem da assistência da Saúde Mental, como se observou no relatório final da VI CMSM/2010.

Neste íterim, em 2014, começa a ser implementado no município o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS)⁶⁵. O PDAPS constitui-se em uma estratégia de gestão de caráter puramente mercadológico privatista, foi pensado primeiramente em nível estadual e posteriormente disseminado aos municípios como um “achado milagroso” para gerir o campo da saúde.

Assim, com o argumento que:

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) constitui-se na principal diretriz para a estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento prevê a melhoria dos processos da Atenção Primária à Saúde (APS).[...] Frente à atual realidade, o PDAPS conta com o expressivo potencial normalizador da atenção à saúde, reorganizando o sistema e tornando a saúde mais acessível e equitativa aos seus cidadãos (JUIZ DE FORA, 2014, p.12 e 13).

O Subsecretário de Atenção Primária à Saúde, à época e sua equipe, com recurso do fundo público municipal impõe a implantação do PDAPS, a partir de um conjunto de ações implicando em uma nova agenda para as UBS's. Neste movimento, é contratado um significativo número de profissionais, empenhados na missão de mudar toda a dinâmica de atuação das equipes da APS. Praticamente todas as UBS's do município receberam instruções, a partir de oficinas ministradas por esta equipe.

Há de se levar em consideração o esforço dos gestores local para a implantação do PDAPS no município. Diferentemente das dificuldades para a realização de capacitação para os profissionais da ABS em favor da Saúde Mental, toda movimentação para implementar o PDAPS, em Juiz de Fora, seguiu linearmente a proposta colocada pela gestão. O que nos chama a atenção é que

⁶⁵ O PDAPS foi elaborado, a partir do PDAPS/SES-MG, ESP-MG (2008), pela Secretaria de Saúde (SS/PJF) por intermédio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) com o objetivo de introduzir o Projeto de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, no município de Juiz de Fora, MG (PDAPS-JF).

não faltou recurso financeiro para custeio das oficinas de preparação dos profissionais para implementação do PDAPS. Como se pôde analisar, no documento que versa sobre a implantação do PDAPS no município, todo processo foi financiado com recurso público do princípio ao fim (JUIZ DE FORA, 2014).

Na apresentação do documento de implantação do PDAPS o prefeito, à época, diz que⁶⁶:

Através deste Plano, vamos consolidar a Estratégia da Saúde da Família em Juiz de Fora, bem como qualificar o processo de trabalho de toda a rede de Atenção Primária. Seremos “mais de mil trabalhadores” diretamente envolvidos em oficinas e capacitações, desenvolvendo a implantação de instrumentos de diagnósticos da situação e da gestão da saúde, que propiciarão o encontro, o debate e a construção coletiva de nossa atuação como agentes transformadores desta realidade. Em suma, nosso grande desafio consiste na melhoria da qualidade dos serviços, com o objetivo de consolidarmos a mudança do modelo de atenção à saúde no nosso município (JUIZ DE FORA, 2014, p.18).

Além de inúmeras oficinas de capacitação com a equipe que foi formada para este fim, foi criado o Catálogo de Normas para a Atenção Primária, de onde se observa a instituição de diversas portarias e resoluções⁶⁷ para organizar o campo de atuação da APS e ajustar a assistência dentro das normas do PDAPS, que é indubitavelmente uma estratégia de gestão que privilegia a lógica neoliberal capitalista de mercado.

Pensando em termos quantitativos da saúde, dentro deste contexto, uma portaria que merece destaque, é de nº 2380 SS, que define as diretrizes para a organização da agenda da equipe de saúde no tocante a atenção à demanda espontânea e programada. Sem se preocupar com a qualidade dos atendimentos, no artigo 3º da citada portaria, está disposto como recomendação, uma forma de padronização do atendimento dos profissionais. Uma forma meramente industrial mercantil das ações dos profissionais, imposta à equipe de referência das UBS's. Conforme ilustrado no quadro abaixo, é possível perceber o caráter de mercado que adentra o campo da saúde Juizforana, de forma prejudicial ao comprometimento com uma assistência de qualidade. No próprio Plano plurianual

⁶⁶ Em 2014, a prefeitura de Juiz de Fora esteve sob administração do prefeito Bruno Siqueira – Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB.

⁶⁷ Para ter acesso às portarias e resoluções consultar o Catálogo de Normas da APS – Juiz de Fora 2016.

de Saúde 2014/2017 se coloca explícito que o PDAPS estabelece bases para se organizar as redes assistenciais, dentro da economia de escala e escopo.

	ATIVIDADE	Duração (em minutos)	Correspondência	Total de Atividade Dia
Médico	Consulta médica	15	1 atendimento médico	24 Atividades
	Atividade educativa – médico	60	4 atendimentos médico	
	Visita domiciliar - médico	60	4 atendimentos médico	
Enfermagem	Consulta de enfermagem	15	1 atendimento de enfermagem	24 Atividades
	Atividade educativa – enfermeiro	60	4 atendimentos de enfermagem	
	Visita domiciliar – enfermeiro	60	4 atendimentos de enfermagem	
	Avaliação ou exame ou consulta complementar de enfermagem	15	1 atendimento de enfermagem	
	Supervisão ACS – enfermeiro	15	1 atendimento de enfermagem	
Tec. Enfermagem	Procedimento técnico de enfermagem	10	1 atendimento técnico de enfermagem	40 atividades
	Visita domiciliar - técnico de enfermagem	60	4 atendimentos técnico de enfermagem	
ACS	Visita domiciliar (VD) – ACS	-	1Atividade ACS=nº de VD	6 a 12 Atividades
	Organização e planejamento da Micro área – ACS	15	1 Atividade ACS	
	Lançamento de informação da micro área - ACS	15	1 Atividade ACS	

Fonte: Catálogo de Normas para APS/Juiz de Fora 2016: Secretaria de Saúde / Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde

Dentro da especificidade da Saúde Mental, entende-se como inviável que a enfermagem, por exemplo, consiga realizar um atendimento de qualidade a um usuário com sofrimento psíquico em apenas 15 minutos. Ou que a equipe se desloque para uma visita domiciliar, sem transporte, em apenas uma hora e consiga realizar sem prejuízo na qualidade uma intervenção à uma família com demanda em Saúde Mental, pois mesmo dentro do território o espaço geográfico entre a UBS e o domicílio das pessoas as vezes chega até 1km de caminhada. Sem levar em consideração que muitas vezes a visita é em uma área de risco diante da violência

que cresce no país, dada a segregação social e a falta de investimento dos governos com os sujeitos da classe trabalhadora e certas frações de classe. Esta realidade, no município de Juiz de Fora, vem afetando diretamente a intervenção da Saúde Mental na sua articulação com a ABS, como pode ser visto na fala da assistente social:

Aqui a gente atende hipertenso, diabético, gestante, criança, adulto, é a sífilis, é a tuberculose é o idoso abandonado, é a criança molestada, então é um inferno, é um inferno. São várias questões no mesmo espaço e todas demandando ao mesmo tempo. Isso tira um pouco o foco do profissional das questões mais voltadas para Saúde Mental. A gente tem pouco tempo inclusive para se dedicar, para melhorar o atendimento, para pensar novas estratégias para pensar, propor e executar alternativas de intervenção com esses pacientes. É tudo muito complexo. Eu acho que realmente tudo ainda é muito novo e muito precário (ASSISTENTE SOCIAL 3).

A Saúde Mental no município de Juiz de Fora, apresenta fragilidades e ainda tem caminhos a percorrer, para romper de vez com esta estrutura montada com base no preconceito, no estigma e no conservadorismo que impera dentro deste campo. A estruturação da rede de assistência em Saúde Mental, como se apresenta no município de Juiz de Fora atualmente, tem sido um obstáculo para se executar uma intervenção/acompanhamento no cotidiano de trabalho das equipes de saúde.

A insuficiência de serviços para confrontar as demandas de saúde, expressa um dificultador dentro da rede de assistência à saúde em Juiz de Fora.

A fragilidade da rede não é singularidade da Saúde Mental, mas da assistência em saúde como um todo. Atualmente a rede de atenção psicossocial do município de Juiz de Fora, se apresenta estruturada de forma que impossibilita o diálogo Intersetorial que é primordial para o funcionamento de trabalho em rede (MÀXIMO, 2016).

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas (DIMENSTEIN, 2009, p.5).

Acredita-se que um fator preponderante contribui para a conformação da RAPS-local dentro deste parâmetro de fragmentação, qual seja, a lógica mercantilista da flexibilização dos contratos de trabalho, tão bem problematizada na fala dos profissionais e gerentes entrevistados na pesquisa. Esta mercantilização da “coisa pública” avançou para o campo da saúde a partir da década de 1990. Como já assinalado em outro momento neste trabalho, é uma lógica perversa que regulamenta a vigência de contratos temporários, inconsistentes, precários e frágeis não permitindo ao profissional contratado tempo suficiente para fortalecimento de vínculo com o serviço e muito menos com a população assistida pela instituição.

Para além disso, existe a insuficiência de recursos humanos qualificados devido à falta de formação acadêmica compromissada com os preceitos da saúde coletiva. A flexibilização do mundo do trabalho de forma mais ampla, é uma realidade ardilosa da qual a classe trabalhadora não tem conseguido desvencilhar.

Como aponta Antunes (2009) esta realidade está posta pela vigência do projeto neoliberal com seus enormes significados na estruturação jurídico-política e ideológica, que vem possibilitando esta forma de organizar o trabalho dentro das instituições públicas na lógica privatista de mercado. A falta de recursos humanos, é uma das causas fundamentais para o ineficiente funcionamento da rede de assistência psicossocial.

A inexpressividade do número de profissionais nos serviços implica na priorização dos usuários com quadros agudos, dificultando a dedicação e o cuidado da equipe àqueles usuários com quadro crônico que necessitam de acompanhamento intensivo. Os profissionais respondendo ao alto fluxo de demandas apresentadas cotidianamente no campo de trabalho, deixam lacunas - propiciadas pela falta de recursos humanos. Outro fator importante a se considerar a partir da ausência de profissionais nas equipes de saúde, é que na maioria das vezes, estes trabalhadores não encontram tempo de qualidade para investir em qualificação profissional e nem se dedicar a uma formação continuada. Esta realidade, no entanto, contribui para que o próprio trabalhador necessite de cuidados específicos da área da Saúde Mental.

