



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Escola de Serviço Social

Trabalho de Conclusão de Curso

**Karyne Leite de Freitas**

**FUNDO PÚBLICO, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O AVANÇO DO  
CONSERVADORISMO NO BRASIL.**

Rio de Janeiro

2021

**FUNDO PÚBLICO, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O AVANÇO DO  
CONSERVADORISMO NO BRASIL.**

**Karyne Leite de Freitas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Profa. Dra. Mossicléia Mendes da Silva

Rio de Janeiro

2021

Dedico o presente trabalho à minha amada e inesquecível avó Guiomar (*in memoriam*), meus queridos pais e a todos os usuários do CAPS ad Mané Garrincha.

## **Agradecimentos**

Primeiramente, meu agradecimento é a Deus, todos os Orixás, guias, mentores espirituais e a espiritualidade, que me permitiram chegar até aqui. Agradeço por todos os momentos em que estiveram junto a mim e por me dar forças até quando eu mesma achava que não seria mais possível.

Agradeço, especialmente, a minha mãe Viviane, meu pai Ubiratan, minha avó Guiomar e meu avô João, por sempre serem minha base de exatamente tudo nessa vida. E a minha princesinha canina, Gaia, que por muitas vezes foi minha fiel companheira. Agradeço também aos meus demais familiares que tanto amo e todos os meus queridos e especiais amigos, por todo o apoio, confiança e companhia durante toda a trajetória de conquista desse sonho. Tudo isso foi indispensável para que fosse possível viver essa fase.

Agradeço a minha supervisora de campo, Magda Costa Barreto, toda equipe multiprofissional e usuários do CAPS ad Mané Garrincha por me mostrar o lado mais lindo da Saúde Mental, pelas trocas tão ricas e por ter me motivado, dia após dia, a lutar, permanecer e crescer. Agradeço também a equipe do Serviço Social da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, por ter me acolhido tão bem e por terem me permitido continuar a minha vivência e experiência na Saúde Mental.

Agradeço também a todos os docentes da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro que passaram pela minha trajetória sempre acrescentando na minha formação, a partir do compromisso com o ensino de qualidade gratuito e a luta pelo pensamento crítico e ético-político. Agradeço também aos meus colegas de turma, àqueles se tornaram meus amigos fiéis e os que se tornarão futuros colegas de profissão.

Agradeço a Mossicléia Mendes da Silva por ter me aceitado como orientanda nessa caminhada de escrita do Trabalho de Conclusão de Curso e pelas trocas e conhecimentos incríveis dentro e fora de sala de aula. Agradeço a Débora Holanda Leite Menezes e Penélope Gomes Mora Cortes por aceitarem fazer parte da banca avaliadora de defesa do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, agradeço ao Centro Espírita Divino Espírito Santo (CEDES), por me acolher, como sempre, e por se fazer meu ponto de força, ancestralidade, amor e fé.

*Os ventos sopram para o passado.*  
Paulo Amarante

## Resumo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social tem como tema a Política de Saúde Mental, buscando analisar a escalada do conservadorismo, com a chegada ao governo federal da extrema direita, discutindo a disputa presente no fundo público. Assim, faz-se necessária uma abordagem de investigação frente às graves ameaças, aos ataques e às disputas que esses movimentos vêm impondo cotidianamente e crescentemente, à despeito de toda luta e conquistas nas últimas décadas a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial e dos movimentos de resistência para o alcance da universalidade de acesso às políticas públicas, de direitos sociais e o cuidado em liberdade. De acordo com a experiência de estágio vivida em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS ad), durante o ano de 2019, notou-se a necessidade de analisar a situação atual do desmonte das conquistas de direitos acerca dos usuários portadores de transtorno mental, e para além disso, compreender também o desmantelamento desse dispositivo psicossocial, frente à implementação e o avanço de recursos às comunidades terapêuticas, como componente substitutivo e os crescentes investimentos públicos para este setor. A metodologia utilizada para a construção do presente trabalho centra-se na perspectiva de uma pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica, análise documental e, assessorialmente, serão trazidos elementos da experiência de estágio no contexto da Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Fundo Público. Comunidades Terapêuticas. Conservadorismo.

## SUMÁRIO

Introdução.....	7
<b>1. Política de Saúde mental no Brasil: Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos.....</b>	<b>9</b>
1.1. Breve retomada da construção sócio-histórica da política de saúde no Brasil.....	9
1.2. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil.....	13
1.3. A redução de danos e as disputas em torno da direção da política de saúde mental no Brasil.....	19
<b>2. Crise capitalista no Brasil e a disputa pelo Fundo Público.....</b>	<b>24</b>
2.1. Contextualização da Política Social.....	24
2.2. Crise Capitalista, neoliberalismo e ajuste fiscal: notas para a análise.....	29
2.3. Debate sobre o fundo público.....	37
<b>3. O Avanço do Conservadorismo e os impactos sobre a Política de Saúde Mental.....</b>	<b>41</b>
3.1. O avanço do conservadorismo no Brasil e a escalada da extrema direita.....	41
3.2. Expansão das comunidades Terapêuticas no Brasil.....	44
3.3. Acirramento da disputa pelo fundo público e regressões na Política de saúde mental.....	50
<b>Considerações finais.....</b>	<b>57</b>
<b>Referências.....</b>	<b>59</b>

## Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aborda a construção sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil, visando compreender os avanços conquistados neste campo, com ênfase no movimento recente de escalada do conservadorismo e o movimento do fundo público para tal política.

Nesta direção, retomamos os avanços dos direcionamentos do cuidado em Saúde Mental, desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira até o contexto atual, apresentando a transição do modelo de cuidado manicomial, hospitalocêntrico e pautado na ideia da abstinência, para o cuidado humanizado e dedicado assentado na lógica da promoção de vida dos usuários, cidadania, autonomia, reinserção social e familiar e a redução de danos.

Buscamos apresentar os espaços socioinstitucionais e os dispositivos de saúde, junto aos usuários – com transtornos mentais – e seus respectivos familiares, com a rede e com a sociedade em geral, bem como suas conexões com os processos de trabalho dos profissionais atuantes na realidade do processo de cuidado em saúde.

Problematizamos a influência do modo de produção capitalista sobre a lógica do acesso e do cuidado em saúde e cidadania, contextualizando como a crise e a disputa acirrada do fundo público podem afetar diretamente a dinâmica e a processualidade das políticas sociais, alcançando os impactos que essas disputas trazem, principalmente, com relação aos retrocessos das conquistas do tratamento em Saúde Mental, frente ao grande avanço da escalada da extrema direita e a sua inserção no Estado brasileiro à frente do poder executivo federal. Isto é, buscamos discutir sobre essa forma contemporânea do projeto neoliberal cuja função de interesse principal é intensificar a exploração da classe trabalhadora, inclusive expropriando direitos sociais.

Ademais, buscamos aproximar o debate e a percepção acerca do prestígio que o conservadorismo vem conquistando nos últimos anos, ganhando ampla legitimidade a partir da conduta do próprio presidente da república e do alto escalão do governo, uma vez que o cenário político polarizado atual se pauta fortemente nos ideais moralistas, preconceituosos, autoritários, reacionários, religiosos e retrógrados. Neste sentido, objetivamos compreender como o conservadorismo influencia o campo da Saúde Mental.



O objetivo desse estudo, então, é analisar o processo de desmonte da política de saúde mental no Brasil, considerando o movimento do fundo público e a escalada do conservadorismo. Nesse sentido, discutimos os avanços da Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo um balanço sobre os avanços nesse campo, problematizando a expansão das comunidades terapêuticas, considerando as implicações para a deslegitimação da política de redução de danos, e identificando como as expressões do conservadorismo afetam no processo de desmonte da Política de Saúde Mental.

A metodologia utilizada para construir esta monografia consistiu em uma revisão bibliográfica acerca da história da Saúde, da construção da Política de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Rede de Atenção Psicossocial, da construção das Políticas Sociais, do Fundo Público e ajuste fiscal, do avanço das Comunidades Terapêuticas e do progresso do conservadorismo e escalada da extrema direita. De modo complementar, também se apoia na experiência de estágio da autora em duas instituições que fazem parte do campo da Saúde Mental, sendo elas: o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas (CAPSad Mané Garrincha) e a Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil (UISM). Também foram utilizados dados empíricos de fontes secundárias para demonstrar as tendências recentes do movimento do fundo público através do orçamento da política de saúde.

A estrutura do trabalho pauta-se, primeiramente, na seção de introdução sobre o tema e o debate a ser trazido pela autora; o primeiro capítulo realiza a contextualização sócio-histórica da saúde, da Política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemplando os avanços e as disputas; o capítulo dois visa trazer a compreensão acerca do modo de produção capitalista, suas crises e suas influências sobre as políticas sociais e do fundo público; o último capítulo tem como interesse apresentar os impactos trazidos pelo avanço do conservadorismo e a escalada da extrema direita sobre a Política de saúde mental, confrontando dados do fundo público através do orçamento da política de saúde; e, por fim, apresenta-se a última seção dedicada às considerações finais.

## **1. Política de Saúde mental no Brasil: Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos**

Neste capítulo tem-se como objetivo discutir brevemente sobre a Política de Saúde no Brasil, desde a ideia de medicina previdenciária até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), visibilizando o acesso e o cuidado em saúde para a sociedade, debatendo também o percurso percorrido sobre os direitos da saúde.

Alcançando também o debate acerca da Reforma Psiquiátrica, como ela surge, as transformações trazidas pela mesma, as conquistas, dificuldades, implementações e direitos, isto é, pensando e discutindo o caminho do cuidado em saúde mental a partir das mudanças que este movimento trouxe.

### **1.1 Breve retomada da construção sócio-histórica da política de saúde no Brasil**

As ações de saúde no Brasil, primeiramente, em meados do século XVIII, eram baseadas nos moldes da filantropia e na prática liberal, sendo assim, o acesso a saúde advinha das famosas Casas de Misericórdia, onde a partir da caridade se oferecia os cuidados necessários a cada indivíduo. Com o passar do tempo e a evolução acerca dos debates sociais, econômicos e políticos, começa-se a se pensar em estratégias que fiscalizem esses exercícios profissionais oferecidos dentro dessas Casas. É a partir de então, que no final do século XIX e início do século XX, surgem ideias da questão de saúde como ponto social dentro do movimento dos trabalhadores da época.

Concorda-se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1985:41-42) que a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAVO, 2009, p. 2)

Para suprir o modelo de saúde que vinha sendo efetivo na sociedade brasileira, a partir da década de 1920 novos direcionamentos surgem em busca da transformação do acesso da saúde. É então quando em 1923 se efetiva a Reforma Carlos Chagas, que visa ampliar o atendimento à saúde, como responsabilidade do poder central do país. Além da criação dessa reforma, uma lei é criada pensando de fato na saúde dos trabalhadores, apenas, sendo a Lei Elói Chaves, onde surge a ideia

de medicina previdenciária, isto é, o acesso à saúde sendo intimamente ligado à previdência, aqueles que eram contratados e obtinham carteira assinada pelas grandes empresas deteriam desse acesso a saúde, caso contrário não seria possível. Esse modelo de saúde era baseado e fundamentado nas famosas Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs.

Em 1930, a ideia de medicina previdenciária torna-se de fato um modelo de saúde, a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. O objetivo trazido por esse novo molde seria abranger ainda mais trabalhadores assalariados dentro dos moldes de atendimento de saúde “conveniados” a previdência.

Na década de 1950, outra frente existente para esse cuidado em saúde ganha força, sendo elas as estruturas de atendimento privado, onde lucrava-se firmemente a partir dos altos valores para o acesso à promoção da saúde. As grandes empresas médicas vinham surgindo diante dessa realidade e com elas traziam a ideia de privatização dos serviços como o ideal de modelo assistencial em saúde, entende-se então a presença constante do sedento interesse do capitalismo.

A construção sócio-histórica da política de saúde no Brasil em outra direção começa a partir da ideia crítica e das mudanças propostas pelo movimento de medicina preventiva que começava a despontar no nosso país como possível modelo de saúde. Sugeriu-se uma “prática teórica” produtora de conhecimentos e uma “prática política” voltada às mudanças das relações sociais, para que fosse possível enfrentar o “dilema preventivista” (AROUCA, 2003). Além disso, buscava-se alternativas para sanar a crise da saúde que o país vinha sofrendo. Crise essa marcada pela existência dos altos e favoráveis investimentos na saúde, que mesmo diante desse cenário não foi possível alcançar a erradicação do quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral, além dos inúmeros acidentes de trabalho.

É no Brasil da década de 1970 que surge um amplo movimento social que vai culminar na proposta de Reforma Sanitária Brasileira – que defendia a unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso a serviços de qualidade. A proposta foi apresentada inicialmente durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (1979). E, posteriormente, em um contexto de ampla efervescência popular de luta pela

democracia e pelos direitos sociais, é apresentada como projeto de um conjunto de políticas articuladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

O projeto da Reforma Sanitária tinha como principais conceitos a determinação social da saúde-doença, a organização social das práticas de saúde, a consciência sanitária, a promoção da saúde e a intersectorialidade. E vai se materializar em parte na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e 8.142).

De acordo com Sergio Arouca (1988), o processo de transformação da situação sanitária brasileira foi dividido em quatro dimensões, sendo elas, a específica, a institucional, a ideológica e a das relações. A dimensão específica dialoga com a dinâmica de saúde/doença da população habitante, pensando nos indicadores possíveis para estudos sobre mortalidade, natalidade, expectativa de vida, entre outros, visando então compreender os níveis de saúde alcançados anteriormente e posteriormente às transformações realizadas; já a dimensão institucional buscava fiscalizar as instituições que iriam atuar no setor da saúde, sendo elas públicas, privadas ou beneficentes, visando alcançar um sistema de qualidade e capacitado; a dimensão ideológica lida com as expressões históricas e simbólicas de uma situação sanitária vivida pela população, buscando compreender os valores, concepções, conceitos e outros direcionamentos já existentes dentro daquela contextualização; e, por fim, a dimensão das relações que tinha como interesse apreender as situações e organizações produtivas da sociedade que determinavam as realidades da saúde geral, desde o risco até a promoção de saúde/doença.

Vale ressaltar também que a Reforma Sanitária Brasileira só foi possível devido a diversos atores que buscaram e lutaram para que essa transformação social se concretizasse. Dentre os principais atores podemos nomear os profissionais da saúde e suas respectivas entidades trabalhistas, o movimento sanitário, representado pelo Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), e os partidos políticos da época, principalmente os de oposição que apresentavam um perfil progressista social-democrata e/ou socialista.

A saúde enquanto setor produtivo era, antes do SUS, uma mistura de inúmeros componentes (Bastos, 1975): medicina liberal com médicos e dentistas em consultórios particulares; medicina previdenciária com hospitais públicos e Postos de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, após 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Delegacias Regionais de Trabalho (DRT) e Fundacentro, Delegacias Federais de Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), programas especiais do Ministério

da Saúde, unidades sanitárias e mistas da Fundação Sesp, centros e postos de saúde de secretarias estaduais e municipais, além das vigilâncias epidemiológica e sanitária centralizadas e separadas. de grupo, cooperativas médicas, seguros-saúde, laboratórios, clínicas e hospitais privados, universitários, beneficentes e filantrópicos. (PAIM, 2009, p.28/29)

Foi então a partir do movimento e projeto da Reforma Sanitária que a Política de Saúde no Brasil conseguiu uma base legal, adentrando na Constituição Brasileira Federal de 1988 e sendo pautada por legislações referenciadas. Há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. A saúde é reconhecida na Constituição Federal de 1988 (CF/88) como uma das políticas que compõe a Seguridade Social.