Principalmente na Saúde Mental, o que a gente observa, principalmente nos profissionais do momento hoje, nos grupos mesmo de Whats App que funcionam até como divã, [é que] as pessoas usam o grupo para desabafar, eles demonstram assim a ansiedade a angústia que tem da própria sobrecarga de serviço na cobrança e na exigência que tem para você ter excelência no seu serviço e você atender a tempo e a hora (GESTOR 1).

Entendendo o trabalho como determinante para a saúde dos indivíduos, a Saúde Mental do trabalhador, é outro fator importante que também precisa ser problematizado. Diante da complexidade do processo de trabalho em saúde, há de se levar em consideração a necessidade de uma atenção específica para os profissionais da saúde e em especial os da Saúde Mental. De acordo com o 1º Boletim Quadrimestral sobre a concessão de Benefícios por Incapacidade de 2017, “Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016”

Os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição como motivo para afastamento do trabalho, totalizando 668.927 casos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período (BRASÍLIA, 2017, p.9).

3.2.1. As demandas de Saúde Mental na Atenção Básica em Juiz de Fora

Em vista do que foi discutido no item anterior, a questão neste momento é compreender qual o perfil das demandas postas no campo da Saúde Mental para a ABS e o trato dos profissionais das UBS's no enfrentamento dessas demandas. Os apontamentos feitos pelos profissionais entrevistados, como foi visto, demonstram que os profissionais das UBS's se sentem negligenciados no que se refere à capacitação para intervenção nas demandas de Saúde Mental. Em vista disso, entendem ser os profissionais do CAPS, mais precisamente o profissional médico psiquiatra, os responsáveis pelas demandas da Saúde Mental.

Alguns profissionais apontam que o cuidado da saúde mental nas UBS's não está sendo desenvolvido na perspectiva da emancipação do usuário, mas na manutenção deste usuário na dependência institucional. Dois dos gerentes entrevistados trazem em seus relatos, um clamor pelo profissional psiquiatra, pois

a concepção destes profissionais é de que cuidados em saúde mental se dão a partir de especialista na área, principalmente o psiquiatra, como se pode perceber na fala desses gerentes.

A gente as vezes leva essa demanda para o psiquiatra e conforme for ele orienta a conduta “Oh, nesse caso aqui não precisa passar pela minha avaliação” você pode entrar com determinada [medicação]. Isso de certa forma facilita. Aqui em Saúde Mental, a gente procura direcionar para uma médica específica que acompanha a gente no matriciamento. Então Saúde Mental quando é a gente procura direcionar, então passa pela Dra. no caso que é ela que vai direcionar, ela que vai avaliar se tiver necessidade ela vai fazer o encaminhamento (GERENTE 1).

A gente tá sem assistência, então na verdade, é complicado eu avaliar isso positivamente se eu não tenho psiquiatra na nossa orientação. Porque minimamente, a gente precisa estar discutindo casos, questões pertinentes a tratamentos avaliações de tratamentos contínuos, e a gente não tem tido a presença do profissional que é o especialista e que pode nos orientar [...] Muitas vezes a gente recebe na unidade o psicólogo, o assistente social, o técnico de enfermagem o enfermeiro, a coordenação do CAPS, esses vêm para reunião para discutir com a equipe de saúde da família, mas vem e voltam com os casos. Por que? Quem vai dar respaldos nesses casos? Então assim se lá no CAPS não tem psiquiatra... durante um curto período a gente teve um psiquiatra que deu suporte, mas já tem 3 meses que a gente não tem nem reunião de matriciamento (GERENTE 3).

Este entendimento pode ser explicado, pelos inúmeros desafios encontrados na forma como está estruturalmente concebida a rede de assistência à saúde no município de Juiz de Fora e seus subsistema. Onde se observa uma grande sobrecarga de trabalho, rotatividade constante de profissionais, falta de capacitação para o trabalho em saúde e o excesso de burocratização imposto ao sistema de assistência à saúde pública na cidade.

A questão destes desafios, é assunto que já foi debatido neste trabalho, mas que é essencial retomar, pois é esta estrutura de rede desarticulada, montada em cima de ideais capitalistas neoliberais com foco no mercado, que contribui para a falta de diálogo entre os profissionais propiciando uma assistência descontínua aos usuários da política pública de saúde e as micropolíticas dentro deste campo assistencial. São esses reversos que os profissionais enfrentam cotidianamente em seus postos de trabalho que tende para a desresponsabilização dos profissionais das equipes de saúde pelos casos.

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes, práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde, a qual permita a articulação das ações que, em Saúde Mental, é uma necessidade inquestionável (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2008, p.144).

A realidade vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde de Juiz de Fora, contrapõe a essência do cuidado ampliado e a integralidade das ações, sendo prejudicial para o indivíduo que está em sofrimento psíquico. A equipe de referência da ABS ao encaminhar para o CAPS dentro da lógica de transferência, não sente o usuário como de sua responsabilidade, apesar de ele continuar pertencendo ao território.

A questão que aqui se projeta é o fato dos profissionais precisarem avançar no entendimento de que a equipe do CAPS e da UBS necessitam construir uma relação de trabalho de forma interdisciplinar, formando uma só equipe de cuidados que vise a clínica ampliada.

O trabalho na saúde mental coletiva, com base na concepção ampliada de saúde, gera impactos no trabalho das profissões, pois cria necessidade de intenso diálogo, planejamento em conjunto. Além disso, as fronteiras entre as profissões aparecem nesse modelo menos “rígidas”, pois o trabalho torna-se cada vez mais coletivo e plástico, exigindo a constante interação e comunicação (MACHADO, 2009, p.244).

A resolutividade das intervenções em Saúde Mental, sempre dependerá da ação conjunta de toda equipe em um compartilhamento produzido em forma de co-responsabilização sobre cada caso (BRASIL, 2007). Acredita-se, que para este avanço acontecer, depende de uma reformulação da rede de assistência em saúde no município de Juiz de Fora retomando as diretrizes e os princípios da reforma sanitária numa perspectiva democrática e de direitos. Uma reforma que priorize os princípios organizativos do SUS como a descentralização, regionalização, hierarquização, participação social, e resolubilidade e os princípios doutrinários, universalidade, equidade e integralidade das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Toda esta situação se agrava ao se pensar a pluralidade das demandas que chegam à ABS em Juiz de Fora, exigindo intervenções e respostas dos profissionais.

As demandas são diversas, desde demandas mais leves até demandas mais complexas. Dentre elas, a gente tem demanda por quadros depressivos leves, demandas por questões relacionadas ao cotidiano no que diz respeito ao contexto social, que é o desemprego, a falta de renda, os conflitos familiares, demandas relacionadas a questão do uso abusivo de drogas e álcool, álcool e outras drogas, demandas que têm a ver com quadros com alterações comportamentais mais complexas. Esquizofrenia, mania de perseguição quadros bipolares, enfim dentro das questões mais complexas da psique, da psiquiatria. Eu vejo que assim, na unidade a gente abraça praticamente tudo que diz respeito ao território, à área de abrangência da unidade de saúde, e dentre os casos que nos aparece a unidade vai tentando monitorar e acompanhar dentro das suas possibilidades (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Na pesquisa feita com os gerentes e assistentes sociais das seis UBS's, foi visto que a grande maioria das demandas que chegam hoje para acolhimento na ABS são de ansiedade e depressão. Foi possível constatar também que são demandas que apresentam uma forte vinculação com as expressões da questão social que atinge esta população.

Historicamente a demanda os serviços públicos de saúde são os seguimentos de classe mais pobres, apesar do SUS ser universal para todos. Na AB não é diferente, por serem usuários em sua maioria pertencentes a uma fração de classe mais vulnerável socialmente, os usuários das UBS's para além de demandarem os cuidados da Saúde Mental, também sofrem todos os reversos das refrações da questão social. Isto demanda do serviço uma articulação constante com outros setores sociais e com outras políticas públicas, como é o caso da educação, segurança pública, política de moradia e assistência social.

A pesquisa com os profissionais constatou que, mesmo os profissionais de outra área que não do Serviço Social, como é o caso da enfermagem, apontaram para uma intrínseca relação entre Saúde Mental e as expressões da questão social como se pode ver no relato do gestor a seguir.

A pessoa as vezes não consegue lidar com a frustração, então tudo isso está gerando um ser humano mais frágil e isso de certa forma desemboca na Saúde Mental, porque ele vê na fuga da medicação

uma forma de alienação. Hoje com essa questão da previdência, a pessoa já vincula e até o próprio profissional relata que as vezes a pessoa vem até com o nº do CID, porque já pesquisou, já sabe, alguém já passou “Dr. esse aqui para mim eu sei que se o Sr colocar eu vou conseguir”. É uma coisa que na avaliação a gente vê. Desde o usuário jovem não conseguia trabalhar, não tinha nenhuma indicação que não pudesse trabalhar, “eu não consigo eu estou morando numa casa de favor com fulano e com ciclano eles estão cobrando que eu não saio para poder trabalhar, eu não consigo”. E a pessoa não tinha nada que de fato pudesse falar, não você está incapacitado impossibilitado você tem uma doença que te contraindica que te impossibilita (GERENTE 1).

Para o enfrentamento dessa pluralidade de demandas no cotidiano de trabalho, é necessário que se tenha uma perspectiva de atendimento ampliado. Não compreender a importância do trabalho compartilhado entre a equipe de especialização/CAPS e de referência/UBS, contribui, para que não aconteça de fato o cuidado no campo da Saúde Mental na lógica da integralidade. Esse processo, de se pensar a dinâmica de trabalho das equipes é importante, tendo em vista o volume de demandas que os profissionais da ABS recebem cotidianamente.

Outra questão pertinente para este debate é o fato do profissional de Serviço Social ter sido apontado como responsável pela organização do serviço de assistência à saúde Mental nas UBS's. De acordo com as regras estabelecidas no Catálogo de Normas da APS de Juiz de Fora 2016, pela portaria n.º 2381/SS,⁶⁸ o usuário da Saúde Mental deve ser acolhido e atendido por todos profissionais da equipe de referência/UBS que possuam formação de nível superior.

Mas diferente disso, foi relatado nas entrevistas inclusive por dois gerentes que o Serviço Social é quem organiza as demandas de Saúde Mental na UBS's. O primeiro coloca que “a assistente social colabora no sentido de atender os casos de Saúde Mental prá gente, prá fazer escuta para ajudar na hora da marcação da consulta e da discussão do matriciamento” (GERENTE 3).

E o gerente 2 relata que:

É a primeira vez que eu trabalho aqui com assistente social, nas outras unidades não tinha. Então a parte de agendamento com o psiquiatra fica aos cuidados da assistente social. [...]. Nós trabalhamos com assistente social e ela é nosso ponto de contato

⁶⁸ Esta portaria define o campo das práticas de atenção à condição crônica na Atenção Primária à Saúde, orientadas por linhas de cuidado, através da Programação Local nas UAPS do município de Juiz de Fora e dá outras providências.

com a Saúde Mental. Ela que marca uma vez por mês as reuniões de matriciamento (GERENTE 2).

Esta situação foi confirmada pelos assistentes sociais, como pode ser constatado na fala abaixo.

Na unidade quem atende Saúde Mental, são os médicos e os assistentes sociais. Acaba que fica muito na nossa mão coordenar um pouco isso, a gente está tentando envolver [a equipe]. A enfermagem já está sensibilizada para começar a atender, mas até o momento também não conseguiu efetivar essa situação, esse atendimento. A gente está lutando para que consiga, por que a gente percebe que precisa melhorar essa situação. O ideal é passa por uma consulta médica no mês posterior com o Serviço Social e no seguinte com a enfermagem, e aí sucessivamente, como uma forma de acompanhar melhor esse usuário, mas ainda não está acontecendo dessa forma (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Em uma leitura mais superficial, pode se dizer que o relato dos profissionais mostra que são de diferentes ordens os problemas que ocasionam o sofrimento mental nos indivíduos. Entretanto, percebe-se que mesmo se manifestando de forma diferente e trazendo explicações diversas, as demandas apresentadas pelos usuários da Saúde Mental, advém da necessidade de elementos básicos de sobrevivência estabelecida pela ordem socioeconômica vigente conforme apontado pelas assistentes sociais 1 e 2.

São pessoas trabalhadoras que num momento da vida precisam de um atendimento mais qualificado dentro da área da Saúde Mental. Algumas pessoas precisam de entender um pouco sobre si, porque muitas vezes o nível de trabalho também que ela exerce acaba desgastando tanto seu corpo com relação também a desgaste físico e mental. E algumas pessoas também vem com demanda sobre álcool e outras drogas. Também tabagismo, então tudo isso a gente trabalha (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Maior frequência mesmo é depressão e ansiedade e isso por vários fatores. Por fatores de situação socioeconômica, violência doméstica, é filhos usuários de drogas é um contexto social, 99% dos casos então é isso. Porque os casos não são mesmo de transtornos né, são casos que a mulher precisa verbalizar a história, precisa de contar a sua história, precisa ser acreditada, muitas delas reclamam a falta de que o outro não acredita nela. A maior fala é: “ninguém acredita em mim, acha que eu estou fazendo hora”. Então quando ela sente que a gente escuta, que a gente acredita, que realmente a vida cotidiana pode levar a depressão e ansiedade, ela cria um vínculo bem grande com o Serviço Social, sabe? Nossa demanda é muito grande para esse atendimento (ASSISTENTE SOCIAL 2).

A atual circunstância em que o país está atravessando, de supremacia da política neoliberal com o governo de Jair Bolsonaro, intensificando ainda mais o desmonte e o retrocesso no campo das políticas e dos serviços sociais, contribui para o aumento das dificuldades, dos indivíduos alcançarem bens materiais concretos. A falta de elementos como educação, segurança, saúde e etc., se traduzem em condições favoráveis à obstáculos no trato com a subjetividade dos sujeitos sociais.

Nesse sentido, o assistente social trouxe um entendimento diferenciado, pois, demonstrou perceber a questão com a Saúde Mental como uma materialização das condições sociopolítica e histórica, numa perspectiva dialética.

As vezes o problema do sujeito é um problema existencial. Porque ele não tem emprego, porque ele não tem renda, porque ele está brigando demais com os familiares, porque os familiares acham que o que ele tem é frescura é mentira. Então tem muita coisa que a saúde também não pode responder, então assim, a gente precisa ter essa visão mais ampla para poder conduzir. Eu costumo dizer sempre para todos os pacientes que me procuram, tratar saúde mental não é só “tomar bolinha” não é só fazer uso correto e contínuo da prescrição médica, da medicação que o médico prescreve. Tem a ver com melhoria da qualidade de vida com o lazer com atividade física, com afirmação social. Então são vários aspectos que envolvem o tratamento da Saúde Mental de um sujeito (ASSISTENTE SOCIAL 3).

A colocação desta profissional chama a atenção para o fato de que muitas vezes, o quadro saúde doença dos indivíduos é condicionado pela realidade social em que ele está inserido. O que se percebe, com isto, é que a maioria das demandas da saúde mental nas UBS's, realmente estão intrinsecamente ligadas às expressões da questão social, ou seja, são expressões ligadas à exploração inerente a relação de produção capitalista. Isto não deixa dúvidas que a questão social deve ser compreendida como um fator gerador do processo saúde adoecimento na saúde mental.

Diante da complexidade das questões relatadas pelos profissionais, resgata-se a importância do que está idealizado no Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, que prevê o fortalecimento das equipes da ABS para intervenção qualificada nas diferentes demandas, “o PDAPS, portanto, visa normatizar a APS a luz da gestão do cuidado e qualificar os profissionais de todas as UBS do município”

(JUIZ DE FORA, 2016, p.13). Apesar dessas colocações, observou-se na entrevista com os profissionais que de fato não houve essa potencialização das equipes, e nem a qualificação de profissionais frente às demandas cotidianas na rede de assistência à saúde. Na área da Saúde Mental, como já relatado, não existem profissionais suficientes para o enfrentamento das demandas como aponta os relatos a seguir.

Primeiro ter profissional adequado, em número suficiente para atender a demanda. É subumano também deixar um profissional responsável por digamos 40% da população, então o profissional também tem direito à vida, a gente tem até que pensar no próprio cuidado mental desse profissional. O que a gente vê um desgaste no acompanhamento que a gente faz com ele, de que quando ele iniciou ele tinha visão ele tinha digamos um gás uma energia e depois como que isso foi consumido por conta do desgaste que é de você ser tolhido de prestar assistência que as vezes você acha necessário, mas por conta de uma demanda que tá sobrecarregada você ter que se adequar àquela demanda, de certa forma o profissional sai prejudicado (GERENTE 1).

Pode até ter um trabalho que está funcionando, um ponto que está funcionando. Mas você liga para o CAPS Leste não tem profissional para te atender, a equipe não vem porque não tem insumo não tem logística você precisa de um atendimento de urgência, o SUP tem deficiência[...]. Outro caso que a gente vê, é que além do SUP você liga para o CAPS não tem psiquiatra (GERENTE 3).

Com base nos relatos dos profissionais, conclui-se que o município de Juiz de Fora administra uma rede pública de assistência à saúde ainda muito frágil e inconsistente, o que impossibilita uma articulação de fato entre os subsetores e serviços de saúde, e também a articulação com outros setores como educação e assistência. Este é um fato que merece destaque, pois, uma rede de atenção à saúde que se apresenta dentro deste perfil de fragilidade, contribui para que os serviços criem suas próprias redes particulares no interior da rede de assistência aos que dependem dos serviços públicos de saúde. Assim, como mostrado nos relatos acima, cada serviço constrói sua rede particular dentro do que é possível, não efetivando o que Mendes caracteriza como Redes de Assistência à Saúde.

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo

certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p.2300).

O sistema de saúde pública operante no município de Juiz de Fora, principalmente o modelo impresso no nível primário, não está coerente com a condição de saúde da população. No campo da Saúde Mental esta realidade apresenta-se de forma ainda mais expressiva. A ABS à saúde no modelo que se encontra organizada no município, está impossibilitada de realizar seu objetivo, de ser o ator organizador do fluxo dos serviços na rede desde o mais simples até o mais complexo.

O município de Juiz de Fora possui atualmente cinco unidades de CAPS, dentre os quais, existem um CAPS-AD e um CAPS-IJ para toda população. A insuficiência do número de CAPS no município traz prejuízo à lógica do atendimento territorializado preconizado pela RPB. Os CAPS em Juiz de Fora não se localizam nos territórios, mas sim na área central da cidade. Com isto, não há cobertura de CAPS em todas as regiões sanitária de saúde o que inviabiliza a efetivação da metodologia do matriciamento, que deve ser realizada por equipes técnicas qualificadas. Essa realidade deixa sem suporte técnico a maioria das UBS's no trato com familiares e usuários da Saúde Mental e não pode ser resolvida apenas com leis. É preciso, para além das normas e leis que se garanta um financiamento sistemático que mantenha os CAPS's em funcionamento pleno dentro do preconizado pelo MS/2007.

Durante as entrevistas os profissionais apontaram como essencial para a intervenção nas demandas dos usuários em sofrimento psíquico na ABS, a metodologia do apoio matricial. O matriciamento em Saúde Mental foi apontado pelos sujeitos entrevistados (as), como a única estratégia metodológica de trabalho utilizada no município, que possibilita ainda que de forma incipiente, a articulação da Saúde Mental com a ABS.

Diante da análise dos documentos e do exposto pelos profissionais sobre o apoio matricial, nas entrevistas, conclui-se que efetivar a metodologia do matriciamento na rede psicossocial é primordial para a garantia do acolhimento e do cuidado aos usuários deste serviço dentro da lógica do território. O

matriciamento é uma estratégia de gestão do trabalho capaz de qualificar a assistência ofertada nas UBS's dentro dos parâmetros da RPB.

Entretanto, ainda existe uma sistêmica dificuldade dos profissionais em praticar o matriciamento, dentro do proposto pelo MS/2007. Dificuldades essas, causadas por diferentes desafios que já foram aqui problematizados como a deficiência de recursos humanos, a falta de capacitação para os profissionais das UBS's e a expressiva rotatividade de profissionais dentro das instituições de saúde no município de Juiz de Fora. Com base no exposto o apoio matricial em Saúde Mental, no município de Juiz de Fora, será o assunto do próximo item.