A base legal da saúde é basicamente resumida em três principais documentos, sendo eles a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) e a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

É a Lei Orgânica da Saúde quem vai intitular o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Paim, o projeto do SUS poderia ser considerado uma política de saúde de natureza 'macro-social' derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde. Tendo como seus princípios e diretrizes:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI- a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X- integração em nível executivo das áreas de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, a:69).

Compreende-se então, que além da descentralização, é preciso levar em consideração o atendimento integral e universal e a participação da comunidade ativa nas questões de saúde. Isto é, a base formadora do SUS é inscrita em três pilares, sendo eles, a universalidade, a equidade e a integralidade.

O SUS corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e passa a ser de todos os cidadãos, e a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos. No plano do arcabouço legal, o direito de todos é manifestado na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, isto é, nos preceitos de universalidade e de equidade. (CARVALHO; BARBOSA, 2012, p.34)

Vale ressaltar a importância do reconhecimento legal da Política Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde, dos embates e entraves diários vividos nos serviços de saúde, das lutas e conquistas. Mesmo que diante dessa enorme conquista para a sociedade, deve-se refletir que ainda existem dificuldades e objetivos distantes a serem alcançados, tudo isso frente às disputas e interesses que estão em jogo dentro de um cenário sociopolítico. Além da instauração de um novo projeto societário, que supere as históricas desigualdades existentes no Brasil.

Se for válido celebrar os 20 anos de formalização do SUS pelo Estado brasileiro e os 30 anos das lutas sociais dos operários do ABC, vale comemorar em 2009 as conquistas dos movimentos sociais da saúde na defesa da Reforma Sanitária brasileira, com três décadas de esforços, para que o SUS venha a ser um sistema de saúde democrático, universal, justo, digno, efetivo, integral e de qualidade. Esse olhar afetuoso e de festa passa a ter sentido quando seguido de gestos permanentes de crítica e compromisso social e político com a sua construção. (PAIM, 2009, p. 36)

## **1.2 Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil**

A Reforma Psiquiátrica, que teve seu início na década de 1970, durante a ditadura militar, dentro do modelo de superação dos moldes de saúde tidos anteriormente a partir da Reforma Sanitária, além do interesse por parte da população

em alcançar o acesso e participação social diante dessa pauta. Onde o modelo principal de cuidado em saúde mental era o método da internação, tem então como proposta e objetivo a mudança no modelo de saber, gestão e atenção à saúde mental para se diferenciar do modelo de acolher com um cuidado oferecido no território.

Logo, estava sendo formado um movimento que questionava não só a prática médica, mas também apresentava novas concepções do processo saúde-doença: o movimento sanitarista. A teoria estava sendo colocada como um instrumento de luta política e deixava de ser neutra para defender a realidade sanitária como objeto de estudo e intervenção. O pensamento reformista da saúde propunha uma nova agenda e também desenvolvia sua base conceitual, a partir de influências das perspectivas teóricas marxistas e estruturalistas. No caso da saúde mental, apesar das agendas de lutas serem comuns a do movimento sanitarista, surgiram particularidades em relação à constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). (GOUVEIA, 2016, p. 139).

Os questionamentos em torno dessas mudanças surgiram principalmente em função dos profissionais, que acreditavam que o saber centralizador do médico era dotado do principal conhecimento dentro da “lógica de cuidado” dos hospitais psiquiátricos, a partir da focalização das internações duradouras dos usuários em sofrimento psíquico. Mas diante da presença e do interesse dos trabalhadores interessados, profissionais da saúde, dos movimentos sociais, familiares e usuários, foi possível dar passos para que esse movimento transformador de cuidado em saúde mental fosse de fato implementado na sociedade.

Vale ressaltar que o que existia de fato como estratégia de cuidado dentro da saúde mental era a ideia de hospitais e manicômios onde pudessem isolar completamente aqueles que não era bem-vistos e bem-vindos dentro da sociedade. Essas internações eram, em sua maioria, internações de décadas, onde os usuários perdiam grande parte de suas vidas, ou até mesmo toda a sua vida reclusos nessas instituições. Além disso, a realidade observada e vivida dentro desses manicômios era a presença de centenas de pessoas com transtornos mentais em, muitas vezes, condições insalubres.

Apesar de a Reforma Psiquiátrica Brasileira ter iniciado como movimento na década de 1970, foi somente na década de 1980 que episódios mais concretos foram dando vestimenta a esse movimento. Como exemplo disso temos a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como slogan “Por uma sociedade sem manicômios”, dando representatividade a necessidade de pôr fim a ideia do

cuidado por meio de internações de longa permanência, tratamentos que violassem os direitos humanos, desconstruindo a ideia de loucura como problema para uma comunidade, isto é, pensando a partir de então em um modelo que visasse a desinstitucionalização e a emancipação humana desses usuários.

De acordo com Alves e Guljor (2004, p. 227), esse novo modelo de cuidado baseia-se em algumas premissas fundadoras: Liberdade: negação do isolamento – o sujeito deve operar suas escolhas; Integralidade: em negação à seleção – o deslocamento da doença enquanto centralizador do conjunto de fatores da vida; Enfrentamento do problema e do risco social – ampliação do olhar sobre a rede em que o sujeito se insere; e o Conceito do direito sobre a noção do reparo. (GOUVEIA, 2015, p.12)

A partir desse evento tão significativo e tantos outros encontros e congressos, foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que após doze anos veio a se transformar na Lei nº. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que sistematiza princípios, diretrizes e objetivos da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Posteriormente, em 2003, é implantada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras drogas, que contesta a ideia de cuidado a esses usuários, cuidado esse totalmente voltado para culpabilização do indivíduo pela sua atual situação, além da visão marginalizada dos mesmos e o molde de interação em manicômios de longa permanência, visando então buscar a mudança de tratamento, enquanto saúde e humanidade. Finalmente, os princípios que o movimento trazia tornou-se uma política de estado.

Buscando compreender o contexto histórico, social e político dessa época, vale ressaltar que o país vivia em um momento de ampla participação popular na luta pela ampliação dos direitos sociais, diante do combate à ditadura, defesa da democracia e do controle social. E também sobre a influência de países do exterior que estavam visando a substituição do modelo hospitalocêntrico dos manicômios para serviços territoriais nas comunidades.

A Reforma Psiquiátrica brasileira seguiu dando passos significativos para as conquistas que haviam sido traçadas no início do movimento, como a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1996, que teve como tema “A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil”, debatendo a ideia de cidadania dos usuários e atenção integral e em rede.



O grande avanço desse movimento pode ser visto a partir dos anos 2000, quando se criaram diversas portarias que sustentavam e direcionavam de fato a mudança que a Reforma trouxe. Uma dessas portarias foi a de número 336, que implementava a expansão dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

No município do Rio de Janeiro, os CAPS foram criados a partir de 1996 – sendo o primeiro o CAPS Rubens Correa, em Irajá, e o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSad Raul Seixas –, no Encantado. Estes serviços atendiam psicóticos e neuróticos graves, onde os dependentes de álcool e outras drogas eram beneficiados se tivessem comorbidade – a existência de duas ou mais doenças, simultaneamente, na mesma pessoa. De 1995 a 2000, ocorre um importante avanço na área de álcool e drogas e inicia-se um processo de especialização, nas unidades que forneciam o estudo de residência, como o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB).

Os CAPSad atuam sob a lógica de incluir os usuários no processo de cuidado de forma participativa e em liberdade, além do entendimento da singularidade de cada sujeito ali presente naquele serviço, atendendo até mesmo aqueles que não conseguem ou não querem deixar o uso, visando contribuir para um consumo menos prejudicial à vida e menos riscos sociais – Redução de Danos.

Há 30 anos o Brasil vem construindo uma nova abordagem para usuários que desenvolvem problemas com o uso de drogas. A Redução de Danos é uma proposta terapêutica que não exige a abstinência, trata-se de pensar o uso de drogas de uma forma mais global, pois muitas vezes o uso abusivo é consequência de problemas anteriores, como a pobreza, a falta de um ambiente familiar acolhedor, violências sofridas e outras formas de adoecimento físico e mental.

O objetivo dos CAPS estão articulados com os princípios SUS e da Reforma Psiquiátrica e se fundamenta na perspectiva de que o cuidado a usuários com transtornos mentais e usuários de drogas se dê a partir de ações que respeitem o indivíduo enquanto pessoa e os seus respectivos direitos enquanto cidadão de uma sociedade democrática de direitos, possibilitando sua (re)inclusão social, profissional e familiar, ampliando as ações em saúde mental na intensividade necessária e na diversidade.

É importante reconhecer muitos avanços ocorridos na RP brasileira. Uma delas é a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década

de 1970 para 25.988 em 2014. Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072)

Outra portaria importante foi a de número 106, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tais serviços têm como objetivo a estratégia de cuidado intersetorial, mobilizando os dispositivos não somente da saúde mental, mas também os dispositivos de saúde para que seja possível um trabalho em rede, que atenda às necessidades e garanta os direitos de cada indivíduo ali residente, principalmente àqueles que estiverem passando pelo processo de desinstitucionalização, depois de uma internação de longa permanência, visando como ponto primordial a autonomia do usuário.

Além das portarias já citadas, vale ressaltar a portaria que deu vida à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A portaria 3.088 institui a RAPS e apresenta à sociedade o objetivo dessa rede, sua finalidade, diretrizes e os serviços inclusos dentro dela. A RAPS visa um acesso a saúde dentro do território para os usuários e, além disso, busca colocar em prática o trabalho intersetorial e multidisciplinar, a partir de diversos dispositivos de cuidado – atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, atenção residencial e rede hospitalar.

No entanto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui diversos serviços substitutivos para atender as múltiplas demandas em saúde mental que não se restringem meramente à demanda do tratamento: ambulatorios, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, cooperativas, hospitais-dia etc. Todos esses dispositivos possuem uma lógica de operacionalizar o cuidado em saúde mental de forma diferenciada ao modelo anterior que estava restrito a uma lógica hospitalocêntrica. Por esse motivo, a experiência da reforma psiquiátrica brasileira não se restringe apenas à mudança de modelo legislativo ou operacional, mas implica, também, uma transformação técnica/ científica e sociocultural. (GOUVEIA; PORTUGAL, 2015, p. 93)

Até aqui compreendemos os avanços que a saúde mental conquistou durante décadas de luta, desde os anos de 1970 até os dias atuais. Ainda que a conquista seja gigantesca, os desafios postos continuam sendo visíveis ainda hoje. A insuficiência de dispositivos e o baixo investimento são uma realidade notória que a saúde vive diariamente. Além das novas e antigas contradições que já faziam parte

da realidade da sociedade e o surgimento de novos sofrimentos psíquicos a partir da realidade social, política e econômica que nos assola atualmente.

Entende-se a necessidade de valorização e investimentos por parte do governo para que esses dispositivos e a estratégia de cuidado em rede consiga sobreviver. O que nos salta aos olhos são, cada vez mais, negligências por parte de autoridades para que essa realidade se desintegre o mais rápido possível, tudo isso por incomodar a partir do direcionamento do cuidado que os profissionais de saúde detêm dentro desses dispositivos.

Não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, o que intensifica a precarização do equipamento e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços, ou seja, o hospital psiquiátrico, que na lógica da Reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força total e muito dinheiro. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 123)

A realidade que vêm sendo imposta são atualizações a partir de portarias que retomem a ideia de manicômios, comunidades terapêuticas marcadas por puro conservadorismo e ideias religiosas, onde o visto como louco volta para locais que não o incluam na sociedade, não lhe deem autonomia, fragilizando o processo de desinstitucionalização e impactando os direitos de cidadania desses usuários.

Como exemplo desse retrocesso, temos os ataques à perspectiva da redução de danos, que são ações e práticas de cuidado que visam lidar com a prevenção de agravos e condições de saúde de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, construindo isso a partir do diálogo, escuta, negociação, vínculo e confiança. A centralidade em foco é o sujeito usuário, distanciando então a ideia de imposição do que deve ou não ser feito, além da busca da superação do estigma que a sociedade criou com esses usuários, isto é, a associação da imagem dessas pessoas a ideia de marginalidade. Os ataques radicalizam a ideia de abstinência como condição para o tratamento.

As conquistas consignadas no plano legal e nas políticas públicas de saúde mental parecem pouco sólidas, pois são desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no SUS, observado pela insuficiência numérica e infraestrutural da RAPS. Há dificuldades em fazer valer a lógica do cuidado territorial, intersetorial da redução de danos, e a reinserção social daqueles que foram desinstitucionalizados, apesar dos textos legais orientarem as políticas públicas para essas direções. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 132)

Faz-se necessária então a luta contínua, por parte dos profissionais da saúde, familiares e usuários, por uma sociedade sem manicômios e com a reprodução das conquistas que o movimento da Reforma Psiquiátrica deixou de legado.

### **1.3 A redução de danos e as disputas em torno da direção da política de saúde mental no Brasil**

De acordo com Gouveia e Portugal (2015), a realidade do contexto de cuidado e tratamento em saúde mental, perpassa por vieses totalmente contraditórios, sendo um deles a Política de Redução de Danos do Ministério da Saúde, em confronto à Política sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça. Uma trazendo a ideia e a perspectiva antiproibicionista e a outra a defesa do proibicionismo.

Sobre a Política de Redução de Danos vale ressaltar que ela se constitui como uma política de saúde pública, uma vez que visa reduzir as consequências prejudiciais sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas (AD), tudo isso com o propósito de garantir ao sujeito a autonomia e participação no seu cuidado e nos direcionamentos tomados a partir da visão da equipe de saúde, além de pensar nas múltiplas possibilidades de acesso em saúde para essa população usuária.

No Brasil, as primeiras ações de Redução de Danos ocorreram no município de Santos, em 1989, em um momento de significativo avanço municipal no que dizia respeito à implementação de ações para usuários de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em um contexto marcado pela repressão ao uso de drogas, o secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram uma ação judicial por serem acusados de incentivo ao uso de drogas. Essa ação judicial pôs em evidência a contradição da coexistência de políticas autoritárias e a busca de implantar alternativas de cunho mais progressista. Esta contradição permanece até hoje no contexto dos serviços de saúde destinados ao cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. (ARAÚJO; PIRES, 2018, p.10)

Diante dos avanços conquistados e as normativas legais, frente às existentes resistências históricas, nos dias de hoje a Política de Redução de Danos consegue se respaldar e nortear pela Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), e pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Tudo isso para com o propósito e objetivo de alcançar de fato medidas de prevenção, promoção, atenção e reinserção social desses usuários, além de estratégia de ética profissional

do cuidado. E, para mais, a Redução de Danos (RD) chega ao contexto com um propósito de mudança acerca do olhar estigmatizado da sociedade sobre esses usuários de drogas, isto é, a direção do olhar marginalizado e criminoso para esses sujeitos é superada a partir da estratégia de acolhimento e cuidado oferecida e reproduzida pela rede de atenção em saúde.