3.2.2 O apoio matricial: uma estratégia de qualificação da relação da Atenção Básica e RAPS em Juiz de Fora?

Desde a década de 2000, quando o Ministério da Saúde (MS) decidiu por inserir as ações de Saúde Mental na ABS, foi proposto como diretriz fundamental para essa inserção, a lógica da metodologia do apoio matricial.

O matriciamento em Saúde Mental chegou oficialmente no município de Juiz de Fora em 2012, quando foi inaugurado o CAPS-Leste. Aquele momento apontou para uma ruptura com a forma de assistência em psiquiatria em todos os sentidos: marcação de consulta; o atendimento passou a ser compartilhado entre as UBS e CAPS; os usuários passaram a ser referenciados a um serviço específico e territorializado. Apesar da transição já estar há muito tempo sendo sinalizada pelos avanços da reforma psiquiátrica no país, foi um momento muito difícil (MAXIMO, 2016).

Antes nós tínhamos o CRESAM, a Saúde Mental no município de Juiz de Fora, ela já foi regionalizada a muito tempo. A nossa referência era o CRESAM Noroeste I e a gente encaminhava os pacientes para o Pan Marechal. Todo mês a equipe vinha e devolvia aqueles casos que eram passíveis de acompanhamento, monitoramento na unidade de saúde. Havia assim um questionamento muito grande porque, naquela época ainda muito inicial os profissionais questionavam que o matriciamento era só devolução de casos (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Os avanços da reforma psiquiátrica, realmente, chegaram ao município de Juiz de Fora de forma muito lenta e tardia. Como já assinalado, ao final da década de 1990 subsistiam no município dois modelos distintos de serviços psiquiátricos.

De um lado havia usuário sendo atendido em ambulatório específico de Saúde Mental, e de outro, programa especiais, destinados aos usuários da Saúde Mental com demandas específicas, dentre os quais um CAPS (RIBEIRO et al 2003).

O sistema de saúde público brasileiro, tradicionalmente se organiza de forma vertical impondo uma diferença de autoridade entre as diferentes categorias profissionais. A proposta de apoio matricial do MS vem de encontro a este modelo das estruturas tradicionais de cuidado, pois visa o compartilhamento dos diferentes saberes profissionais.

Hoje em dia eu vejo assim, existe uma tendência a ter o entendimento dessa qualidade igual entre os profissionais [...]. O respeito que existe da opinião de cada profissional, inclusive também do Serviço Social. Observo que teve uma mudança, assim, qualitativa com relação a isso. Também, todos profissionais que eu observo tem peso igual, porque a gente tinha essa discussão que antigamente o aspecto biológico pesava muito, então alguns profissionais eram tidos como se fossem assim... a opinião deles é que valia mais (ASSISTENTE SOCIAL 1).

A supervisão dentro da metodologia do apoio matricial é voltada para os casos atendidos pelas equipes e não para os profissionais, assim, não existe o controlar, o vigiar de um profissional sobre o outro. A equipe de matriciadores não supervisiona o trabalho da equipe de referência, mas dá suporte e oferece retaguarda para ampliar a capacidade resolutiva destes profissionais.

Com a reforma psiquiátrica a questão do modelo médico-centrado foi questionada, e este modelo vem sendo modificado dando espaço a novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, como é o caso da metodologia do apoio matricial. Estes novos equipamentos institucionais de assistência, objetivam o enfrentamento da questão do cuidado em Saúde Mental e a superação do modelo médico-psiquiátrico tradicional. Como posto por uma profissional, a perspectiva é que o matriciamento:

Vá impactar na melhor qualidade de atenção do usuário, na medida que a gente discute o caso, não fica só a visão do serviço da APS. Então a gente passa a contar com a visão da equipe de matriciamento também, que as vezes fazem sugestões que vem acrescentar, e isso com certeza vai ser melhor para o usuário e com certeza melhora o serviço também. Então vai impactar numa certa melhoria de serviço, mas eu acho que mais contribui mesmo para usuário. Por que passa a ter mais visões, com relação aquela

situação, aquele caso ali que é discutido (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Percebe-se pelos relatos que os assistentes sociais têm uma concepção ampliada sobre a metodologia do apoio matricial. Estes profissionais percebem o matriciamento como uma troca, como um momento em que os profissionais compartilham saberes a respeito de um determinado caso para decidirem qual o melhor encaminhamento para a intervenção com o usuário.

O matriciamento ele cumpriu um papel fundamental é importante que ele aconteça e é importante que ele seja interdisciplinar, aqui a gente sempre se reuniu todas as equipes participavam (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Acho que fortalece, tanto nós da equipe da saúde da família, porque ao mesmo tempo que a gente discuti, isso capacita um pouco mais a equipe no acompanhamento, na discussão dos casos a gente consegui acompanhar melhor. [...]. Acho que ainda não é o ideal, mas que... realmente ajuda bastante. Esse matriciamento é muito bom para gente enquanto profissional da APS (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Por outro lado, os profissionais gerentes evidenciaram em suas falas, uma outra concepção de matriciamento, descrevendo o objeto pesquisado como um momento de referência e contrarreferência, ou simplesmente um caminho de acesso ao profissional psiquiatra. A percepção dos entrevistados é que, no espaço do matriciamento, a equipe da UBS tem a oportunidade em um mesmo movimento de referenciar seus usuários e receber a contrarreferência dos mesmos.

A gente as vezes leva essa demanda para o psiquiatra e conforme for, ele orienta a conduta. “Oh! Nesse caso aqui não precisa passar pela minha avaliação” você pode entrar com determinada medicação. A clínica da unidade ela vai no matriciamento. Então Saúde Mental quando é, a gente procura direcionar. Então passa pela Dr.^a que é ela que vai direcionar, ela que vai avaliar se tiver necessidade ela vai fazer o encaminhamento, matriciamento [...] de dois em dois meses a gente absorve essa demanda e leva para a gente discutir caso por caso com o psiquiatra (GERENTE 1).

O médico clínico vai acompanhar o paciente na saúde dele como um todo, mas espera-se que o psiquiatra seja o condutor daquele caso. Então assim eu acho extremamente importante o matriciamento, porque quando você pega um paciente que o médico clínico não dá conta de conduzir e é ele que está conduzindo, o psiquiatra conduz e o médico dá suporte [...]. Então eu entendo que o matriciamento, na falta do atendimento específico

do psiquiatra - consulta psiquiatra paciente - o matriciamento é a solução (GERENTE 3).

No relato acima há uma inversão por parte do gestor que refere ser o médico da saúde da família quem dá o suporte ao psiquiatra, apontando para uma lógica de subalternização. Para a metodologia do matriciamento como já foi debatido anteriormente, o médico apoiador é o da equipe do CAPS, ou seja, da equipe especializada em uma lógica de compartilhamento, de complementação de saberes e jamais como parte superior dentro da equipe. Outro fator importante é que a responsabilidade dos casos na lógica do matriciamento seguem também ao mesmo padrão de compartilhamento excluindo a lógica do encaminhamento, tencionando o aumento da capacidade de resolubilidade das equipes de saúde da ABS.

Ele [o matriciamento] acontece aqui uma vez por mês, onde os médicos ao longo do mês eles fazem o atendimento, e uma vez por mês nós sentamos discutimos os casos, e os médicos do CAPS nos orientam, conforme proceder em determinados casos. Em alguns eles falam, olha vocês têm como acompanhar, com essa medicação, dessa forma assim. E outros eles agendam de ser para lá [no CAPS] (GERENTE 4).

Campos e Domitti (2007) explicam que a metodologia do matriciamento busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, pois estimula e facilita o contato direto da equipe de referência responsável pelo caso e a equipe de especialistas que são os apoiadores. Ou seja:

Essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007, p. 401).

A metodologia do apoio matricial é concebida como inovadora, no sentido em que ela contrapõe ao modelo hegemônico de serviços de saúde, pois, visa:

Transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferência, protocolos e

centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI et al, 2011, p. 13).

Há de se clarificar, que o apoio matricial não se traduz simplesmente a referência e contrarreferência e menos ainda à possibilidade de acesso ao campo especializado da Saúde Mental. Essa metodologia de trabalho tem como foco principal dar suporte técnico especializado às equipes de referência que atuam na ABS, dentro de seus territórios. Para tanto, as equipes de apoio matricial e de referência trabalham juntas, compartilhando saberes e experiências com foco na integralidade das ações de assistência e cuidado dos usuários.

Assim, a equipe de matriciamento incorpora ações de supervisão, atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação para os profissionais da ABS (BRASIL, 2007).

Através do Apoio Matricial torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009, p.130).

A partir dos relatos percebe-se que, de modo geral, os profissionais demonstram perceber, a importância da metodologia do matriciamento para a Saúde Mental na ABS. Entretanto, do ponto de vista da realidade prática posta pelos entrevistados, observa-se a necessidade de enfrentamento de alguns desafios como por exemplo: a falta de profissionais para o desenvolvimento do apoio matricial nas UBS's

Nós temos poucos profissionais nos CAPS. Também nós percebemos a falta de profissionais quando precisamos encaminhar: não há vagas, não pode. Então fica difícil. CAPS IJ infância e juventude, nós temos uma dificuldade imensa de encaminhar. Muitas vezes nós temos situações de criança e adolescente que precisam passar pelo menos por uma avaliação. Até mesmo para que eles nos orientem depois desse

acompanhamento. A gente não consegue, nem a vaga. Então dificulta bastante (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Outro ponto desafiador há se considerar é a questão das ferramentas que devem ser utilizadas pelas equipes de referência e de apoiadores, como visita domiciliar, interconsultas; a participação do usuário e da família na construção do plano terapêutico singular; a própria construção do plano terapêutico singular para os usuários, como também a participação de toda a equipe no momento do matriciamento em especial dos ACS's. A utilização dessas ferramentas é uma questão importante, que não foi colocada por nenhum dos profissionais entrevistados.