A percepção de que a droga não é o agente determinante para a construção do cuidado, de forma que consideram as evidências de que a relação do usuário com a substância nem sempre se dá necessariamente em uma relação de dependência. Ao invés disso, são pensadas variadas possibilidades de relação do sujeito com as drogas o que ampliam os objetivos de suas práticas. Assim, destacou-se que embora a RD esteja atrelada atualmente ao universo das drogas, ela é uma forma de agir e de cuidar presente nas relações humanas. (ARAÚJO; PIRES, 2018, p.14)

Diante da estratégia do cuidado a partir da RD, vale ressaltar para o usuário que a abstinência – interrupção ou diminuição no consumo de uma substância que causa dependência – dentro desse “modelo” de política não é uma proibição, pelo contrário, pode sim ser uma opção positiva e estratégica, mas desde que esse direcionamento e interesse parta do próprio usuário enquanto sujeito do cuidado.

Tudo isso, demonstra a diversidade de concepções acerca do cuidado e a atenção psicossocial no campo AD, pois mesmo diante de um princípio norteador – a redução de danos – para a atenção desses usuários, a multiplicidade de estratégias, direcionamentos, liberdade e autonomia, acaba vencendo e sendo mais forte frente aos métodos de resistência e retrocesso. Além disso, destaca-se a importância do cuidado em rede, enquanto equipes multiprofissionais em atuação no território, o avanço progressivo da Política de Redução de Danos e toda luta, diante das barreiras, ataques, cortes e negligências frequentes que esses dispositivos e profissionais vêm sofrendo diariamente.

A perspectiva orientadora é sempre a da valorização dos direitos humanos, sendo esse o princípio norteador de qualquer prática discutida nesse campo. Ela não pressupõe que deva haver imediata e obrigatória eliminação do uso de drogas seja pelo sujeito ou na sociedade. Visa, sobretudo, a formulação de práticas direcionadas aos usuários de drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, objetivando a diminuição dos danos causados por esse consumo de drogas. (CUPERTINO, 2019, p. 173)

Em relação às possibilidades dessa política, a experiência de estágio vivenciada pela autora possibilita trazer as seguintes reflexões e características

acerca das dificuldades dentro de um CAPSad para a reprodução do viés norteador da redução de danos, uma vez que a ideia da abstinência sempre se manteve presente e tão instaurada dentro de uma sociedade marcada pela discriminação.

Uma dessas dificuldades pode-se pautar acerca da credibilidade e aceitação da estratégia da redução de danos pelos familiares dos usuários, uma vez que muitos apresentam resistência às propostas trazidas pela política. Além disso, existe a dificuldade para com os profissionais com déficit de formação e informações a respeito desse tema, se fazendo necessário então um debate crítico e introdutório de credibilização e confiabilidade acerca das estratégias, princípios, ideias e base legal da RD. E, também como dificuldade, a dúvida dos usuários acerca desse modelo de cuidado, se ele de fato poderá ser efetivo e positivo no tratamento, ou se esse caminho poderá levá-los de vez ao “fundo do poço” e piorando a questão do estigma enquanto usuários de álcool e outras drogas.

Mas a maior adversidade tem vindo das grandes autoridades influenciadoras na gestão das políticas, atacando constantemente os recursos para diversos e quase todos os dispositivos de saúde, não somente da saúde mental, mas em especial deste. A comprovação de tal exposição pode ser referida através da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), que limita por vinte anos os gastos públicos, o que gera redução de capital necessário para as despesas desse cenário e cortes na saúde, diante de uma conjuntura de contratação temporária de profissionais e trabalhadores, sem a realização de concursos, somente contratação por terceirização – Organizações Sociais (OSs) –, precarização nos serviços, e, simultaneamente a tudo isso, o retrocesso acerca das conquistas e ideias dos movimentos sociais que tinham como bandeira a defesa e atualização do cuidado em saúde mental e a política de saúde mental.

Tudo isso diante de uma modificação de governo e de interesses políticos, fazendo com que novas trajetórias e metas fossem traçadas, estando entre elas o retorno da ideia de Hospitais Psiquiátricos como direção norteadora de cuidado a esses usuários da saúde mental, além da retomada da abstinência como única e efetiva forma de tratamento no campo AD. O retrocesso da RAPS é nítido na nova Política de Saúde Mental, onde mostra-se diante do abandono das causalidades legais e assistenciais conquistadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Motivado pelos mesmos interesses que alteraram a política de saúde mental foi aprovado um reordenamento da política de drogas, em 1 de março de 2018, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), através da resolução 01/2018 (BRASIL, 2018). Este reordenamento implicou em um redirecionamento do modelo assistencial da redução de danos para a abstinência, impondo uma diretriz de cuidado orientada pela proibição do consumo. Esta mudança foi objeto de controvérsia pela forma unilateral em que foi realizada, após as mudanças na estruturação do Conselho Nacional. (SIMAS, 2020, p. 64)

O que se nota diante de tais informações trazidas é que partir do *impeachment* de Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016, um “divisor de águas” se fez presente para a política AD, isto é, com novos posicionamentos e cargos políticos foi possível notar o interesse a partir do viés proibicionista e retrógrado, com direcionamentos do modelo assistencial pautado pela redução de danos para o modelo controlador pautado na ideia de abstinência e internações, além do avanço do conservadorismo e religiosidade a partir das comunidades terapêuticas (CTs) - modalidade de intervenção clínica voltada para dependentes químicos, em sua maioria, ligadas a movimentos e práticas religiosas, tendo como objetivo total e obrigatório a abstinência, fazendo também com que o usuário perca o vínculo com o mundo exterior e a autonomia enquanto cidadão de direitos e responsável por gerir sua própria vida e suas escolhas.

Com a nova gestão federal, o governo Temer (2016-2018) deu continuidade ao desmonte de direitos no campo da saúde mental, com diminuição dos recursos para os CAPS, aumento do financiamento para as CT e para os hospitais psiquiátricos tradicionais, bem como a redução dos espaços de participação e controle social (REVADAM; SCARTEZINI, 2020). Uma nova política de saúde mental começa a se consolidar, num cenário cada vez mais crítico. Como enfatizado por Duarte (2018), temos o avanço da indústria farmacêutica, aumento da medicalização e da medicamentação, enfrentamento do corporativismo médico, ausência de psiquiatras na rede pública de saúde mental e a atenção à crise olhada pela perspectiva da internação. (CAPUTO; TOMAZ; BEDIM; DUARTE, 2020, p.95).

O que já parecia terrível, com o passar dos anos e a introdução de novos atores políticos, foi se intensificando e se vestindo de uma nova roupagem cada vez mais negativa e retrógrada. Em 2019, no governo de Jair Messias Bolsonaro, a política alterada anteriormente intensificou-se e, além disso, incluiu-se a ela a vertente da internação compulsória – prática de internação contra a vontade do usuário –, e a retomada do tratamento a partir de eletrochoques, tudo isso indo, totalmente, na

contramão das conquistas que a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe ao longo dos anos.

Uma política marcada fortemente pelo retorno da lógica manicomial, do proibicionismo, da violência e do moralismo, com ausência de debates com foco na cidadania, sem interseccionar com os marcadores sociais de desigualdades e de diferenças, como a questão de gênero, de raça e de classe social. (CAPUTO; TOMAZ; BEDIM; DUARTE, 2020, p.97).

A partir de toda a problemática e retrocedência da Política de Saúde Mental, torna-se entendido o interesse, por meio político, acerca da desconstrução da caminhada que a RPB proporcionou aos serviços da atenção psicossocial e a formação dos profissionais diante da lógica da redução de danos, autonomia e cidadania dos usuários da saúde mental e dos usuários de álcool e outras drogas. A disputa contemporânea em relação a tal tema resume-se no interesse de isolar, novamente, àqueles que não são bem-vindos e bem-vistos dentro de uma sociedade conservadora e preconceituosa, que visa apenas o bem de uma única e exclusiva classe, raça e ideologia.

Cada vez mais, faz-se necessário a luta e o fortalecimento das frentes populares, movimentos sociais, profissionais, familiares, usuários e seguidores da saúde mental e drogas, acerca da defesa das conquistas alcançadas até o presente momento, além do acesso à cidadania e respeito dos direitos humanos, sociais, políticos e econômicos dessa determinada população. Sendo então necessário serem resistência diante de tantas barbaridades apresentadas por esse Estado conservador, regressista, intolerante e descriminalizador.



## 2. Crise capitalista no Brasil e a disputa pelo Fundo Público

### 2.1 Contextualização da Política Social

Dentro do âmbito do Serviço Social, em meados da década de 1970, ocorreu um movimento que trouxe novos rumos para profissão no continente latino-americano, sendo ele o Movimento de Reconceituação. Tal mudança transformou o debate profissional antes visto como algo metodológico, para um debate acerca das relações sociais trazidas pelo capitalismo, com isso, foi possível que um novo espaço fosse aberto para pensar e dar visibilidade à Política Social como um espaço de luta para a garantia e luta pelos direitos sociais de uma sociedade que detém da cidadania. Nesse contexto, segundo Campos (1988, p. 13), a política social alçou um estatuto teórico, no âmbito do Serviço Social, que lhe permitiu realizar a articulação entre a perspectiva analítica de sociedade e da profissão.

A Política Social pode ser explicada a partir de 3 elementos centrais, sendo eles: a organização da classe trabalhadora, a luta por direitos e serviços sociais, a formação e consolidação do Estado burguês e as expressões da questão social.<sup>1</sup> Diante disso é possível compreender brevemente o papel da política social (NETTO, 2011).

A política social reveste-se de um caráter contraditório, pois, ao mesmo tempo em que atende aos interesses do capital, atende também às necessidades da classe trabalhadora. Portanto, a sua expansão é marcada pela luta dos trabalhadores na perspectiva da conquista e da consolidação dos direitos sociais (PEREIRA, 2008).

A relação entre capital e trabalho é sempre contraditória, uma vez que possuem interesses antagônicos. O capitalismo visa obrigatoriamente o lucro e, defende como direito inalienável a propriedade privada. Para garantir a reprodução das relações sociais que sustentam esse modo de produção, o capitalismo precisa ter mecanismos de dominação de classe e se apropriar dos frutos produzidos pela força de trabalho.

---

<sup>1</sup> Netto (2001) afirma que a “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Diante disso, compreende-se que a referida questão está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual engendra as desigualdades sociais. A questão social tem sua gênese, portanto, no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, caracterizando, dessa forma, a lei geral da acumulação capitalista. Contudo, esta questão não se refere somente às desigualdades sociais geradas por essa lei, mas refere-se, também, à resistência da classe trabalhadora, adquirida através de sua consciência de classe, ingressando, assim, no “cenário político da sociedade”, como considera Iamamoto (2012).

Sendo a força de trabalho a única capaz de produzir valor e mais valor, os detentores dos meios de produção precisam explorar em medida sempre crescente a classe trabalhadora.

Do ponto de vista dos trabalhadores, apenas a venda da sua força de trabalho pode garantir sua subsistência frente a esse antagonismo, isto é, os trabalhadores vendem sua força de trabalho para alcançar um salário e sobreviver diante da sociedade capitalista. Sob essa forma de sociabilidade, a força de trabalho precisa ser transformada em mercadoria como mediação para reprodução dos trabalhadores e os frutos do trabalho não pertencem mais a estes e sim ao capitalista.

É no contexto da intensificação da exploração e da própria organização política dos trabalhadores e do reconhecimento por parte do Estado e da classe dominante da questão social e da necessidade de adoção de medidas para amenizar os conflitos e garantir a reprodução da classe trabalhadora que vão surgir as políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

As políticas sociais vão ser de extrema importância para a classe trabalhadora, por ser através delas que o Estado poderá atuar e “intervir” nas contradições entre os interesses do patrão e as demandas dos trabalhadores, isto é, por ser uma estratégia de enfrentamento das contradições acentuadas do sistema capitalista. Vale ressaltar, que a política social não tem uma única forma, ela assume variadas tendências a depender do contexto histórico, da correlação de forças em presença na sociedade etc.

No Brasil, vamos ter a ideia de política social e a constituição dos primeiros direitos sociais e trabalhistas a partir de 1930, com o Governo Vargas (Getulismo), dando o primeiro passo no sentido da chamada “cidadania do proletariado” em um contexto de chegada da industrialização (SANTOS, 2015).

Com a necessidade de ampliação do Parque Industrial, o êxodo rural ganhou força e esse povo do campo chegando à cidade vai sofrer com a desqualificação da sua mão de obra. Aliado a isso, questões de moradia, saneamento, saúde, transporte público e urbanidades vão sofrer profundas alterações com o inchamento das cidades. Por outro lado, a chegada de trabalhadores europeus, com maior tradição de organização política junto com as próprias forças de luta em presença na sociedade brasileira vão delimitar as primeiras expressões da questão social – desemprego, fome, pobreza, criminalidade, condições insalubres de moradia etc.

Vargas se consolidou como um presidente que defendia a ideia de colaboração entre as diferentes classes sociais, tornando-se um grande mediador entre o capital e trabalho. De acordo com Santos (2015), foi em seu governo que se implementou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a partir da qual constituiu-se uma série de respaldos para esses trabalhadores, como a regulamentação da jornada de trabalho, férias, saúde, assistência e previdência. A partir de então os trabalhadores através de processo de conscientização de classe passaram a compreender a necessidade de lutar por seus direitos. Diante disso, os questionamentos foram surgindo e as contradições existentes foram sendo postas em xeque, uma vez que agora havia percepção sobre a exploração do capital com relação a classe trabalhadora.

“A partir da crise do capitalismo de 1929, o Estado passou a assumir um destacado papel de regulação, dando origem ao Estado Social” (SALVADOR, 2010). Essa crise coloca em xeque a matriz liberal porque vai provar que um mercado sem regulação do Estado e sem visibilidade de lucro não é interessante. A partir disso, estratégias apoiadas na intervenção do Estado vão ganhar lugar significativo, buscando o aquecimento do consumo e a reanimação da economia.

Um novo padrão capitalista de produção foi implementado e, diante disso, o Estado passou a promover políticas sociais direcionadas aos trabalhadores com acesso aos serviços públicos, como assistência médica, habitação, educação e mais. Tudo isso pensado nas áreas fundamentais para o consumo de massa e o crescimento da produção capitalista, isto é, essas políticas traziam para a população um complemento salarial para gastos com suas necessidades sociais básicas. Tal padrão engendrou o regime de acumulação fordista, que acoplado ao pensamento e política econômica keynesiana, formataram as bases do chamado “Estado de Bem Estar Social”.

Nessa etapa do desenvolvimento do capitalismo é possível identificar diversas mudanças na configuração do Estado e na dinâmica da sociedade, que vão influenciar de forma direta e objetiva nas condições de vida da classe trabalhadora. O Liberalismo deixava de ser a ideologia e prática política hegemônica.

Durante os anos 1940/1950 ocorre uma mudança no panorama das políticas sociais, nesse tempo já temos nos Estados Unidos da América as manifestações do Keynesianismo Fordista, influenciando a política de Juscelino Kubitschek (50 anos em 5), com a ideia de industrialização e trabalho fabril, tanto mobilístico como têxtil. Aqui

o trabalhador começa a ser reconhecido como parte fundamental para o desenvolvimento industrial. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011). Juscelino aprofunda o projeto desenvolvimentista, com metas de crescimento e desenvolvimento nacional atrelado ao capital internacional, beneficiando a partir disso o empresariado.

Em 1964, temos a junção do empresariado com o Estado, no contexto de disseminação de ideias anticomunistas e a expansão junto a sociedade da noção de que seria necessária uma intervenção militar, para livrar o país do risco comunista. É então quando há o Golpe Militar, com uma Ditadura que se estende por seus longos 30 anos. Assim, os empresários vão compactuar com os militares, criando investimentos na atuação da ditadura, com abertura ampla do país para entrada do capital empresarial estrangeiro.

De 1930 até 1960, há um amadurecimento da classe trabalhadora nas lutas sociais, pela garantia dos direitos sociais somados à violação e barbárie da ditadura. Essa classe vai se organizar junto aos movimentos de resistência à ditadura, pedindo então a redemocratização do país (SILVA e SILVA, 2007).

O contexto que perpassa a busca pelos direitos sociais e o fim da ditadura, esbarra no endividamento nacional e internacional, tanto no campo político quanto no campo econômico, num contexto de profunda crise econômica e o agravamento das inúmeras expressões da questão social, como desemprego, fome, pobreza entre outras.

Foi durante o governo Ernesto Geisel que se iniciou o processo de “abertura democrática lenta, gradual e segura”, isto é, o retorno para o estado de normalidade democrática conduzida pelos militares de tal modo que não houvesse qualquer risco de que os civis pudessem tomar o poder repentinamente.

Costuma-se associar o projeto de distensão de Geisel ao processo de transição à democracia, como se uma coisa estivesse intencionalmente ligada à outra. Sem dúvida, sua firme disposição para abrir o regime é um dos fatores que desencadeiam a transição, mas é difícil crer que o presidente e seus conselheiros mais próximos a quissem. Da perspectiva deste estudo, é mais plausível pensar a distensão como uma tentativa de resolver as pressões contraditórias da dualidade do regime, na direção de um reforço de seu lado institucionalizante. [...]. Por mais paradoxal que pareça, esse estilo de governar talvez tenha colaborado com a persistência com que encaminhou seu projeto, mesmo quando este gerava inéditas tensões nas entranhas do regime (ARAUJO, 2013, p. 347).

Com o fim do governo de Geisel, João Batista Figueiredo entra no poder e concretiza o processo de abertura democrática indicada pelo general Geisel. Para isso foram tomadas novas medidas que permitiam o desenvolvimento de novas referências político-eleitorais, como favorecer determinado partido e alargar as regras. Com o embate do regime político militar, Figueiredo sofreu para implementar a democratização e falhou no processo de enfrentamento à crise econômica e os conflitos sociais trazidos por ela.

É então nesse contexto que abre oficialmente o processo constituinte, marcando também o fim da transição e o alcance do maior objetivo, sendo ele a superação definitiva do regime autoritário. A abertura democrática não foi de forma alguma um processo pacífico. O processo da Constituinte marcou o início da ampla participação popular, motivada pela redemocratização do país. Diante disso, foi implementada a Assembleia Nacional Constituinte, onde se elaborou o texto constitucional, democraticamente – sendo criado na Assembleia através de sugestões, emendas populares e audiências públicas. Mesmo com a existência de frentes resistentes conservadoras, o processo do exercício da democracia foi mantido, ainda que a correlação de forças tenha impactado nos anos seguintes na possibilidade de ampliação dos direitos sociais

Diante dos embates e disputas que foram expostas durante o movimento da Assembleia Constituinte e para que essas deliberações conquistassem o significado desejado frente a todas as críticas que já vinha recebendo, foi preciso que todos os direcionamentos tomados nesse encontro se desenvolvessem e dessem origem a Constituição Federal de 1988, isto é, para legitimar as resoluções criadas na Constituinte foi preciso que o Estado implementasse-as como lei fundamental e suprema do país, tendo como caminho a obrigatoriedade do seu seguimento e acompanhamento do que nela estaria escrito. A Constituição, por si só, não é capaz de promover educação, saúde, trabalho, moradia e tantos outros direitos, na verdade é ela quem vai oferecer as referências para o debate permanente que envolve a implementação desses direitos.

Ainda assim, a Constituição Federal é um marco fundamental na história da conquista da democracia, alcançando espaço e legitimação então para um Estado Democrático de Direito, lugar esse da efetivação dos direitos fundamentais para uma sociedade igualitária. Boa parte desses direitos, para sua concretização, requer a

formulação das políticas públicas, com a participação contínua de representantes do Estado e do povo. As políticas sociais já faziam parte do contexto estruturante da sociedade mesmo antes da implementação da Constituição, mas é nesse momento então, que as políticas sociais vão conquistar novidades na área da seguridade social, como novos direcionamentos e direitos, além da ampliação dos direitos sociais da sociedade enquanto cidadãos de direito, apontando para constituição de um sistema de proteção social universalista. É nesse momento que a Política Social brasileira entra na Seguridade Social e passa a ser dividida em Previdência, Assistência e Saúde. A previdência será contributiva, a assistência para quem dela precisar e saúde universal.

No entanto, todo avanço e conquista inscrita na Constituição Federal de 1988, bem como toda organização político-social dos setores progressistas do Brasil, no processo de redemocratização e na constituinte, esbarrou na ofensiva neoliberal que já vinha se consolidando em vários países do mundo. O predomínio do neoliberalismo e da financeirização, assim como a defesa político-ideológica em prol do chamado Estado mínimo, nos anos 1980, estava na base da reação capitalista a crise estrutural do sistema.

## **2.2 Crise capitalista, neoliberalismo e ajuste fiscal: notas para a análise**

Desde a origem do modo de produção capitalista se vivenciam diversas crises<sup>2</sup>. A crise capitalista que eclode nos países avançados, a partir de meados dos anos 1970 e que chega Brasil com toda força nos anos 1980, esteve na base da defesa dos pressupostos neoliberais que desaguaram na contrarreforma do Estado. Nesse contexto de expansão e consolidação da ideologia neoliberal, valores foram ressignificados, com ressonância na produção e reprodução das relações sociais. Segundo Behring (2010), a crise não é um problema de regulação, mas é parte característica do movimento contraditório do capital.

Um dos fatores causadores da crise estrutural do capital foi a longa onda expansiva do capital que não conseguiu resistir ao acirrado movimento de

---

<sup>2</sup> “A análise teórica e histórica do Modo de Produção Capitalista (MPC) comprova que a crise não é um acidente de percurso, não é aleatória, não é algo independente do movimento do capital. Nem é uma enfermidade, uma anomalia ou uma excepcionalidade que pode ser suprimida no capitalismo. Expressão concentrada das contradições inerentes ao MPC, a crise é constitutiva do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise” (NETTO; BRAZ, 2010).

concorrência, diante da queda das taxas de lucro no final dos anos 1960, pois mesmo diante da equalização dessas taxas, foi vivido uma enfática estagnação comprometendo a dinâmica do capitalismo. Uma das consequências dessa onda depressiva, é a superprodução dos setores de bens duráveis, isto é, a redução do comércio mundial, onde a produção do valor é alta, mas não vê o retorno necessário para o giro da economia capitalista.

Além disso, a expansão do capital fictício, capitais que não encontram margem na economia real.

Isso nos diz da natureza dessa crise: uma crise de abundância de capitais, de superacumulação, em que grandes volumes de capitais não encontram caminhos de valorização, embora busquem desesperadamente e com rentabilidade máxima no contexto de um capitalismo tóxico, nos termos de Husson (2008) (BEHRING, 2010, p. 28)

De acordo com Mota (1995), durante a década de 1990 difundiu-se no Brasil a narrativa de que a crise é de todos, o que a autora chamou de cultura de crise, e a saída dela exigiria sacrifício geral. Trata-se da difusão ideológica do neoliberalismo de que o Estado deveria reduzir seus gastos e as empresas deveriam realizar uma reestruturação produtiva. Tudo isso era necessário, segundo a ideologia neoliberal defendida no Brasil, para enfrentamento e superação da crise. O impacto tanto da mudança nas relações trabalhistas como da contrarreforma do Estado foi a queda no nível de empregabilidade, nos salários e no consumo.

No período de 1980 e 1990 inicia-se o processo de difusão do projeto neoliberal no Brasil, culminando com uma intensa contrarreforma do Estado na década de 1990.

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes deverão ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão

inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2008, p.).

O mundo do capital passou por transformações diante do novo modelo de capitalismo contemporâneo, alinhando o Estado a uma contrarreforma, visando flexibilizar as relações de trabalho, estendendo a competitividade, reforçando a adaptabilidade e buscando alcançar a atratividade dos capitais internacionais, além disso, sob um discurso de modernização capitalista.

O neoliberalismo em nível mundial configura-se como uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contra-reforma do Estado. (BEHRING, 2008, p.129)

Para que a contrarreforma do Estado fosse possível foi necessário construir uma narrativa com argumentos que legitimassem as proposições neoliberais no Brasil. Para tanto, foi necessário buscar na história precedentes que possibilitassem e justificassem tal transformação, como a ditadura militar de 1964, a crise econômica vivida nos anos 1980, os deslocamentos políticos e o Plano Real que projetou Fernando Henrique Cardoso como político considerado capaz de tirar o país de crise.

A década de 1990 foi caracterizada por um contexto de intenso endividamento externo e uma inflação elevada que influenciava diretamente no custo de vida da classe trabalhadora. Ademais, segundo Behring (2008), marcada também pela perspectiva histórica de hegemonia neoliberal, inerte pelo baixo nível de investimento tanto privado quanto público, sem uma solução plausível para o problema do endividamento e vivenciando uma situação social das mais graves.

De acordo com a ideologia neoliberal difundida e aplicada amplamente nos governos de Fernando Henrique Cardoso, um dos caminhos encontrados para retirar o Estado da suposta crise fiscal foram as privatizações em diversos setores e partes do governo.

O sentido neoliberal do ajuste estrutural capitalista dos anos 1990 foi sendo delineado na década anterior, na periferia do mundo do capital, de uma forma generalizada, e no Brasil em particular. (BEHRING, 2008, p.147)

Os primeiros movimentos neoliberais no Brasil se deram já no governo de Fernando Collor de Mello, como tentativa de estabilização de todas as problemáticas econômicas da década, com a implementação de um plano conhecido como Plano



Collor ou Plano Brasil Novo, que tinha como objetivo bloquear 66% dos ativos financeiros disponíveis e implementar medidas fiscais que aumentassem a receita pública, com isso é possível notar um caráter de radical heterodoxia presente neste plano. (SANDRONI, 1992, p. 262)

Sem sucesso, o plano estava falido em apenas dois meses de execução, o motivo principal foi a rejeição por parte das elites rentistas de aceitarem perdas patrimoniais, diante de algumas medidas implícitas adotadas no Plano. Segundo Teixeira (2020), apesar de o Plano conseguir equilibrar as finanças públicas e aumentar as reservas do país, a abertura comercial e a reforma administrativa concederam a ampliação do desemprego, e pouco tempo depois era nítido de que o país entrava em uma profunda recessão.

Collor põe em execução outro plano, o Plano Collor II, caminhando por um outro viés, sendo ele o da ortodoxia liberal, trabalhando nos cortes dos gastos públicos, implementando um novo “tarifaço” e, conseqüentemente, uma reforma financeira.

A política econômica nos dois anos de governo Collor pautou-se em uma adequação destrutiva ao reordenamento mundial. Além disso, planos, medidas, traços que foram adotados por Collor, fizeram com que seu governo conquistasse uma crescente perda de credibilidade, tanto interna quanto externa.

Com o impeachment de Collor, pelas denúncias que sofreu acerca de corrupção, seu vice Itamar Franco assume o poder e tenta recompor uma articulação política, a mais ampla possível. É então em 1994, que o país entra no Plano Real, com a tentativa de estabilização econômica, o responsável por esse plano era Fernando Henrique Cardoso.

O Plano Real, foi implementado em 3 etapas, sendo elas, o momento de estabilização das contas públicas – redução dos gastos públicos e táticas de privatização, aumento dos impostos, não reajustes dos valores e preços, redução das tarifas de importação, reformas bancárias e no orçamento da União –, lançamento da Unidade Real de Valor (URV) – ela quem fazia a transição para o Real – e o lançamento efetivo do Real.

Com a aplicação do Plano os resultados já foram surgindo rapidamente, isto é, no final de 1994 a inflação mensal já era de 1%, diferindo do mês de junho que tinha chegado a quase 50%. A sustentação da nova moeda aconteceu organizada ao dólar, isso garantia sua estabilidade e segurança para o governo e a política econômica.

O Plano Real, de certa forma, trouxe ganhos e derrotas para o Estado e a sociedade brasileira, dentre elas podemos destacar positivamente a estabilização da economia brasileira, a inflação sob controle, o pareamento da moeda nacional com o dólar, e pelo lado negativo é possível observar a continuidade do baixo poder de compra do trabalhador, o aumento do desemprego e as altas taxas de juros.

Os resultados drásticos do neoliberalismo, desde o fracasso econômico ao desastre social, apontavam para uma crise de legitimidade de grande envergadura (SILVA, 2018,). Diante da nova realidade vivida no país, na busca pela democracia e o acesso às políticas sociais, partidos foram surgindo com o intuito de apoiar e direcionar a sociedade nessa luta. Foi então quando o Partido dos Trabalhadores (PT) ganhou força, comoção social e visibilidade da classe trabalhadora a partir das mobilizações realizadas por um operário metalúrgico, Luís Inácio Lula da Silva – o famoso Lula – pertencente à classe trabalhadora. A esperança de um novo tempo é acesa, na presença de movimentos sociais, segmentos mais progressistas e intelectuais.

Surgido da intensa confluência de segmentos diretamente vinculados ao operariado industrial do país, setores da Igreja Católica, intelectuais e parte da classe média de caráter progressista, alguns segmentos da esquerda e da extrema esquerda, que no cerne da crise da ditadura civil-militar empenhavam importantes lutas contra o regime autoritário, pela abertura democrática e pelos direitos dos trabalhadores, o PT condensava as aspirações e esperanças de vários sujeitos coletivos em função da construção de outro projeto societário para o país. No centro desse processo se encontra a “retomada da luta sindical e operária” como “um ponto de fusão de classe cuja expressão política foi à formação de um partido [...]” (SILVA, 2018, p. 161)

A luta e a bandeira trazidas por Lula e o PT se fundamentavam na busca por uma sociedade mais igualitária, adentrando na questão da liberdade democrática e melhor qualidade de vida e de trabalho. Segundo Iasi (*apud* SILVA, 2018), o PT procurava por encaixar-se dentro de uma originalidade, que procurava ser “fundada em uma dupla diferenciação: de um lado, a negação dos limites paliativos da socialdemocracia; e de outro, a intenção de se diferenciar das transições socialistas caracterizadas como ‘burocráticas’”.