Ao se questionar um gestor de uma unidade básica tradicional, sobre a participação do usuário da Saúde Mental na construção de seu plano de cuidado, percebeu-se que este profissional ainda não visualiza o usuário da Saúde Mental enquanto parte de sua demanda de trabalho. Para o gestor, o usuário em sofrimento psíquico, é visto como um elemento estranho que desestabiliza a rotina de trabalho assistencial da equipe. Neste caso, a intervenção se pauta na lógica do encaminhamento/transferência, desresponsabilizando a equipe da UBS por esse sujeito e sua família.

A gente preferiu deslocar [a reunião de matriciamento] para o CAPS casa viva, porque a gente tem uma tranquilidade melhor para desenvolver o serviço, porque a gente já teve a experiência de fazer na unidade e sempre era interrompido pelo usuário. A gente está na reunião discutindo casos, a gente tem essa questão da interferência do usuário dentro da unidade bater e falar. Então a gente preferiu ir até o serviço lá porque é uma “reunião fechada” (GERENTE 1).

Percebe-se, pelo aparente cansaço e desmotivação dos profissionais entrevistados, que esta questão não se dá pela falta de conhecimento, mas pela sobrecarga de trabalho e tarefas que vem desgastando e adoecendo os profissionais neste nível de atenção à saúde. Isto, coloca em evidência a necessidade de uma atenção dos gestores municipais da saúde, para que olhem a ABS à Saúde de forma mais direta e responsável.

Outro relato importante foi de uma assistente social sobre a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas reuniões de matriciamento. De acordo com a profissional, não está acontecendo as reuniões de matriciamento há alguns

meses na UBS, pois está faltando profissionais no CAPS de referência da unidade. É importante ressaltar, que essa UBS é uma das unidades que trabalha com o apoio matricial desde 2012, quando a metodologia foi implementada no município. A assistente social explica que apesar de não concordar, na UBS em que ela está inserida,

todas as equipes participavam com exceção dos ACS. Houve durante muito tempo um questionamento em relação a presença do agente por questões relacionadas a ética. A discussão dos casos na frente dos agentes que são os profissionais que de certa forma tem um vínculo com a comunidade por que moram na comunidade. Então a gente tinha uma preocupação com relação a participação deles e por esse motivo eles acabaram até hoje não participando do matriciamento (ASSISTENTE SOCIAL 3).

A metodologia de apoio matricial se funda e tem como determinante o trabalho em equipe. É uma metodologia de trabalho em que sua dinâmica se constrói a partir do conhecimento dos profissionais envolvidos, os especialistas e os profissionais de referência, na busca pela clínica ampliada e a produção do cuidado. Na análise dos documentos, também a metodologia do apoio matricial é apontada como estratégia importante para o desenvolvimento da assistência em Saúde Mental na ABS. Mas o que se observa, na realidade, é que não foram construídos meios para que essa metodologia se constitua de fato.

3.3 Os desafios para a articulação da Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde em Juiz de Fora

Na análise do plano plurianual 2014/2017, verifica-se que importantes metas propostas, pelo Departamento de Saúde Mental ainda não foram alcançadas. Ainda hoje, há região sanitária por exemplo, que continua sem cobertura de CAPS, impossibilitando uma assistência efetivamente de qualidade.

Os CAPS, dentro da atual política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental. Eles devem ser territorializado, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em Saúde Mental.

A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL,2007, p.2).

Esta realidade permite afirmar, mais uma vez, a importância do financiamento público para a garantia do processo de mudança na assistência em Saúde Mental no município. A histórica questão de enfrentamento que as políticas sociais públicas encontram na disputa pelo fundo público com o setor privado é um dos principais desafios para a construção da RAPS/SUS local efetiva com profissionais capacitados. Somente mudança na legislação não é suficiente para uma transformação de fato, as leis são importantes, mas precisam de recursos que as viabilizem e as sustentem.

Falta também alocação de recursos para melhorar os equipamentos [...], falta ampliação de equipamentos [...]. Então, falta investimento dentro dessa visão. Do que é, do que foi a política de desospitalização, do que foi a política de regionalização de repasse/transferência de responsabilidades para o nível local. Nós precisamos entender que a política hoje é descentralizar, descentraliza-se tudo, mas não dá condições para o profissional que está na ponta possa fazer o seu trabalho de forma satisfatória e resolutiva (ASSISTENTE SOCIAL 3).

No âmbito das políticas públicas, compreende-se que o fundo público é o principal ator capaz de contribuir para o alcance tanto de uma rede efetivamente qualificada quanto com a manutenção da política de recursos humanos, que visa a capacitação/educação permanente para os trabalhadores na área da saúde.

Como já foi observado anteriormente, o financiamento público tem impacto diretamente na gestão e manutenção das políticas sociais, pois, sem um financiamento adequadamente responsável é inviável a garantia e manutenção de determinados serviços.

O matriciamento em Saúde Mental, por exemplo, cuja estrutura organizacional se dá a partir de uma equipe técnica de profissionais com habilidades na área da Saúde Mental, é uma metodologia de gestão do trabalho em saúde que não se sustenta sem um financiamento específico.

Como relata uma assistente social,

Eu penso o seguinte, eu acho que falta investimentos e investimentos tem a ver com recursos. Eu não saberia te dizer o que é que chega hoje especificamente para a Saúde Mental que poderia melhorar esse quadro [...] Juiz de Fora eu não saberia te

dizer se existe recurso para mais. Porque a gente sempre soube que tem recurso para residência terapêutica, tem recurso para capacitação, mas em fim, o que eu vejo é que parece que está tudo travado. As coisas não avançaram. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Com base neste entendimento e ao que tem vivenciado no cotidiano de trabalho, o gerente de uma unidade, avalia a situação da Saúde Mental, no município, como muito negativa.

A equipe de Saúde Mental que atende a nossa unidade por exemplo, que é do CAPS Leste tende a ser solicita, mas na grande maioria das vezes não tem nenhuma condição de solucionar nenhum caso. Você não tem minimamente um psiquiatra para modificar um tratamento no meio do tratamento. Então infelizmente nesse momento eu avalio muito negativamente [...]a gente precisa de uma equipe multiprofissional para estar atendendo. Se a equipe não tem o profissional ela deixa de ser multiprofissional, porque está sendo a equipe de saúde da família e a metade da equipe de Saúde Mental, então infelizmente esse é o posicionamento hoje (GERENTE 3).

Outro gerente relata que:

A gente está passando por um momento meio conturbado. Pela falta de profissionais especialistas, o psiquiatra. A gente tem uma demanda alta para pouco profissional atender. Hoje a gente tem a facilidade de por enquanto o profissional de referência da nossa unidade continuar a atender, mas a gente sempre percebe que ele está sobrecarregado, é algo que ele relata também. Pelo fato de ser poucos profissionais as vezes eles têm que aumentar mais a sua demanda, isso de certa forma prejudica. Sem falar que não é só Juiz de Fora é a região também. Então isso aí é um fator dificultador (GERENTE 1).

Passados oito anos desde a normatização da RAPS/SUS no município, onde se colocou a importância da territorialização dos CAPS's, o "Plano anual de Saúde 2018 e o de 2019" trazem entre suas metas de ação: estudar a implantação de um CAPS AD III na zona Norte; e a capacitação dos profissionais dos eixos de atenção da RAPS (Atenção Básica, Atenção Estratégica, Urgência e Emergência, SRT), ou seja, os planos analisados mostram que esses oito anos, não foram suficientes para minimamente o município garantir o aparelhamento necessário para a constituição da rede de atenção psicossocial.

Isso nos mostra que os gestores da saúde municipal, ainda tem grandes desafios para constituir de fato a RAPS/SUS local. A exemplo da RAPS nacional, esses desafios se expressam na necessidade de:

Aumento de cobertura dos CAPS, a implantação de leitos de atenção integral à Saúde Mental em hospitais gerais, o apoio matricial e a integração da Saúde Mental com a atenção primária à saúde, a desinstitucionalização de pessoas em situação de longa permanência hospitalar, a ampliação do quantitativo de SRT e o aumento da provisão dos serviços específicos para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, como para crianças e adolescentes (DUARTE, 2018, p 235).

A ampliação dos serviços dos CAPS AD e CAPS IJ, são questões urgentes que pautam a discussão da articulação da rede de Saúde Mental no município com a ABS.

Nós não temos equipamento e serviços condizentes com a demanda do município. Haja vista, o CAPS AD que é um CAPS para Juiz de Fora inteiro e região. Isso para mim não é política de Saúde Mental. O da Infância a mesma coisa. Eu marco hoje [junho] uma criança ou um adolescente para o CAPS infanto-juvenil, [a equipe do CAPS] está marcando para outubro. Eu atendi o caso hoje, ele só vai ser acolhido no CAPS infanto-juvenil em outubro, marquei para dia 14 de outubro, agora, essa semana que passou (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Eu já precisei encaminhar para o CAPS da criança e do adolescente e eu não consegui vaga, caso sério. “Vai chegar aqui e vai entrar na fila”. Eu não estou pedindo como jeito não, ao colega, é caso sério. “Vai chegar aqui e vai entrar na fila”. Então eu acho assim essas coisas tem que ser muito rediscutidas (GERENTE 4).

Para uma das assistentes sociais entrevistada, a inserção da Saúde Mental na ABS trouxe mudanças positivas, mas a articulação em rede ainda é algo que não foi alcançado. A articulação entre profissionais, acredito que a gente consegue realizar (ASSISTENTE SOCIAL 1).

O relato a seguir evidencia, a questão da construção das pequenas redes particulares dentro do espaço da RAPS/SUS local. Essa é uma realidade que circunda todas as UBS's que participaram desta pesquisa e que vai de encontro aos princípios e diretrizes que fundamentam a inserção da Saúde Mental na ABS: a organização do serviço de Saúde Mental em rede e a intersetorialidade.

Pela UBS [...] com o CAPS ela está acontecendo porque hoje a gente tem esse profissional de referência, mas eu sei de unidade que faltam profissional [psiquiatra] de Saúde Mental, então essa articulação não acontece. E aqui a gente tem esse ganho do psiquiatra nosso de referência ser um parceiro mesmo, então, de certa forma essa articulação acontece porque a gente manteve o profissional. [...], então falando hoje, a gente tem essa articulação

porque a gente tem tanto o profissional na APS quanto o profissional lá de respaldo (GERENTE 1).