O PT se apresentava no cenário político brasileiro como a opção mais viável para a burguesia nacional e internacional que tinha interesses rentistas no Brasil, já consolidado como plataforma de valorização financeira periférica. Assentando na legitimidade de que dispunha junto à classe trabalhadora, o

PT, sobretudo na personificação de Lula, apresentava as condições de manter as duras regras do ajuste neoliberal, sem o risco de uma irrupção drástica no cenário das lutas sociais, já que dispunha dos mecanismos fundamentais de passivização desses conflitos (SILVA, 2018, p. 165)

O longo caminho percorrido pelo PT e todas suas contribuições para a sociedade, trouxeram a chegada do partido ao Planalto Central em 2003. A conquista foi marcada por uma direção social contrária às expectativas alimentadas pelas frações mais progressistas da sociedade em relação a um partido de histórica filiação à esquerda (SILVA, 2018, 167). Visando superar a crise capitalista posta na época, o partido deteve-se às medidas duras que de política econômica neoliberal, garantindo as demandas vindas do capital. A retomada às vertentes neoliberais são vistas cada vez mais na realidade do governo do PT, tudo isso para alcançar a força da burguesia nacional, frente às decisões do capital.

Ademais, repõem, com novas determinações, a via pragmática das alianças políticas para minimizar, no âmbito do Estado, as fricções postas pelas diversas frações das classes dominantes em disputa pela direção do Estado. Firmado na chamada “conciliação de classes”, essa concertação – para gerir a crise do capital e retomar o caminho de expansão do desenvolvimento capitalista no Brasil – se delineou, do ponto de vista das demandas da classe trabalhadora, pela capacidade e legitimidade do próprio Lula junto aos movimentos sociais, que permitiu determinado aparelhamento destes movimentos à lógica do governo estabelecido e, grandemente, através da política social compensatória (SILVA, 2018, p, 175).

O primeiro mandato de Lula foi marcado então pela presença de medidas neoliberais para a tentativa de superação da crise do capital, acumulação de superávit primário e ascensão do partido. Somente a partir do segundo mandato petista, com Lula na presidência, que começa a haver mudanças mais profundas na conduta governamental “que, sem romper com a orientação macroeconômica, incrementa determinadas medidas que a priori não compõem o rol da doutrina ortodoxa neoliberal e apontam para um tensionamento no interior do social-liberalismo” (SILVA, 2018, 178).

É possível notar na nova fase do governo que o debate sobre o desenvolvimento retornou como projeto nacional, trazendo então legitimidade para o projeto trazido pelo PT enquanto ideia de política social e econômica. Com o crescimento nacional, a partir de participação do capital estrangeiro, foi possível implementar a inclusão social da sociedade no poder de compra e participação, mas as pequenas melhorias não possibilitaram a diminuição dos ganhos do capital em

favor do polo do trabalho. Isso se deve, sobretudo, à política econômica, que priorizou o pagamento da dívida pública, privilegiando apenas aos banqueiros e rentistas (LESBAUPIN, 2009).

Adentrando nas políticas sociais trazidas pelo governo Lula, vale ressaltar que desde o início de seu governo, a esperança do povo movia um momento fundador para tal questão. Inúmeras promessas foram apresentadas para a sociedade, em vista da melhoria de vida e acesso a direitos e políticas.

O tema das políticas sociais era tratado do ângulo da redução de seus efeitos regressivos mediante o aumento da eficácia do gasto social e da efetividade dos programas e ações, a ser obtida com maior focalização nos grupos de menor renda (ALMEIDA, 2004, p.).

A área que mais ganhava espaço dentro das políticas sociais de seguridade social era a assistência social, com a conquista de centralização dos programas de transferência de renda, as demais pouco eram faladas, mas havia a clara preferência a respeito das políticas destinadas aos mais pobres. Nos primeiros dias da nova administração, em 2004, foi lançado o programa Fome Zero e simultaneamente divulgou-se uma proposta de reforma da previdência social.

O Fome Zero era composto de uma pluralidade de ações do governo, entre as quais a transferência de renda monetária (Cartão-Alimentação), distribuição de cestas básicas, criação de restaurantes populares e bancos de alimentos, compra de alimentos de agricultores familiares, educação alimentar, construção de poços artesianos e habitação popular, distribuição de leite, alfabetização.

Com a fragilidade do programa Fome Zero, diante da falha atuação do governo federal dentro dos municípios, o programa foi transformado em uma ampla estratégia de alívio à pobreza, o Programa Bolsa Família<sup>3</sup> (PBF). O PBF transformou-se no carro chefe da política social do governo Lula, sendo executado até os dias atuais (2021).

Adentrando ao debate da área da saúde – campo mais diretamente relacionado ao objeto de estudo do presente trabalho, podemos afirmar tal que a política de saúde, nos referidos governos, foi marcada por uma forte continuidade dos governos anteriores e com algumas mudanças.

---

<sup>3</sup>“O Bolsa-Família prevê uma parcela de renda transferida sem contrapartidas, criando um piso mínimo de renda familiar no país, e a possibilidade de uma segunda parcela condicionada à frequência das crianças na escola. Na prática, o controle do cumprimento dessa condição continua tão difícil.” (ALMEIDA, 2004)

Foram adotadas medidas de caráter incremental no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS e que aparentemente não trazem nada ou muito pouco de inovações. Mas uma análise mais apurada aponta algumas inovações, seja no campo da organização da assistência, da gestão e da forma de alocação de recursos (MENICUCCI, 2011, p.524).

No 1º mandato de Lula, é possível analisar que o tema da saúde não foi muito valorizado e estudado, apesar de haver algumas referências de propostas para serem postas em prática futuramente, tratando-se de políticas na área da saúde bucal. Frente a diversas problemáticas enfrentadas pela saúde, não foi possível identificar maiores interferências e projetos para intervenção. Na parte administrativa, foi realizada a suposta integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, destacando os recursos humanos.

Entre as ações incrementais, mas de relevância na perspectiva de avanços na cobertura e qualidade da atenção, destaca-se a ampliação da atenção básica através do PSF com aumento de 57% no número de equipes de saúde (Freitas, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R\$ 10,00, congelado desde 1988, para R\$ 15,00 per capita; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização (MENICUCCI, 2011, p.525).

Já no 2º mandato, o governo do Presidente Lula trouxe maiores questões de intervenção para a saúde, dando continuidade a alguns projetos, e incrementando outros. Um grande passo dado foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a cobertura e a diversidade das ações das Equipes Saúde da Família (ESF), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (*IDEM*)

Tudo isso demonstra o avanço nas políticas de saúde e saúde mental, devido a um governo progressista investindo nos setores de cidadania da sociedade, com o auxílio dos avanços trazidos também pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Essa política então vem sendo efetivada a partir do viés neodesenvolvimentista, atuando na modalidade de intervenção da questão social. Propondo uma ação do

Estado com um ente regulador garantindo o desenvolvimento de estratégias de diminuição das desigualdades sociais.

“O projeto neodesenvolvimentista supõe a conciliação entre crescimento econômico e desenvolvimento social, remetendo à ideia de se constituir um patamar de desenvolvimento capaz de atender diferentes interesses de classes. Tal projeto aparentemente tem alçado um saldo positivo que se expressa na atual colocação do Brasil na nova geopolítica mundial, alcançando uma posição de “destaque no cenário global”, com crescimento econômico, aumento no emprego formal e diminuição da miséria e pobreza extrema.” (SILVA, 2014, p. 388)

### 2.3. Debate sobre o Fundo Público

A partir dos anos 1980 vivemos uma ofensiva neoliberal, onde se falava de Estado Mínimo e tal ideia se mostrava absolutamente ideológica, ou seja, uma consciência falsa. Para alcançar a reprodução do capitalismo, o Fundo Público se mostrou estruturante e fundamental, sendo os recursos do Estado mobilizados para suas funções, se formando a partir de impostos, contribuições, isto é, taxas que o Estado cobra da sociedade.

Temos, portanto, a compreensão de que o fundo público se forma a partir da mais-valia socialmente produzida, diga-se do trabalho excedente, que se reparte em juros, lucro e renda da terra, sobre os quais incidirá a capacidade extrativa do Estado, a carga tributária, envolvendo todos os participantes do butim: o capital portador de juros, o capitalista funcionante/industrial, o capital comercial, os proprietários de terras. Mas o fundo público também se compõe do trabalho necessário – e diríamos, cada vez mais, com o advento do neoliberalismo e a ofensiva tributária por meio da expansão da tributação indireta, aquela que se faz sobre o consumo [...]. Isso ocorre na medida em que, após o processo de exploração do trabalho que operou a valorização do valor, realiza-se uma nova punção dos salários a partir da carga tributária. Nessa direção, o fundo público é mais-valor (trabalho excedente), mas com ele não se confunde, e é trabalho necessário (BEHRING, 2018, p. 195).

O fundo público envolve a capacidade que o Estado detém de mobilizar recursos, principalmente, tributos. Além desses tributos, o Estado tem o poder e a possibilidade de emissão de moedas, contrair empréstimos, cobrar royalties das extrações de recursos naturais e minerais, e ainda, contar com lucros e dividendos de empresas públicas, dando origem então a totalidade do fundo público (SALVADOR, 2020). Tudo isso para a realização das intervenções dentro das políticas públicas e

outras ações do Estado, alcançado o poder de manobrar a realidade socioeconômica do país.

De acordo com Oliveira (1997a), determina-se que o padrão de desenvolvimento do financiamento da economia capitalista passou a apresentar a participação do fundo público como um componente estrutural e insubstituível tanto na reprodução da força de trabalho quanto na reprodução do capital. Considera-se a partir disso, que o fundo público não aparece como efeito do esgotamento da possibilidade de acumulação, mas como uma figura que busca viabilizar o progresso técnico diante da insuficiência do lucro capitalista.

Segundo Oliveira (1998), o fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo (SALVADOR, 2010). Isto é, o fundo público atua dentro das políticas sociais como financiador delas, fornecendo então recursos para que tais políticas possam ser colocadas em prática, serem executadas, e “saírem do papel”. Esses recursos não são recolhidos de forma igualitária entre todos os segmentos da sociedade e nem a alocação desses recursos de forma redistributiva. Isto porque em função do sistema tributário regressivo que existe no Brasil, a tributação incide muito mais sobre o consumo e onera a classe trabalhadora. Por outro lado, a distribuição do fundo público, principalmente através do orçamento público, se concentra nas demandas do capital, principalmente a dívida pública.

Segundo Behring (2010), parte do Fundo público se constitui através da mais-valia, originada no trabalho excedente. Ela é produzida pela classe trabalhadora, apropriada pelo capital – mediante os lucros – e pelo Estado através dos tributos e impostos.

Vale ressaltar que o Fundo Público não é apenas trabalho excedente, ele também é parte do trabalho necessário dos trabalhadores, fazendo parte do fundo de vida desses trabalhadores – quando há a tributação direta, no imposto de renda, e indiretamente, nas compras de mercado, por exemplo. (BEHRING, 2010). Isto é, ele é um compósito entre trabalho excedente e trabalho necessário, compondo os recursos que o Estado extrai e investe através do Orçamento Público, por exemplo.

Diante de uma crise, o Fundo Público passa a ser ainda mais disputado, mobilizando com força considerável os recursos do Estado para a intervenção no viés

econômico e, além disso, leva a atuar mais fortemente na realização do ciclo de amortização por parte do Estado, sendo um pressuposto global da valorização do capital. Tratando-se de um elemento construtivo da lógica contraditória da produção e reprodução do capital. Segundo Behring (2010), considera-se que o fundo público não poderia ser considerado um antivisor, como pensava o sociólogo Francisco de Oliveira, uma vez que o mesmo participa de forma direta e indireta do ciclo de produção e reprodução ampliada do valor.

A disputa por recursos públicos, no âmbito do orçamento estatal, ocupa posição relevante no contexto de financeirização do capitalismo e do conjunto de contrarreformas do Estado, realizadas sob auspício de políticas neoliberais (SALVADOR, 2020, p. 2).

Os impactos da crise do capital sobre o fundo público se dão em duas dimensões. Primeiro, na sua formação, implicando em “reformas” tributárias regressivas. E em segundo, na sua destinação, obtendo ativos das empresas “adoecidas” também sob o argumento de proteger o emprego, apropriando-se de recursos de reprodução do trabalho, para sustentar essa movimentação. Esses são os movimentos que mostram que o fundo público tem um papel estrutural no circuito do valor, criando contratendências à queda das taxas de lucro, atuando permanentemente e profundamente na reprodução ampliada do capital.

A disputa pelo Fundo Público e, portanto, pelo poder de Estado – poder político – se torna cada vez mais dura e com a entrada de uma onda longa de estagnação do capitalismo, vão se desenvolver tendências, inclusive, de esvaziamento do Estado democrático de direito, a tendência de despolitização da economia e deseconomização da política. Sendo isso um mecanismo meramente ideológico.

Segundo Marx, o fundo público atua constituindo “causas contrariantes” à queda tendencial da taxa de lucros, interferindo no ritmo da circulação de mercadorias e dinheiro, estimulando a metamorfose de um em outro, enfim, intensificando e mediando os ritmos do metabolismo do capital. Ou seja, o fundo público participa do processo de rotação do capital, tendo em perspectiva o processo de reprodução capitalista como um todo, especialmente em contextos de crise. Por outro lado, o fundo público realiza mediações na própria repartição da mais-valia – pelo o que é disputado politicamente pelas várias facções burguesas, cada vez mais dependentes desta espécie de retorno mediado por um Estado, por sua vez, embebido do papel central de assegurar as condições gerais de produção (MANDEL, 1982).



No Brasil, a disputa dos recursos orçamentários e a hegemonia da sua direção, desde 1993, vem sendo marcada por uma política fiscal de ajuste permanente (SALVADOR, 2020, p. 4), que determina um movimento contínuo do Estado brasileiro em enxugar os gastos sociais, canalizando cada vez mais o fundo público para as demandas de reprodução ampliada do capital.

### **3. O Avanço do Conservadorismo e os impactos sobre a Política de Saúde Mental**

Neste capítulo o foco da discussão será o avanço do conservadorismo nos últimos tempos, diante da escalada da extrema direita no poder estatal brasileiro e sua reprodução de ideias contrárias e retrocessos a todos os progressos políticos, econômicos e sociais que a sociedade brasileira já havia conquistado. Além de pensar a disputa acerca do Fundo Público. Tais problematizações visam compreender como esses processos afetam a Política de Saúde Mental, desde a propulsão de ideias conservadoras até a inclusão de novos modelos de cuidado em saúde, como as Comunidades Terapêuticas.

#### **3.1 O avanço do conservadorismo no Brasil e a escalada da extrema direita**

A partir da apreensão crítica do presente debate, observamos que a escalada do conservadorismo no Brasil se apresentou intimamente ligado e aliado às ideias neoliberais.

Levando em consideração que a ideologia conservadora tem uma base material que é dada pelos interesses do capital e de sua necessidade de se autorreproduzir— afinal, é a crise que impõe tais mudanças na ideologia, no entanto, a ideologia também refrata nas formas de enfrentamento da crise —, ela é expressa nesta relação dialética que é essencialmente contraditória e em constante transformação, longe da uniformidade, estabilidade e determinismos (SILVA, 2021, p. 97).

O neoliberalismo se apresenta e se define, no território brasileiro, em meados de 1989, a partir do Consenso de Washigton, sendo uma representação da nova forma de ajuste macroeconômico declarado pelos Estados Unidos. Visando como objetivo implementar, nos países dependentes economicamente, novas formas de cobrança de impostos, taxas e contribuições legais, privatizações, gastos públicos, pagamentos e acordo de dívidas, flexibilizações e desregulamentações econômicas, políticas e sociais. Tais mudanças começam a ser observadas já no início da década de 1990.

O Brasil no panorama global como um país que sofre o impacto deste processo de maneira exponenciada, dada sua inserção no capitalismo mundial. Ainda que não seja o primeiro país a adotar parâmetros neoliberais na América Latina, o Brasil, na atualidade, se destaca pela velocidade e radicalidade na implementação das ações econômicas em prol do capital e de critérios de austeridade por parte do Estado acarretando aniquilamento dos direitos democráticos advindos da organização das lutas sociais. O

aprofundamento do neoliberalismo seria então a representação da nova fase do cruzamento entre a agenda neoliberal e a agenda conservadora (SILVA, 2021, p. 98).

O aprofundamento do neoliberalismo, traz a face da nova fase de concordância entre a agenda neoliberal e a agenda conservadora. A consequência disso está inscrita a partir do acirramento das desigualdades sociais e a culpabilização dos indivíduos, a partir da negligência do Estado com relação às expressões da questão social.

De acordo com Casimiro (2018), no Brasil, o conservadorismo moderno atua diretamente na veia política, o que nos traz o conhecimento da “nova direita”, que visa assegurar a garantia dos seus interesses de acumulação de capital e hegemonizar seu pensamento e ideologia. Além de nos fazer refletir acerca dos últimos anos vivenciados no âmbito da política brasileira, isto é, com o avanço e a entrada de novos governantes empenhados em desmontar, restringir, precarizar e focalizar as políticas sociais, retroceder nas conquistas históricas dos direitos sociais e cidadania, modernizar a exploração do capital sobre os trabalhadores e conquistar espaços, direcionamentos e realidades que defendam o pensamento conservador.

É sabido que a democracia burguesa tem muitos limites para a classe trabalhadora desde sua implementação, entretanto o que se tem visto nesta forma de governo de Jair Messias Bolsonaro é o uso da democracia tão somente à serviço da matriz econômica e dos anseios do capitalismo, com margem de negociação e concessões à classe trabalhadores paulatinamente mais regressivas, aumentando o nível de exploração da mesma. Nota-se, seguindo essa racionalidade, a ampliação do caráter meritocrático – tradicionalmente defendido pelo liberalismo e reforçado pelo neoliberalismo (SILVA, 2021, p. 102).

Entende-se então a realidade por trás do viés conservador, uma vez que o mesmo se pauta nos interesses do capital e sua autorreprodução, alimentando-se das expropriações, socializando os custos da crise com a classe trabalhadora. Não somente isso, mas também a recuperação e restauração de temas e debates que já haviam sido superados, como a ideia de família nuclear burguesa tradicional, associada a moral, os ditos bons costumes e a propriedade, como a frente principal de atuação de uma sociedade – e não o Estado.

De acordo com Souza (2015), o conservadorismo moderno segue a vertente da valorização do “preconceito”, associando-se a ideia de discriminação, que vão dar

direção a atuação social, política e racional, além da busca para conservar o tradicionalismo e reprimir o revolucionário, sendo essas as características principais desse contexto. Visto isso, cabe refletir, mais a frente, acerca da influência de todo esse contexto conservador, defendido pela ascensão da extrema direita no país, sobre o âmbito das conquistas e vivências da Política de Saúde Mental.

Tal onda conservadora pode ser observada desde o início do processo de interesse de *impeachment* – principalmente, pela acusação de corrupção – de Dilma Rousseff, em 2016, e a consolidação dele desencadeando condições para a ascensão da extrema direita, cujo desdobramento mais consequente culminou com a chegada de Jair Messias Bolsonaro, atual presidente do Brasil, à frente do executivo federal e defendendo e reproduzindo valores extremistas, ultraconservadores, reacionários e hiperautoritário.

A eleição de tal candidato, em 2018, representava certos anseios de parte da população para superar déficits possíveis que governos anteriores haviam deixado, em um falacioso discurso antisistêmico. A escalada da extrema direita e do conservadorismo se assentou na disseminação das *fake news*, através das quais foram disseminadas informações que alimentava os anseios mais conservadores, anticientíficos e satanizadores da política, sobretudo dos ideais de esquerda.

Esse caráter regressivo e conservador, coloca em xeque os direitos sociais e o status de cidadania, uma vez que visam assentar as estratégias de superação da crise capitalista. No que tange especificamente à política de saúde mental, cabe compreendermos o interesse conservador acerca da retomada da lógica hospitalocêntrica e a lógica das comunidades terapêuticas – marcadas pelo viés ideológico cristão –, uma vez que a dimensão se volta para o distanciamento daqueles que não são “compatíveis” e aceitos pela nova lógica política “higienista”.

A conjuntura atual se mostra a mais hostil e fascista, com uma frente conservadora que possibilita a disseminação do viés biopolítico e necropolítico para gestão das expressões da questão social, entre elas aquelas relacionadas à saúde mental. Sobre a biopolítica, segundo Foucault (1988), ela que traz a perspectiva e os processos concretos para o controle e a disciplina sobre todo o conjunto da sociedade para aqueles que detêm o biopoder e a biorregulação, pensando no interesse da governabilidade, isto é, fazendo com que a população seja máquina de reprodução e

produção das estratégias políticas, produzindo bens, riquezas e outros indivíduos para a lógica da reprodução e continuidade do ciclo de dominação da população.

Já, a necropolítica, de acordo com Achille Mbembe (2018), demonstra o quanto a relação de poder se mostra presente, uma vez que muitas vidas são escolhidas como “inimigos” – dos que detém o poder e a soberania – e a partir de então define-se quem pode e deve ser eliminado. Sabemos que essas vidas são aquelas enquadradas em dados estereótipos a partir da cor, raça, classe social, a capacidade de ser enquadrado nos padrões hegemônicos, a realidade de vida, sendo real a participação e submissão do Estado acerca dessa problemática.

Tudo isso nos mostra a verdadeira face do conservadorismo, que além de deter e extinguir as conquistas sociais, políticas e econômicas, conservando o status quo e as estruturas de dominação que o sustenta, visa “retirar de cena” aqueles que não servem ou não se ajustam à lógica dominante. Além de desconstruir as inúmeras frentes contra a discriminação e mecanismos de inclusão. Esses processos ganham ainda mais força, pela lógica da extrema direita instaurada no Brasil e seus adeptos nos últimos anos, que reproduz os ideais radicais, ultraconservadores e extremistas.

### **3.2 Expansão das comunidades Terapêuticas no Brasil**

Diante do atual governo de extrema direita no Brasil, grandes retrocessos são postos em prática, sob uma postura retrógrada, conservadora e preconceituosa. Um reflexo disso é o resgate e o intenso interesse nas Comunidades Terapêuticas (CTs) como parte da estratégia de cuidado em saúde mental.

Retomando brevemente a ideia das CTs, indicamos que elas são instituições de caráter privado que visam o tratamento de usuários abusivos de álcool e outras drogas, seguindo a lógica da abstinência, o fundamento religioso, o trabalho, a disciplina e a moralidade, o que era antes visto como uma “alternativa de cuidado” para além da RAPS, hoje recebe o fortalecimento e o incentivo a partir do atual governo brasileiro, ou seja, ao invés de investir e focar ainda mais nos dispositivos conquistados pela RPB, investem-se nesses mecanismos no âmbito da estratégia de cuidado da atenção psicossocial.

São de instituições de natureza privada e, por vezes de matriz religiosa, que se intitulam como promotoras de saúde para usuários de álcool e outras

drogas, sendo incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e, atualmente são responsáveis pelo tratamento de inúmeras pessoas nesta situação [...]. (PASSOS *et al*, 2020, p. 121).

Vale ressaltar que as CTs são resultantes também de influências exteriores, que surgem na Inglaterra após a 2ª Guerra Mundial.

Suas origens no continente europeu remontam à década de 1950, tendo sofrido influência de experiências que se respaldaram na metodologia do tratamento moral de William Tuke, no início do século XIX (BORTHWICK *et al.*, 2009). A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica surgiu no período do pós-Segunda Guerra Mundial, mais precisamente no final da década de 1950, tendo em Maxwell Jones o seu mais importante representante. As comunidades terapêuticas se desenvolvem a partir do trabalho realizado por psiquiatras ingleses no Northfield Hospital, com soldados acometidos por transtorno mental. O relato desta experiência foi publicado em 1946 no Boletim of the Menninger clinic. Um dos principais objetivos desta experiência era a transformação do hospital em um espaço de cura. Isto seria possível, entre outras coisas, a partir da promoção do envolvimento de todo o corpo presente do hospital, de médicos à equipe de limpeza e apoio, incluindo a família) (IDEM, , p. 127).

Mas chegam ao Brasil somente por meados de 1960, quando se iniciam os “experimentos” acerca desta nova ideia de instituição.

A primeira experiência se deu na cidade de Goiânia, em 1968, onde o Desafio Jovem foi fundado, portanto dez anos depois de sua criação nos Estados Unidos. Ela se difundiu no Brasil através de uma associação e, atualmente, podem ser encontradas em todas as regiões do País e contam com financiamento público local e federal. Outra comunidade religiosa muito conhecida no país, de base católica, a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, foi fundada em 1978, na cidade de Campinas. Foi oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rham, missionário estadunidense, que considerou ser o uso de drogas uma expressão do afastamento da graça de Deus e não um objeto da saúde pública. (LEAL; LIMA, 2017, p. 9/10).

Essas instituições defendem a competência do tratamento voltado, primeiramente, para a religião, a ideia de “reencontro com Deus” para pôr fim às práticas “pecadoras” desses usuários, e em segundo plano, se necessário, seria analisado a necessidade do cuidado referente à saúde pública. Essa realidade vivenciada dentro das CTs, que influencia externamente nos diversos dispositivos de cuidado, revela a veracidade acerca das tensões e disputas pelo viés da saúde mental e seus desdobramentos.

De acordo com os dados do IPEA (2017), a religião é algo bastante presente nas CTs. Das 83.530 vagas nas instituições analisadas na pesquisa, 40.793

eram cristãs (34.277 pentecostais, 4.386 de missão e 2.130 outras), 21.461 católicas, 5.327 pertenciam a outras religiões não citadas no documento, enquanto apenas 15.918 se diziam sem orientação religiosa. O documento ainda ressalta que, mesmo nas instituições não vinculadas a nenhuma religião específica, a questão espiritual é bastante presente, como se a recuperação dos indivíduos dependesse de algo da ordem do divino (PASSOS *et al*, 2020, p. 129).

De acordo com a pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2017 (*apud* PASSOS *et al*, 2020), foi a partir de 1996 que essas instituições passaram a se multiplicar fortemente no país.

Apesar de serem reconhecidas legalmente como opção de serviços voltados à assistência pública de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas pela Lei 13.840/2019, a maioria das comunidades terapêuticas possuem viés religioso (IPEA, 2017) indo na contramão do que se coloca como tendência em relação a serviços dessa natureza em parte da Europa (BARDI, 2019). No ano de 2019 aprovou-se a (nova) Política Nacional sobre Drogas – PNAD, por meio do decreto nº 9.761, em substituição da que estava em vigor desde 2002. O novo texto estimula e apoia a expansão das comunidades terapêuticas, inclusive financeiramente. Importante ressaltar que, apesar de terem sido reconhecidos por lei em 2019, estas instituições já integravam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011 (IDEM, p. 123).

O que afeta diretamente no cuidado dentro dessas instituições é também a precariedade das relações de trabalho de profissionais de saúde, uma vez que a maioria do atendimento e serviço prestado, advém de voluntários ligados às instituições religiosas que dão suporte àquela CT. Tal realidade influencia prontamente na lógica de cuidado e assistência aos usuários que estão em busca de tratamento especializado para suas questões de saúde e socioeconômicas, na medicalização compulsória, acolhimento, recuperação e reinserção social.

Nota-se então, claramente, uma transição de um modelo de cuidado e tratamento baseado na redução de danos, com o intuito na melhora da qualidade de vida dos usuários e na prevenção e promoção de saúde, para um modelo fundamentalmente baseado na abstinência, com objetivo de tornar “limpo” aquele sujeito ali atendido, além de impor atividades laborais, busca de conhecimentos voltados a religiosidade e isolamento prévio acerca da vivência social, tudo isso, por seguir um ideal de ajustamento de conduta moral, isolado da sociedade.

Assim, tal modelo mostra-se intensamente compatível com governantes que buscam atingir a ideia de combate e reclusão daqueles que não são bem-vindos e bem-vistos dentro de uma sociedade, com o intuito de reproduzir intensamente a

moralidade e o conservadorismo, repleto de preconceitos e cerceamentos, se distanciando e infringindo, muitas vezes, perspectivas legais de cuidado, atenção e assistência. E, apesar das CTs serem, frequentemente, alvo de denúncias e violações de direitos, continuam atuando e se multiplicando pelo país, além, de defendidas pela cúpula política do atual governo do Brasil.

Importante destacar que os serviços oferecidos pelas comunidades terapêuticas vêm ganhando espaço nas políticas públicas brasileiras, tendo sido destino de financiamento público crescente, em nível nacional e local, graças à pressão de grupos religiosos dentro das disputas de poder político no país. Estes investimentos, no entanto, só possuem tamanho impacto por estarem em consonância com uma moralidade hegemônica presente na sociedade civil brasileira (LEAL; LIMA, 2017, p. 13).

A expressão real do retrocesso, da reprodução do proibicionismo e conservadorismo e da expansão das Comunidades Terapêuticas, podem ser vistas a partir da sanção da Lei 13.840/2019, que dispõe sobre a internação involuntária de pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA) sem autorização judiciária, isto é, a internação passa a ser realizada por meio de um profissional atuante na política de saúde ou da assistência social. Essa medida reproduz o interesse acerca da retomada do fortalecimento do modelo central de cuidado e tratamento voltado à lógica da internação e a política antidrogas, que se fundamenta numa lógica e concepção altamente proibicionista e punitivista. Todo esse fôlego é conquistado a partir de novas legislações que deram respaldo jurídico para a ampliação do financiamento dessas instituições.

Além disso, o avanço do desmonte e sucateamento dos dispositivos de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, e seus respectivos trabalhadores, os CAPSad, também cooperam para a expansão das CTs. As contradições e disputas em torno de tais processos são os mais diversos. Um exemplo disso foi a realidade vivenciada no final do ano de 2019, onde uma ampla greve dos trabalhadores foi organizada, em vista do atraso de salário de mais de dois meses, e o rompimento de contrato com a OS que administrava a maioria das unidades de saúde.

De acordo com um estudo realizado por Renata Weber Gonçalves, apresentado no evento online “Saúde mental para todos – investimento e acesso para o exercício da cidadania”, organizado pela Fiocruz Brasília, por meio do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Nusmad), em 2019 os gastos destinados a esse setor foram de cerca de 2,6 bilhões de reais, o que se observa compatível com



o valor aproximado do ano de 2009. Isto é, torna-se nítido o desfinanciamento dessa política e seus respectivos direcionamentos e serviços nos últimos anos, se equiparando ao financiamento de uma década atrás, quando na verdade houve aumento das demandas de crescimento do incentivo e investimento no campo da saúde mental.