O relato do gestor acima, mostra a centralidade da responsabilidade no profissional, e o que é ainda mais grave, no profissional médico psiquiatra e não na equipe do CAPS como um todo. Nesse mesmo sentido, o gerente 4 ao ser questionado sobre a eficácia do matriciamento para o enfrentamento das demandas em Saúde Mental na sua unidade, ele mencionou que: “A gente não pode se queixar do atendimento do CAPS, inclusive dos nossos contatos. Tem casos que a gente consegue até por Whats App”. Esse gestor demonstra entender que essa relação pessoal com o psiquiatra é matriciamento.

Percebe-se que os desafios colocados à rede psicossocial, são de ordem estrutural e intrínsecos à lógica do sistema de saúde pública brasileiro, implicando condições desfavoráveis de trabalho e falta de recursos humanos. No entanto há de se buscar fomentar formas para poder vencê-los. Acredita-se que para enfrentar esses desafios, deve-se pensar em: trabalhos de grupo⁶⁹; promover momentos de capacitação dos ACS's para vencer a discriminação com esta categoria; possibilitar a formação continuada dos profissionais para fortalecer as equipes; e ocupar os espaços de participação popular como os conselhos e conferências de saúde, para fomentar discussões em favor das políticas públicas de âmbito geral.

Mediante essa realidade, não se pode deixar de sublinhar, que todo movimento dos gestores municipais em torno do processo de transformação da assistência na área da Saúde Mental Juizforana, esteve atravessado pela lógica neoliberal privatista. Lógica esta, que insiste em transformar saúde e doença em mercadorias.

Diante desta realidade, para que se possa caminhar no sentido de uma ruptura com a lógica manicomial no município de Juiz de Fora e em todo território nacional, é urgente que se invista na formação acadêmica dos profissionais da área da saúde na perspectiva da saúde coletiva com vistas a uma formação sem paragens. A formação continuada é um processo, portanto, deve obedecer a seu

⁶⁹ O trabalho com pequenos grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a (CHIAVERINI, 2011, p.53).

caráter de “dar prosseguimento a algo” que antes fora iniciado. Para a produção do cuidado em Saúde Mental, a capacitação dos profissionais é fundamental como alternativa para que se possa vislumbrar uma mudança de paradigma.

Entretanto não tem sido uma tarefa fácil construir alternativas e caminhos em tempos de crise, já que, no caso brasileiro, as políticas públicas têm sido alvo das ações neoliberais, o que tem ocasionado um engessamento e retrocesso na produção do cuidado na Saúde Mental (PASSOS, 2015, p. 92).

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo analisar a relação da Saúde Mental com a ABS no município de Juiz de Fora.

O estudo mostrou que a crise estrutural capitalista que eclodiu no mundo na década de 1970, ainda não foi superada. Os reflexos das estratégias cunhadas pelos gestores do capital para manutenção da sociabilidade capitalista como: reestruturação produtiva, flexibilização do mundo do trabalho e as políticas neoliberais, são sentidas ainda hoje, principalmente no campo das políticas e direitos sociais.

Olhando para o cenário de Juiz de Fora foi visto, que historicamente as mudanças no campo da Saúde Mental, no município, aconteceram de forma muito lenta condicionadas pelas políticas neoliberais fortalecidas no país desde os anos 1990. A efervescência de movimentos sociais, nos anos que se seguiram à Constituição Federal/1988 em todo país, principalmente o MNLA, conseguiu influenciar a assistência à Saúde Mental em vários municípios brasileiros, enquanto Juiz de Fora continuava numa posição inexpressiva para estas mudanças sustentando a indústria da loucura.

Os documentos selecionados para este trabalho mostraram, que somente em 2010, o município se agita em um movimento de mudanças efetivas no atendimento aos usuários com sofrimento mental. Momento em que a administração nacional, estava sob responsabilidade do partido dos trabalhadores (PT), que deu abertura para as discussões políticas voltadas para as questões da reforma sanitária, voltando o olhar da sociedade para a cidadania, a democracia e a universalização dos direitos sociais, dentre os quais o direito universal à saúde.

O primeiro movimento positivo que o município fez, em favor da Saúde Mental, foi promover a IVCMSM no ano de 2010, de onde saíram as propostas para se criar a rede de assistência psicossocial em nível local. O relatório final da conferência, analisado neste estudo, traz as diretrizes para RAPS/SUS local, que foi criada no final deste mesmo ano de 2010. A partir deste momento Juiz de Fora protagonizou um grande avanço legislativo no campo da Saúde Mental, mas este avanço, ao que se percebeu, não se materializou em ganho para a prática da assistência no cotidiano de trabalho das equipes da ABS.

A entrevista com os profissionais apontou que as decisões importantes que aparecem nos documentos como a capacitação/educação continuada das equipes, recurso financeiro para implantação e manutenção dos serviços substitutivos, a contratação de recursos humanos para atuarem nas equipes das UBS's e dos CAPS, ficaram só no campo legislativo, e não foi efetivado de fato.

A capacitação para os profissionais, foi protesto recorrente entre os entrevistados, pois estes, não se sentem em condições de intervir nesta área, para qual não foram minimamente qualificados. As assistentes sociais por exemplo, contestaram a falta de capacitação problematizando a questão da formação acadêmica. Os profissionais da saúde deveriam ter sua formação pensada a partir do SUS, da saúde coletiva, pois o setor público ainda é o maior empregador dos profissionais da saúde. No caso das assistentes sociais entrevistadas a questão é ainda mais complexa, uma vez que todas têm mais de 25 anos de formação, no que sentem uma defasagem em termos de qualificação profissional.

As colocações feitas sobre a qualificação e educação permanente para o trabalho em saúde, ressoou quase como um protesto dos profissionais, o que denota uma necessidade urgente das instituições de ensino de nível superior de reverem a grade curricular, alinhando as mesmas às perspectivas da saúde coletiva. A formação continuada é uma necessidade no desenvolvimento do processo de trabalho, principalmente da Saúde Mental.

Foi visto que a Saúde Mental em Juiz de Fora é condicionada por uma diversidade de demandas, de usuários em sofrimento psíquico para intervenção na ABS. Isto requer, acima de tudo, uma equipe tecnicamente capacitada para responder a estas demandas. Sobre as demandas, o estudo mostrou que estas apresentam uma vinculação estreita com as expressões da questão social. Todos os problemas que os sujeitos encontram no trato da vida social, como falta de trabalho e dificuldades relacionais se tornam demandas para saúde mental.

Durante a pesquisa de campo, o Serviço Social foi apresentado como a profissional que está à frente da organização dos serviços da Saúde Mental. Acredita-se que, sejam estas questões acima colocadas, alinhadas ao preconceito, a exclusão e segregação que a Saúde Mental enfrenta historicamente, que tenham levado estas profissionais a serem o sujeito organizador dos serviços da Saúde Mental nas UBS's em que estão inseridas, mesmo que isto não tenha sido uma

escolha consciente das profissionais ou das equipes. Identificou-se que em seu trabalho o (a) assistente social é o profissional que a partir de suas competências consegue decifrar a realidade em que estão inseridos os usuários e construir caminhos para a garantia e efetivação de direitos dos sujeitos e coletivos (IAMAMOTO, 2001).

Diante de seu código de ética (1993) os (as) assistentes sociais tem compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, empenha-se na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças, além de ter compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. É a introjeção de seu compromisso profissional que contribui para que estes profissionais chamem para si a responsabilidade dentro deste campo de atuação, isto é o que se verificou nesta pesquisa.

Outra questão importante, que adensa a discussão em torno da relação da assistência psicossocial e a AB, é a ineficácia de financiamento público, que privilegia políticas econômicas em detrimento das políticas sociais. O fundo público, é objeto de disputa pelos diversos projetos societários emergentes em cada época histórica. No Brasil, desde a década de 1990 esta disputa se apresenta entre o projeto privatista neoliberal capitalista e o projeto democrático universalista de direito previsto na Constituição Federal de 1988.

O fato é que os Estados capitalistas na maioria das vezes, deixa à margem o campo do social, tendendo para a sustentação de políticas econômicas em detrimento das políticas sociais, fortalecendo cada vez mais o sistema burguês de exploração capitalista. Conforme visto com Oliveira (1998), o Estado é o principal sujeito impulsionador do sistema de exploração capitalista, a partir de diferentes estratégias e o uso do fundo público. Diante disso pode se afirmar, que o fundo público historicamente nunca foi capaz de sustentar um financiamento adequado para as políticas sociais e principalmente para a política de saúde e seus subsistemas, historicamente subjugado ao setor privado.

É essa realidade que possibilita ações governamentais como a ocorrida em 2016, em que o então governo à época Michel Temer, assinou uma medida drástica que congelou os gastos público com políticas sociais por 20 anos, através da PEC

95/2016 (BRASIL, 2016), cujos impactos para a saúde são desastrosos. O descompromisso do Estado com as políticas sociais públicas, é condicionante no processo de produção e reprodução da vida social, interferindo de forma acentuada nas políticas setoriais como é o caso da política de saúde. Inserida neste contexto, a política de Saúde Mental sofre todos os reflexos desse descompasso.

O documento produzido pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) para conduzir a implantação do PDAPS no município, mostrou que Juiz de Fora – assim como na época em que foi considerado uma das cidades promotoras da indústria da loucura na região – continua a trabalhar de forma a privilegiar o grande capital. Os gestores municipais, mantêm a saúde pública do município dentro da lógica de mercado como visto no próprio PDAPS que estabelece as bases para organização das redes assistenciais, dentro da economia de escala e escopo.

Ao problematizar a questão da responsabilidade sobre as demandas da Saúde Mental, percebeu-se que alguns dos profissionais percebem o usuário da Saúde Mental, ainda como algo externo a sua rotina de trabalho e não como parte integrante desta rotina. Este entendimento faz com que os profissionais não se sintam responsáveis pelas demandas desta área. Fato este, que pode ser explicado pela escassez de recursos humanos e o excesso de trabalho que ocupa todo tempo das equipes, que tendo que assumir inúmeras atividades e serviços não lhes restam tempo de qualidade para se ocupem com a questão da qualificação para o enfrentamento das demandas pertinentes à subjetividade dos sujeitos.