Segundo estudo do IPEA (2019), no tocante ao SUS, as dificuldades relacionadas ao seu financiamento tornaram-se ainda mais sobressalentes com a Emenda Constitucional nº 95/2016, em função do teto dos gastos públicos, a vinculação orçamentária do piso para a saúde ficou congelada em termos reais, ou seja, o gasto mínimo com saúde será corrigido apenas pela inflação até 2036, demonstrando então que até lá os recursos federais para financiamento da saúde em geral, incluindo a saúde mental, serão muito aquém do necessário, acentuando a forma sucateada e impactando diretamente no acesso a saúde universal, gratuita e de qualidade.

Os recursos próprios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) superaram os 15% mandatórios para a esfera municipal em todo o período sinalizado, atingindo 25,7% em 2017. No entanto, após uma oscilação com aumentos de 7% no período de 2013-14 e de 22% no período de 2015-16, verificaram-se reduções expressivas nos últimos dois anos de cerca de 800 milhões no acumulado. Embora não tenha havido perda de receitas, o município reduziu o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde em 2018, saindo de 25,7% para 21,1%. As despesas de investimento que apresentaram incrementos significativos, de 50%, 237% e 71% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente, sofreram queda acentuada em 2017 saindo de pouco mais de 154 milhões de reais referentes ao ano de 2016 para 2,4 milhões em 2017, redução de 98%. Em 2018, essa despesa se equipara ao patamar de 2014 com 29,6 milhões de reais investidos. As despesas de custeio que sofrem reduções entre 2013 e 2017, salvo pelo ano de 2016, caem mais 424 milhões em 2018. (O'DWYER; GRAEVER; BRITTO; MENEZES; KONDER, 2019, p. 4558).

Os dados apresentados a seguir buscam apresentar prover um panorama amplo da repercussão da crise fiscal sobre o setor saúde no município do Rio de Janeiro.

**Tabela 01 – Receitas e Despesas relacionadas às Ações e Serviços Públicos no Município do Rio de Janeiro, 2013-2018 (em bilhões de reais).**

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Receitas <sup>2</sup>	18.562.442	17.901.773	16.876.377	16.275.144	15.544.370	16.221.947
Transferências de Recursos SUS da União	1.826.875	1.746.881	1.465.522	1.541.717	1.417.807	1.539.006
Atenção Básica	410.701	404.410	367.087	413.372	392.548	411.132
Atenção de Média e Alta Complexidade	1.295.753	1.198.424	1.003.005	1.003.802	916.912	963.339
Vigilância em Saúde	70.575	75.754	56.517	70.543	67.024	69.632
Assistência Farmacêutica	40.108	41.043	34.055	40.512	35.102	33.242
Gestão do SUS	1.927	324	0	189	104	100
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	7.001	23.252	4.282	13.299	6.118	0
Demais transferências da união	809	3.675	576	0	0	61.561
Outras transferências de Recursos SUS <sup>3</sup>	106.986	106.342	42.035	32.193	18.890	50.686
Impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde <sup>4</sup>	16.628.582	16.048.550	15.368.820	14.701.235	14.107.672	14.632.255
Municipais	12.420.874	11.970.429	11.510.686	11.061.656	10.578.248	10.921.325
Estaduais	3.866.991	3.740.556	3.577.326	3.340.007	3.246.768	3.421.155
União	340.717	337.565	280.807	299.572	282.656	289.776
Despesas Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	5.205.984	5.091.907	4.897.081	5.396.085	5.000.751	3.381.462
Despesas de Investimentos	17.841	26.729	90.176	154.147	2.483	29.653
Despesas de Custeio	5.188.142	5.065.178	4.806.905	5.241.938	4.998.267	3.351.809
Despesas com Recursos Próprios	3.230.169	3.339.564	3.216.437	3.746.410	3.627.571	3.086.726
Percentual de recursos próprios aplicados em ASPS	19,4%	20,8%	20,9%	25,5%	25,7%	21,1%

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

A autora vivenciou de perto todo esse longo e duro desmonte dos dispositivos de cuidado e tratamento AD e tantos outros dispositivos da saúde e saúde mental, como estagiária no CAPSad Mané Garrincha, dispositivo da saúde mental localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro. A equipe técnica, estagiários e residentes, mesmo diante do atraso de salários, se revezava em escalas de serviço para não deixar os usuários com seus tratamentos descontinuados. Além de buscarem entre si a melhoria do espaço físico, uma vez que não havia manutenção por parte do Estado para um dispositivo que faz parte da saúde pública. Tudo isso, numa realidade onde do outro lado, as CTs recebiam mais do que o dobro dos investimentos em relação a períodos anteriores. Era e ainda é nítido a preferência, do governo e seus seguidores, pela lógica de cuidado moralista, religioso e manicomial.

O desmonte da política de saúde e saúde mental que está em vigor na *cidade maravilhosa* agravou-se severamente nestes últimos quatro anos e não vem caminhando sozinho. Temos vivenciado o aumento da violência e da pauperização da população. Os mais pobres, moradores de favelas e em situação de rua são os mais atingidos com a nova política de drogas, sendo estes os que acabam sendo mortos ou internados nas comunidades terapêuticas. Estamos vivenciando um processo de reatualização e reconfiguração das instituições da violência que estão autorizadas a conter e controlar, com legitimidade jurídica, os corpos e subjetividades da população em especial, como a história nos mostra, dos grupos considerados desviantes. (PASSOS et al, 2020, p. 136)

Entende-se então que a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, vem sendo construída, intensamente, a partir desses últimos anos e com a entrada de novos governantes e direcionamentos políticos pautados no ultraneoliberalismo e no ultraconservadorismo. O caminho do reconhecimento legal e legitimação dessas instituições está sendo fortemente posto em prática. O retrocesso e o preconceito saltam aos nossos olhos. A realidade frente àqueles que defendem a lógica conquistada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira é dolorida e seletiva, a esperança segue sendo a luta constante dos trabalhadores, profissionais, usuários, familiares, estudantes, movimentos sociais e seus adeptos.

Segundo Lima (2017), a expansão das CTs ocorre a partir de alguns elementos. Dentre eles destacam-se o clamor ampliado da mídia sobre uma suposta “epidemia” do uso de crack, os questionamentos acerca da efetividade dos serviços substitutivos de saúde mental para oferecer cuidado a esse público e a pressão de representantes do Parlamento junto ao Executivo Federal para inserir as CTs na rede de atendimento aos usuários/as de drogas. (PAZOLINI, 2019, p. 7)

### **3.3 Acirramento da disputa pelo fundo público e regressões na Política de saúde mental**

Relembrando Behring (2010), parte do fundo público se constitui através da mais-valia, originada no trabalho excedente. Ela é produzida pela classe trabalhadora, apropriada pelo capital – mediante os lucros – e pelo Estado através dos tributos e impostos. E é ele quem vai dar poder ao Estado para mobilizar recursos e tributos de acordo com o seu interesse, possibilitando então intenso poder ao Estado no que tange a interferência na realidade socioeconômica do país.

O fundo público passa a ser ainda mais disputado frente a uma crise, e os impactos dessa crise do capital sob o fundo público podem ser vistos em todos os setores da economia, política e social, sabendo que o fundo público tem um papel estrutural no circuito do valor.

A disputa pelo fundo público não caminha sozinha, isto é, acontece conjuntamente com a disputa pelo poder de Estado, as disputas políticas que em última instância são determinadas pela luta de classes. Em contexto de correlação de forças desfavoráveis aos interesses da classe trabalhadora essa disputa é pouco efetiva e a realidade é do esvaziamento do viés do Estado democrático de direito,

diante de uma governabilidade que centra a aplicação do fundo público para atender os interesses e demandas da reprodução ampliada do capitalismo.

O acirramento dessa disputa é trazido atualmente, em principal frente, pela escalada da extrema direita. Onde determinado poder se coloca a frente dos demais visando a relevância dos seus ideais, por mais que se coloque em xeque os direitos da sociedade. A busca pelo poder e seus direcionamentos se tornam totalmente maiores do que qualquer acesso aos direitos por parte da população. Além de conquistar adeptos e defensores da presente forma de governabilidade, a partir da disseminação de uma guerra de informações e reprodução da moralidade, trabalham também, a partir da descredibilidade acerca dos governos anteriores, suas conquistas, dos valores democráticos e dos avanços progressistas.

Essa realidade imposta segue a linha de retrocessos a partir dos avanços anteriormente conquistados em diversas vertentes, então o direcionamento é diminuir os investimentos públicos nas políticas e direitos sociais, para que não seja possível que tenhamos uma sociedade um pouco mais democrática, ainda que nenhum investimento público ou privado possa acabar com as desigualdades sociais no Brasil. O intuito de criar déficits orçamentários em diversos campos, como por exemplo na saúde, compõe uma estratégia de governo que busca o fim de quaisquer política pública universalista.

A exemplo disso, pode-se pensar acerca do atual processo de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seu desfinanciamento a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, além das estratégias a respeito de um novo modelo de financiamento e atendimento dentro da atenção primária de saúde, onde a focalização e a seletividade passam a ser linhas de orientação dentro do SUS.

Vale ressaltar que EC 95/2016 é uma das mais conservadoras, em termos fiscais, e contraria diretamente a EC 29/2000 que marcou o início da vinculação orçamentária da saúde ao nível da arrecadação e que possibilitou o crescimento e uma base de financiamento sólida, mesmo que insuficiente, para os recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). É ilustrativo que os investimentos públicos neste campo passaram de 2,9% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2000 para 4,1% do PIB, em 2017.

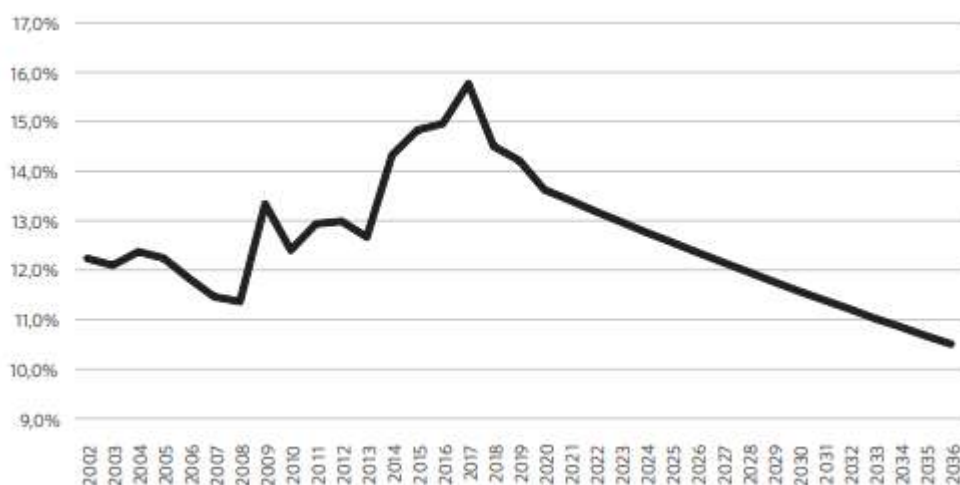
Compreendendo os efeitos da EC nº 95 sobre o financiamento do SUS, entendemos que eles são imediatos, porque com esse congelamento de gastos

estipulados pelo governo federal, a partir do levantamento feito por Moretti (2019), estima-se que entre 2020 e 2036, haverá uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS. Reflexo de decisões político-econômicas em função das demandas de reprodução ampliada do capital, em que a classe trabalhadora será a mais afetada no acesso a saúde.

Do total de R\$ 117,9 bilhões autorizados no orçamento federal para despesas com ASPS em 2017, foram empenhados R\$ 115,3 bilhões, o que corresponde a uma execução orçamentária de 97,8%, desempenho semelhante ao obtido em 2016. Descontando-se as despesas empenhadas relativas à reposição de RPs cancelados, a aplicação no exercício foi de R\$ 114,7 bilhões, equivalente a aproximadamente 15,8% da RCL de 2017 (R\$ 727,3 bilhões). Considerando todo o orçamento com ASPS, o aumento real das despesas empenhadas foi de 4,4% entre 2016 e 2017. No tocante à execução financeira, contudo, o desempenho do MS foi inferior nesse último ano. A participação das despesas pagas sobre as despesas empenhadas passou de 92,7% em 2016 para 87,8% em 2017. Em termos reais, houve redução do pagamento de despesas no valor de R\$ 1,2 bilhão, o que corresponde a uma queda de 1,2% no montante pago em 2017 em relação à 2016. (IPEA, 2019, p.97)

A perda estimada dos gastos federais em relação às ASPS, segundo Moretti, chegarão em R\$800 milhões, entre os 20 anos de duração da EC nº 95, sob a hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da emenda. Além disso, tal realidade faz jus às consequências das políticas de austeridade no campo da saúde e ao direcionamento do atual governo em determinar o acesso ao Sistema Único de Saúde para poucos.

**Gráfico 01 – Evolução das despesas ASPS (% RCL)**



Fonte: SIOP, STN - Secretaria do Tesouro Nacional, LOA 2019 - Lei Orçamentária Anual.

A restrição imposta tanto pela EC nº 95 como por outros processos de desfinanciamento deflagrados pelo Estado brasileiro demonstra o rompimento com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

A intenção é manter um sistema para pobres com poucos recursos, sem atrapalhar as estratégias desse movimento do capital no setor, e ajudar na apropriação privada dos recursos públicos, em sintonia com a sua meta de expropriação do direito à saúde como um todo. Assim, a aproximação com a compreensão desse ambiente de barbárie capitalista fortalece a possibilidade de enfrentá-lo, especialmente dentro do quadro do neofascismo vivente, sendo a saúde um dos locais de expressão dessa forma de dominação política (MENDES; CARNUT, 2020, p. 206).

Sabe-se então que a nova face dessa governabilidade é marcada pela radicalização do neoliberalismo e início do descarte dos pressupostos da democracia liberal e dos direitos sociais. Se apropriando, então, das tendências nacionalistas, moralistas, autoritárias, preconceituosas, assumindo um caráter antidemocrático e autoritário, impondo a lógica da barbárie do capital sobre a sociedade.

Diante do caráter moralista e preconceituoso, é possível adentrar na lógica de regressão que vem acontecendo na Política de Saúde Mental, ou seja, a caçada acerca das conquistas trazidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trouxe a defesa da humanidade, cidadania e autonomia dos usuários dessa política, frente aos preconceitos, negligências e violações já vivenciados por eles. Uma vez que se pode ver a disseminação e reprodução de ideais contrários aos trazidos pela RPB, onde por exemplo, marginaliza e culpabiliza os usuários acerca da sua realidade e, também, a descredibilidade e ataque aos profissionais e trabalhadores da saúde mental e seus vieses de cuidado. Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2019), desde 2016, pela primeira vez, vemos um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” e aponta, ainda:

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019f, p. 4). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.2).

Toda essa regressão é pautada no cerceamento de liberdades, nas tentativas de censura, no avanço da violência contra as conhecidas e famosas minorias, dentro das quais estão os usuários da saúde mental, juntamente com os negros, pobres, favelados, indígenas, LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais), dentre outros, além do crescimento da lógica individualista. Por mais que esses grupos e os movimentos sociais se façam presentes a partir das diversas formas de resistência, o viés moralizador, conservador, violento, autoritário, regressista têm sido intensamente repressor.