Sobre esta questão, o apoio matricial foi apontado em todas as entrevistas como elemento primordial para a assistência da Saúde Mental na ABS. Todos os profissionais mencionaram esta metodologia de trabalho durante as entrevistas. O matriciamento em Saúde Mental, é a principal estratégia colocada pelo MS para a inserção da Saúde Mental na ABS (BRASIL, 2007)

Entretanto, os relatos mostraram que não há clareza de entendimento dos profissionais sobre o apoio matricial. O matriciamento é o espaço em que as equipes do CAPS e ABS passam a ser uma só equipe, “a equipe do cuidado em Saúde Mental”. Uma equipe que trabalha de forma interdisciplinar e que tem autonomia para o desenvolvimento de suas ações. Através desta metodologia a equipe de referência da ABS recebe suporte técnico especializado para intervir nas

questões de saúde mental de forma segura e efetiva, produzindo o cuidado (CHIAVERINI, 2011).

A falta de clareza da equipe em relação a esta metodologia de trabalho se apresenta quando nenhum dos profissionais, refere a utilização nas equipes das ferramentas propostas pelo MS no processo matricial: traçar o projeto terapêutico do usuário, realizar visitas domiciliares, realizar consultas conjuntas e demais encaminhamentos para a rede de assistência entre outros. O emprego das ferramentas pelas equipes facilita e organiza a dinâmica do matriciamento, ampliando os atendimentos e fortalecendo os profissionais para a intervenção. Apesar das demandas não serem passíveis de se resolver da mesma forma, os instrumentos são essenciais em cada uma delas, pois, sempre apontam uma direção.

O estudo mostrou que a articulação da Saúde Mental com a ABS é uma realidade que encontra muitos desafios no município de Juiz de Fora. A inexistência de um financiamento determinado para o campo da Saúde Mental no município, não permite a sustentação de equipamentos como os CAPS's, os CECO's. Esta questão é importante, uma vez que foi visto na pesquisa com os profissionais que existem regiões sanitárias de saúde em Juiz de Fora que não tem cobertura da rede psicossocial, como é o caso da região norte. Dentro deste quadro, é impossível uma interlocução entre estes serviços, mesmo porque, nas regiões descobertas não existe o profissional para o diálogo conforme apontado pelos profissionais nas entrevistas.

Os profissionais demonstraram um entendimento positivo em relação a necessidade da articulação entre os serviços de saúde, o que significa um avanço para o trabalho em equipe dentro da lógica do cuidado ampliado, porém, em nenhum dos documentos, a que se teve acesso, foi encontrado registros que apontassem de fato uma preocupação com esta vinculação, com este contato entre os profissionais. Isto mostra que o entendimento desta importância, não alcança quem pode garantir de fato que esta articulação aconteça, que são os gestores administrativos dentro deste campo de assistência.

A inserção da Saúde Mental na ABS, a partir dos anos 2000, significa um ganho para os usuários da saúde mental, pois possibilita que estes encontrem resposta para suas demandas, dentro de seu próprio território, não tendo que

permanecer em longas filas de espera sem esperanças de ter suas queixas acolhidas. Diante disso, constata-se que a assistência em Saúde Mental sob responsabilidade da ABS, com seus poucos anos de caminhada, tem grandes possibilidades de avançar rumo aos pressupostos da reforma psiquiátrica. Entretanto para que esses avanços aconteçam, há de se pensar formas para transpor os limites que hoje se apresentam na realidade prática das equipes de saúde.

Neste sentido acredita-se que o entrave maior para vencer estes desafios está na estrutura do sistema de saúde, no qual, a lógica imperante não contribui para fortalecer a rede de assistência, implicando em condições desfavoráveis de trabalho, falta de recursos humanos e sucateamento de mão de obras. Esta lógica opera um sistema de poder desigual, em sentido verticalizado onde a tomada de decisões é centralizada, desestimulando o compromisso da maioria dos trabalhadores e provocando neles a alienação. O estilo de governo e a estrutura das organizações são condicionantes e determinantes de comportamentos e posturas (CAMPOS, 1999).

Esta situação se acentua quando se analisa a atual administração nacional do país sob responsabilidade do presidente Jair Bolsonaro (PSL), um chefe de Estado que se apresenta como sendo de extrema direita e declaradamente a favor de um Estado mínimo para os pobres. Está é uma realidade que está posta e que vem complicando ainda mais o desenvolvimento e manutenção das políticas sociais.

Estamos vivendo um momento de “retrocesso desejável” por este governo de reviver tempos passados. Um presidente que a todo momento se apresenta na grande mídia, fazendo homenagens e exaltação ao período de ditadura civil militar, vivida no Brasil de 1964 a 1985.

Este cenário crítico, que a sociedade brasileira está experienciando de desmonte da democracia, valorização de armas como meio de segurança social, desvalorização da educação pública e outros paradoxos, reflete no comportamento social e coloca para as políticas sociais públicas um forte paredão a ser enfrentado. Derrubar esta parede estruturada histórica e ideologicamente em cima de bases “moralista, conservadora e tradicionalista” vai requerer muita força e vontade política daqueles atores que intervêm no campo dos movimentos sociais.

Superar este momento, no entanto, requer suscitar e fortalecer no âmbito da sociedade civil ferramentas de luta e ocupação de espaços como: os sindicatos, os partidos políticos de oposição, os espaços dos conselhos de direito e as conferências. Com base neste entendimento acredita-se que é necessário buscar formas de enfrentamento e superação desta realidade que está posta, mas que pode ser transformada.

Para o fortalecimento do campo da saúde há de se pensar na possibilidade de construir trabalhos de grupo na comunidade; trabalhar a questão da capacitação que pode ser feito pela própria equipe dos CAPS's, desde que seja observado a questão dos recursos humanos para evitar sobrecarga de trabalho para os profissionais; possibilitar e ocupar espaços de formação continuada para fortalecer as equipes da ABS, como grupo de estudos entre outros; e como já foi apontado, que os profissionais se apropriem dos espaços de participação popular, como os conselhos e conferências de saúde, no sentido de fomentar discussões em favor das políticas públicas de âmbito geral.

Com base no conhecimento apreendido neste trabalho, acredita-se na necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de saúde mental em uma perspectiva horizontalizada e de interligação com os demais setores de serviços dentro do território. O cuidado em Saúde Mental, em sua essência tem como determinante o acolhimento, o vínculo e o trabalho em rede.

O cuidado ampliado em saúde mental numa lógica de integralidade, é construído a partir do conhecimento das diferentes profissões envolvidas na saúde de forma interdisciplinar, dos usuários, dos familiares daqueles que sofrem com transtorno mental e dos serviços disponibilizados no território, sejam eles de saúde ou não. Uma rede integrada entre si e com outras instituições sociais disponíveis na comunidade é fundamental para se avançar dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P.D. C. (org.). Loucos **pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

_____, Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____, Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Coordenado por Paulo Amarante. - Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000. 316p. (Coleção Loucura & Civilização)

_____, Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. *Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV)*, Salvador, n. 15, p. 5-6, jan./fev. 2018.

_____, e TORRE, E. H. G. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

ALVES, D.S.N. et al. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 423-426, 1992.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____, R. L. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho, São Paulo: Boitempo, 2005.

_____, Ricardo. ADEUS AO TRABALHO? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 11ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

ANTUNES, R. O trabalho, sua morfologia e a era da precarização estrutural. *Theomai*, Argentina, n. 19, 1. sem. 2009.

AOSANI, T. R. e NUNES, K. G. **A saúde mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

BAHIA, L. A Saúde em Banho Maria. In: MAGALHAES, Joao Paulo de Almeida (Org.) et al. *Os anos Lula*: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 351-.37.

BEHRING, E.R. Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez, 1998.

_____, Brasil em Contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS, Brasília, 2009.

_____. Fundamentos de Política Social Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Mota (org) 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF 2009.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história** 6ª Ed São Paulo: Cortez, 2009.

BITTENCOURT, J. Governo Temer desmonta, com uma canetada, programa de saúde mental modelo para o mundo. Revista Forum Online, dezembro de 2017. Disponível em: www.revistaforum.com.br/governo-temer-desmonta-com-uma-canetada-programa-de-saude-mental-modelo-para-o-mundo. Acesso em 10/04/2018.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: Conquistas e limites à sua efetivação. 2006. Disponível em: www.egem.org.br; Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. e SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Mota (org) 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF 2009.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil In: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ana Elizabete Mota (org) 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF 2009.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. **Participação social e Controle Social na Saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro**. In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos BRAVO, M.I.S. MENEZES, J.S.B. (Org) São Paulo: Cortez, 2012.

_____; _____. A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana. (orgs). Serviço Social e Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013.p. 19-48.

BRAVO. M. I. S. et al. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v.10, n.1, p. 09-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139> Acessado em 09/08/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília.

_____, PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000 Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

_____. (2001). **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001** (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp. Acessado em 12/12/2017.

_____. Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001.

_____. Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde **Mental na Atenção Básica**, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e Atenção Básica** O vínculo e o diálogo necessários - Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica Brasília (DF); 2007.

_____. Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, 2003.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF); 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília (DF); 2005.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28.. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_Acesso em 20/09/2017.

_____. (2010). **Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. Brasília, Ministério da Saúde (2010). Disponível em <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>. Acessado em 10/11/2017.

_____. (2011) **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acessado em 27/11/2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_.

_____ projeto de lei n.º 1.749, de 2011 – Dispõe sobre a criação da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH** e dá outras providências disponível em <http://www.camara.gov.br> acessado em 10/12/2017.

_____ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22/10/2011. Acesso em 22/11/2017. Disponível em www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

_____ Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta EC 29 de 2000.

_____ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____ IPEA INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2013 disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20729 Acesso em 22/01/2018

_____, IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades, 2018 disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> acesso em 15/01/18

_____, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Conceitos e Diretrizes http://www.saude.rs.gov.br/_NASF_set2013. Acesso em 12/12/2017.

_____ Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 acesso em 25/10/2017.

_____, Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 20/03/ 2019.

_____, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 30/11/2017.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Juiz de Fora**. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> Acesso em 7 de janeiro de 2018.

BRAZ, M. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário** in: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 85-103, janeiro/abril. 2017.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Gestão do Setor Público: estratégia estrutura para um novo Estado**. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006a, p. 21-38.

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – R J, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**: In. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 4, nº 2, pp. 393-403, 1999.

CAMPOS G.W.S. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e Reformulação ampliada do trabalho em saúde** In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Juinior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2006. P.295-315.

CAMPOS, G.W.S. e DOMITI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): pp. 399-407, fev, 2007.

CONILL et al., 2010 Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010.

CHESNAIS, François. (org.). A Finança Mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências. São Paulo: Boimtempo, 2005.

CISLAGHI, J.F. et al. **O Financiamento do SUS: principais dilemas** in: Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos IPEA, 2011 disponível em: www.ipea.gov.br/code2011/artigo16.pdf acessado em 02/02 2018.

CRESS, **Saúde Mental**: Boletim online Conexão Geraes n. 10 2018. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/Upload/Pics/bb/bb3bb45d-e615-4eb3-a106-5aabd5226207.pdf> Acesso em 27/05/2018.

DRAIBE, S. M. “As políticas sociais e o neoliberalismo”. In: **Revista USP: Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo**. São Pulo: Universidade de São Paulo, mar/mai 93, número 17, 1993.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf. Acesso em:21/02/2019.

DUARTE, M. J. de O. et. al. (Org.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

_____. **Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência** Revista Libertas, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago. a dez. / 2018.

DURIGUETTO, M. L. e DEMIER, F. Democracia Blindada, Contrarreformas e Luta de Classes no Brasil Contemporâneo Argum, Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio./ago. 2017.

FIGUEIREDO, M. D. e CAMPOS, R. O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica em Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, janeiro/dezembro. 2008.

FONTES, V. Capitalismo, Crise e Conjuntura. Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 409-425, setembro/dezembro. 2017.

FRANCO T.B, MERHY E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

GARCIA, M. L. T. O financiamento federal da saúde mental após o Pacto da Saúde. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1667>>. Acesso em: 28 de novembro. 2018.

G1: Coordenador nacional visitou casas terapêuticas do município. Cidade tem liberação de outras 16 residências terapêuticas. Juiz de Fora, 27 fev. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2015/02/juiz-de-fora-e-classificada-como-polo-de-saude-mental-pelo-governo-federal.html>>. Acesso em: 15/02/2017.

GIOVANELLA L, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate*, 2015 Junho; 300-322.

GOMES, R. **“Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa 67 a 80”**. In. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade/ Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, 23ª ed. Petrópolis, Vozes, 2004.

GOMES, T. Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. In: **O Social em Questão** - Ano XVIII - nº 34 – 2015.

GUIA PRÁTICO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 1992. 349 p.

HECKERT, U. Diagnóstico da Assistência em Saúde Mental em Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora - MG, v. 18, n. 3, p. 167-171, 1991.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche** SP: Cortez, 2007.

IASI, M.L. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal DE Saúde. **Plano Municipal de Saúde Mental**, 1992.

_____. 4ª CMSM de JF [8 a 10 de abril de 2010] CMSM/JF. Saúde Mental, Direito e Compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios. Disponível em WWW.pjf.mg.gov.br/conselho/saude. Acessado em 19/07/2018.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014.

_____. 7ª CMS de JF [24, 25 ,26 e 27 de junho de 2015] CMS/JF Saúde Pública de Qualidade para Cuidar bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro Disponível em WWW.pjf.mg.gov.br/conselho/saude. Acessado em 19/11/2018.

MACHADO, G.S. O serviço social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa Rev. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 269-288, abr./jun. 2010 p. 269- 288.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 3 ed. São Paulo: abril Cultural,1988.

_____.e Engels, F. *A Ideologia Alemã*. Trad. Castro e Costa, L. C. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Grundrisse**, São Paulo, Boitempo, 2011.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. **A Crise do Capital**. Campinas: UNICAMP, 1990.

MARTINS, B. A. Mapeando sentidos: a construção da autonomia na reforma em saúde mental brasileira in: *Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. Organizadora Rachel Passos et al – Rio de Janeiro: Gramma,2017

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MARSHALL, T. H. **“Cidadania, classe social e status”**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5 [cited 2015-11-15], pp. 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 30/12/2017.

MENDES, S. M. O. **Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000.

_____. Sílvia Maria de Oliveira. **Saúde Mental e Trabalho: a transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora**. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, 2007.

MENDES, A. e MARQUES, R. M **O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):841-850, 2009.

_____, _____. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde** Debate Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Campinas: Editora Unicamp; São Paulo: Boitempo editorial, 2002

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.5).

NOGUEIRA, M. A. **As Possibilidades da Política**, São Paulo, Paz e Terra. 1998.

NETO, O.C. **“O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação”**. In. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade/ Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, 23ª ed. Petrópolis, Vozes, 2004. p. 51 a 66.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”** Temporalis. ABEPSS, Brasília, 2001, n 3 pp. 41-45. Janeiro/Junho 2001.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Crise do capital e consequências societárias** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

_____. **Assistencialismo e regressividade profissional no serviço social:** Lusíada. Intervenção Social, Lisboa, n.º 41 [1º semestre de 2013].

OLIVEIRA, F. **Os direitos do Antivalor.** Ed. Vozes, Petrópolis, 1998.

Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. Saúde Mental, Nova Conceição, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001. Genebra: OMS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portugues_e.pdf Acesso em: 23 /08/ 2017.

PASSOS R.G. **Problematizando o cuidado em saúde mental: a profissionalização do care a partir dos serviços residenciais terapêuticos** Vértice, Campos dos Goytacazes/RJ, v.17, n.3, p. 175-194, set./dez. 2015

_____. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016.

_____. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: Desafios atuais Frente a Reação Conservadora Rev. Sociedade em Debate (Pelotas), v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul./dez. 2017.

PIANA, MC. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 12/02/2018.

PITTA, A.M.F Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011.

Pereira, R. C. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01).** Rio de Janeiro: s.n., 2004. 244 p.

RIBEIRO, et al Reforma Psiquiátrica e Atenção Primária À Saúde: O processo de implantação do sistema municipal de saúde mental de Juiz de Fora/MG Revista APS, v.6, n.1, p.19-29, jan./jun. 2003

ROBAINA, O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental Rev. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, Lúcia C. dos Santos; CAMPOS, Rosana T. Onocko. **Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.114, abr./jun., 2013, p.311-331.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

SOARES, A. e SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma Rev. Saúde Debate Rio DE Janeiro, V. 38, N. 100, P. 18-25, Janeiro/Março 2014.

SOUZA FILHO, R. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. – RJ: UFRJ, 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. **Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2011.

_____. Fundo público e políticas sociais no capitalismo: considerações teóricas Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 318-339, maio/ago. 2016.

TENÓRIO, F: **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TRAPÉ, T.L. e CAMPOS, R.O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação Rev. Saúde Pública 2017.

TRIBUNA DE MINAS. Jornal, Juiz de Fora, fevereiro 2015. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/jf-e-referencia-em-saude-mental/> 28/02/2015 - 06:00 Acesso em julho de 2018.

TULIO, B.F. e MERHY, E.E. em Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa destinado a Mudança do Modelo Tecnoassistencial. Acesso em 26/12/2018 disponível em: [http:// www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf). Acesso em 26/11/2018.

TURATO, E.R. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde**: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em 26/02/2018.

VASCONCELOS, Eduardo M. Reforma Psiquiátrica no Brasil: Periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. IN: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.) Abordagens Psicossociais. Vol. II – Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e da Lutas Populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.

YASUI, S. *Rupturas e encontros*: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____ A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora". In: Ministério da Saúde (BR). VI Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>

YAZBEK, M. Carmelita. "Pobreza e exclusão social: expressões da questão social". Temporalis. ABEPSS, Brasília, ano III, n 3, pp 33-40 janeiro/junho 2001.

Apêndices

Apêndice A – Roteiro da entrevista para gerente

Data: __/__/__

Tempo de Duração da entrevista:

Local da entrevista:

Pós-Graduação Lato Sensu () Stricto Sensu ()

Tempo de formação:

Área de atuação:

Tempo de atuação neste serviço:

Cargo/Função:

Vínculo empregatício:

- 1- Como você avalia as questões da saúde mental em JF? Você poderia descrever como é a organização da assistência em saúde mental no município?
2. Nesta UBS, como é a organização para o enfrentamento das demandas da saúde mental? Quais os profissionais envolvidos? Quais as ações desenvolvidas?
- 3- Esta instituição realiza o matriciamento em saúde mental? Como e quando ele ocorre? Quem participa? Quais as ferramentas utilizadas? Dê exemplos.
- 4- Como você avalia o Matriciamento? Quais são seus objetivos? Seus limites e suas possibilidades?
- 5- De que forma o Matriciamento tem impactado a organização do trabalho na unidade e a assistência prestada pela equipe? Dê exemplos.
- 6- Qual a sua avaliação da RAPS/SUS local do município? E no país?
- 7- Qual a sua avaliação da assistência em saúde mental no município e no país?
- 8 – Como você considera que deveria funcionar a articulação entre a saúde mental e a APS?
09. Gostaria de trazer alguma consideração a mais?

Apêndice B - Roteiro da entrevista para assistente social

Data: __/__/__

Tempo de Duração da entrevista:

Local da entrevista:

Pós-Graduação Lato sensu () Stricto Sensu ()

Tempo de formação:

Área de atuação:

Tempo de atuação na unidade:

Cargo/Função:

Vínculo empregatício:

1- Quais as demandas em saúde mental que você observa com frequência no cotidiano de prática desta UBS?

2- Como é organizado nesta UBS o enfrentamento dessas demandas? Quais os profissionais envolvidos? Quais as ações desenvolvidas?

3- Esta instituição realiza o matriciamento em saúde mental? Como e quando ele ocorre? Quem participa? Quais as ferramentas utilizadas? Dê exemplos.

4- - Como você avalia o Matriciamento? Quais são seus objetivos? Seus limites e suas possibilidades?

5 - De que forma o Matriciamento tem impactado a organização do trabalho na unidade e a assistência prestada pela equipe? Dê exemplos.

6- Agora, fale um pouco sobre sua trajetória profissional no âmbito da saúde mental.

7- Normalmente qual é sua conduta diante das demandas da saúde mental?

8- Qual a sua avaliação da RAPS/SUS local do município? E no país?

9- O que tem representado para você a vivência no campo da saúde mental?

10- Gostaria de trazer alguma consideração a mais?