Conforme apontado pela Defensoria Pública da União (Brasil, 2019d), a 'nova' política nacional de saúde mental - PNSM contraria as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018d) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (Brasil, 2019c), que indicam a revogação desta nova orientação governamental (*IDEM*, 2020, p.3)

Atualmente, diante das mudanças ocorridas em nível federal e a crise financeira e orçamentária dos estados e municípios, o recurso do fundo público destinado a esse setor pulsa na insuficiência e no caráter deficitário, além de reproduzir a lógica hospitalocêntrica e manicomial como a alternativa de cuidado. Uma vez que os dispositivos da saúde mental presentes na atenção primária e territorial são sucateados e desmontados e as comunidades terapêuticas recebem o dobro do investimento e a ideia dos hospitais psiquiátricos retomam para os direcionamentos legais.

A Organização Mundial da Saúde orienta que o investimento em saúde mental seja em torno de 5% do orçamento da saúde, em decorrência de sua prevalência e do impacto assistencial. O Governo Federal dispense somente 2,3% do orçamento total da saúde em ações específicas de saúde mental (TRAPÉ; CAMPOS, 2017, p.5).

De acordo com Guimarães e Rosa (2019), foi através da portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018, que o repasse de R\$ 1.077.141,12 referente ao recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi suspenso por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Já para as CTs, ao longo do ano de 2018, mais de R\$ 87 milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital nº 01/2018 SENAD, havendo um aumento 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital que eram R\$ 37 milhões, devido a adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Tal investimento permitiu o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R\$ 1.172,88 por adulto; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018), sendo credenciadas 492 CT's em todo país que corresponde a 9.395 vagas.

Além disso, vale ressaltar a publicação da Nota Técnica de nº 11/2019, que esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018, que explicita o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social.

Dentro das atrocidades apontadas por essa nota cabe evidenciar o redirecionamento do financiamento público para a sustentação das comunidades terapêuticas como local estratégico no tratamento de usuários de álcool e outras drogas – desqualificando as estratégias de redução de danos, uma vez que visa a lógica da abstinência –, a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia – equipamentos utilizados como estratégia de cuidado nos manicômios antes da RPB – e a desconsideração e descredibilização dos CAPS como dispositivos substitutivos especializados de tratamento e cuidado em saúde mental de qualidade.

As autoridades governamentais estão colocando em prática, dia após dia, com apoio de parte da sociedade, a lógica burguesa excludente, preconceituosa, moralizadora, conservadora e retrógrada, partindo do interesse da extrema direita em manter somente aqueles que são aliados e fazem parte dessa realidade, caso contrário a ideia é dificultar e atacar duramente. Colocando não só em risco o acesso aos direitos humanos, direitos sociais, cidadania, mas também o direito à vida. A disputa pelo fundo público é então marcada por essas duas faces de luta.

A situação atual exige respostas urgentes em defesa da vida, contra a política de morte e a favor da proteção da classe trabalhadora. O caminho se inscreve



na resistência contra o processo de mercantilização da vida, na luta pela garantia dos direitos sociais e na reorganização da classe trabalhadora em direção à construção de um projeto próprio, que atenda seus interesses. (OLIVEIRA; MATOS; SOUZA, 2020, p. 196)

Assim como as demais políticas sociais, a política de saúde mental sobre os reveses da crise capitalista, para cujo enfrentamento vêm se intensificando a disputa pelo fundo público e sua canalização para o capitalismo financeiro. A saúde mental ainda tem o atenuante da adoção do governo de mecanismos não-públicos e de vias conservadoras, como as comunidades terapêuticas.

## **Considerações finais**

Este trabalho de conclusão de curso chegou neste tema devido ao contato e a experiência de estágio da autora, vivenciada em um CAPSad, localizado na zona norte do Rio de Janeiro, durante um período de ataques, retrocessos e sucateamentos. O objeto de estudo envolveu o interesse em compreender o processo de construção sócio-histórica e de desmonte da Política de Saúde Mental, discutindo e problematizando as conquistas, as disputas e as implicações sofridas por essa política diante da escalada do conservadorismo e da extrema direita e a disputa em torno do fundo público nos últimos tempos.

Concluída a discussão do presente trabalho, foi possível analisar o processo histórico da saúde e saúde mental, bem como as conquistas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Vislumbramos que a Política de Saúde e a Reforma Psiquiátrica foram pontos positivos para o nicho de cuidado da sociedade indo no direcionamento da responsabilidade do Estado e não culpabilização do sujeito. Caminhando em consonância com a cidadania e direcionamentos legais que foram alcançados a partir da implementação da Constituição Federal de 1988.

Além disso, indicamos o impacto negativo acerca da escalada da extrema direita no poder e suas respectivas tendências, especialmente sobre o conservadorismo e as disputas do fundo público, compreendendo os interesses em jogo frente ao sistema capitalista e suas contradições. E, conseqüentemente, a descredibilidade e desconsideração de todo o processo de conquistas e avanços, descumprindo então os aspectos legais de uma sociedade democrática de direitos.

Mesmo que ainda existam problemáticas, como o sucateamento e negligências governamentais, que atravessem as importantes conquistas descritas no campo da saúde mental, vale compreender a implementação de um “projeto” pautado por um contrato social firmado com a população usuária, mas não somente a população demandante de determinado serviço, como também o acesso de toda a sociedade. Ainda mais, dentro da conjuntura da saúde mental, onde os desafios caminham pela garantia dos direitos dos usuários, mas também pela compreensão da realidade social para além da instituição de cuidado, ou seja, a vivência externa, autonomia de vida, contexto familiar e inserção no meio social. E a busca ativa daqueles usuários que

não conseguem chegar até os serviços de saúde e, da mesma forma, necessitam desse acesso.

O que conseguimos analisar a partir dos estudos feitos da realidade dos últimos anos é que a intensificação do avanço das comunidades terapêuticas dentro da lógica de cuidado da RAPS vêm direcionando o cuidado totalmente contrário aos princípios trazidos pela RPB, onde os ideais perpassam pela lógica da abstinência, o viés religioso e de culpabilização do usuário, fazendo com que o mesmo se distancie da realidade e o contexto social em que vive para que seja possível um “tratamento efetivo e de qualidade”. Mas o que salta aos olhos são as infrações acerca do controle e o não acesso da cidadania do sujeito e o cuidado não especializado.

Tudo isso frente às perdas de recursos públicos para os dispositivos de cuidado criados pela RPB e seus respectivos vieses de tratamento individualizado e especialista, além do avanço dobrado de investimentos nas CTs. Pode-se compreender tal transformação acerca da disputa intensa do fundo público no contexto atual de conflitos políticos, econômicos e sociais, a defesa de projetos higienistas e preconceituosos dos governantes atuantes e descredibilidade acerca dos demais serviços dentro da lógica da saúde mental, como os CAPS.

Apoiando-nos em todo o debate e discussão deste trabalho, afirmamos a necessidade da realização de pesquisas e de projetos que se voltem para uma constante atualização dos profissionais e do conhecimento contínuo das demandas apresentadas e atendidas, utilizando desse recurso para pleitear junto às autoridades mais recursos tanto para melhoria no atendimento ao usuário, quanto para fundamentar e garantir a manutenção dos direitos. Além da necessidade de manter a agenda de lutas e reivindicações – “militância” – acerca desse assunto, a crítica diante das novas frentes políticas e seus respectivos adeptos e defensores, e a desconstrução de novos ideais retrógrados e conservadores de algo que já havia sido superado.

## Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. **A política social no governo Lula.** Novos Estudos, nº 70. novembro, 2004.

ALMEIDA, Ronaldo de. **Conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira.** Novos estud. CEBRAP. São Paulo, v.38, n. 01, p. 185-213, jan.-abr., 2019.

ARAUJO, Cicero. **O processo constituinte brasileiro, a transição e o Poder Constituinte.** In: Lua Nova. São Paulo, 88: 327-380, 2013.

ARAÚJO, Ana Paula da Costa; PIRES, Ronaldo Rodrigues. **Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(3), 9-21, mar, 2018.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista.** São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira.** Tema/Radis, 11. Rio de Janeiro, 1988.

BARRETO, Magda Costa. **Há tanta vida lá fora: Desafios e potencialidades da integralidade do cuidado por CAPS AD no município do Rio de Janeiro.** Instituto de Psiquiatria da UFRJ, IPUB, Brasil, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público, Valor e Ajuste Fiscal.** Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=wDTveN-um9M&t=6s> >. Acesso em 13. Out. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Crise do capital, fundo público e valor**. In: Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Fundo público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriações e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 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), 15 dez. 2016a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis ns. 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 1/96.** Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília: 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: < <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> >. Acesso em 19. nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS ad II. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ao transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMPOS, M. S. **Assistente Social: confidente, juiz, bombeiro, agitador social. Guardiã da humanidade em qualquer tempo?.** In: *Serviço Social: questões políticas, sociais, metodológicas.* PUC/SP, s/n, p. 9-17, 1988.

CAPUTO, Lara Rodrigues; TOMAZ, Marciléia; BEDIM, Vanisse B.; DUARTE, Marco J. de Oliveira. **A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão.** Argum., Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS.** 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] CAPES : UAB, 2012.

CASIMIRO, Flávio Henrique Calheiros. **A nova direita: aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Expressão Popular, 2018.

CAVALCANTE, Rita de Cássia. LEAL, Júlia Gonçalves. **Comunidades Terapêuticas e o proibicionismo às drogas: uma moralidade convergente.** Congresso Internacional. “Drogas e autonomia: Ciência, Diversidade, Política e Cuidados. Belo Horizonte – MG, 2017.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117.

CUPERTINO, Ana Paula Silva. **Por onde caminha a Redução de Danos.** Revista Serviço Social em Perspectiva – Montes Claros/MG, v.3, n. 1, jan/jun-2019. p.172-173.

DELGADO, Pedro G. G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019.

FARIAS, Jessica Souza de; PASSOS, Rachel Gouveia. **Saúde mental e drogas: o avanço do conservadorismo em tempos de golpe – o caso das comunidades terapêuticas.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Vitória – ES, v.16, n.1, 2018.

FIOCRUZ. Fernanda Marques. **“Saúde mental para todos”:** estudo sobre **(des)financiamento no Brasil foi apresentado no primeiro dia do evento.** Disponível em: < <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/> >. Acesso em 18. nov. 2021.

FREITAS, R. de C. M. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; FARIAS, Jessica Souza de; ARAUJO, Giulia de Castro Lopes de. **As comunidades terapêuticas brasileiras e a pandemia do novo coronavírus.** In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

GOUVEIA, Rachel Passos. **Caminhos da consciência para si no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács.** Trabalho, Educação e Saúde (Online), v. 13, p. 11-22, 2015.

\_\_\_\_\_. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino.** São Paulo, 2016.

\_\_\_\_\_; PORTUGUAL, Sílvia. **Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas.** In: R. Pol. Públ., São Luís, v. 19, n. 1, p. 91-102, jan./jun. 2015.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **A remanicomização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista.** O Social em Questão, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 44, 2019, p. 111-138.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações.** São Paulo: Ed. Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IASI, Mauro. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento.** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2006.



INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.** Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf)>. Acesso em: 30 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. **Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019.** Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510\\_analise\\_das\\_politicas\\_publicas\\_sobre\\_drogras\\_no\\_orcamento\\_federa\\_2005\\_a\\_2019.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510_analise_das_politicas_publicas_sobre_drogras_no_orcamento_federa_2005_a_2019.pdf)>. Acesso em 30 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. **Texto para Discussão: “Vinculação Orçamentária do Gasto em Saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor”.** Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2516.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2516.pdf)>. Acesso em 18. nov. 2021.

\_\_\_\_\_. **Políticas sociais: acompanhamento e análise.** Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/200924\\_bps26\\_web.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/200924_bps26_web.pdf)>. Acesso em 19. nov. 2021.

LEAL, Julia Gonçalves; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Comunidades Terapêuticas e o Proibicionismo às drogas: uma moralidade convergente.** 6º Congresso Internacional. Drogas e autonomia: Ciência, Diversidade, Política e Cuidados. Belo Horizonte – MG, 2017.

LESBAUPIN, I. **Uma análise do governo Lula 2003-2009: de como servir aos ricos sem deixar de atender aos pobres. 2009.** Disponível em: <[www.iserassessoria.org.br/novo/produtos/biblioteca.php](http://www.iserassessoria.org.br/novo/produtos/biblioteca.php)>. Acesso em 02. Mar. 2021.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo tardio.** 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

MATTA, Corrêa Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo, n-1 edições, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária**. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, São Paulo, n 57, set./dez. 2020.

MENEZES, Ana Paula; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Revista Katál. Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013.

MORETTI, Bruno; MENEZES, Ana Paula. **Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública**. Viomundo [internet]. 2019. Disponível em: < <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao-de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html> >. Acesso em 19. nov. 2021.

MUNIZ, Marcelo Augusto do Nascimento; BROTTTO, Marcio Eduardo. **Política de Saúde e Organizações Sociais: limites para a consolidação da universalização da saúde no Rio de Janeiro**. R. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n 1, p.153-170, jan./jun. 2016.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Cinco notas a propósito da "questão social"**. Temporalis, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

\_\_\_\_\_. e BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, Debora Lopes de; MATOS, Maurílio Castro de; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **CRISE CAPITALISTA E DESESTRUTURAÇÃO DE DIREITOS: seus efeitos na política de saúde e para os trabalhadores do setor**. In: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M. da; LIMA, R. S. (Orgs..). Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

OLIVEIRA, Francisco de. **O surgimento do antivalor**. In: Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1997a.

O'DWYER, Gisele; GRAEVER, Leonardo; BRITTO, Fernanda Adães; MENEZES, Tatiane; KONDER, Mariana Teixeira. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(12):4555-4567, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**. Tema/Radis, 11. Rio de Janeiro, 1988.

\_\_\_\_\_. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PASSOS, R. G.; ARAÚJO, G. C. L.; GOMES, T. M. S.; FARIAS, J. S. **Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro**. Argumentum, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago., 2020.

PAZOLINI, Pollyana Tereza Ramos. **A expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil no contexto neoliberal**. In: "Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise". Vitória, 7º Encontro Internacional de Política Social; 14º Encontro Nacional de Política Social, v. 1, n. 1, junho 2019.

PEREIRA, P. A. P. **Política social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

SALVADOR, Evilásio. **Crise do capital e o socorro do fundo público**. In: Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil.** In: Textos & Contextos. Porto Alegre, v.19, n.2, p.1-15, jul-dez 2020.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de economia.** 3 ed. São Paulo, Nova Cultural, 1992.

SANTOS, Josiane Soares. "**Questão Social**". Particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2015.

SILVA, Amanda Sales. **O conservadorismo brasileiro na atualidade: sua filiação à agenda neoliberal.** Argum., Vitória, v. 13, n. 2, p. 96-108, maio/ago. 2021.

SILVA, Mossicléia Mendes. **Desenvolvimento capitalista e assistência social no Brasil: a encruzilhada da modernização com o Plano Brasil sem Miséria, 2011-2016.** 2018.

SILVA e SILVA. Maria Ozanira. **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMAS, Rodrigo Silva. **Contribuições para a análise da política brasileira de saúde para usuários de drogas: modelos em disputa.** Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação.** Revista Serviço Social & Sociedade nº 122, edição de abr-jun/2015.

TEIXEIRA, Aloisio. **O ajuste impossível, seis anos depois – Uma representação.** Rio de Janeiro, IEI/UFRJ, 2000. Mimeo.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.** Revista Saúde Pública, 2017; 51:19.