

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Heline Caroline Eloi Moura

**A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE  
MENTAL EM MACEIÓ-AL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Maceió

2016

HELINE CAROLINE ELOI MOURA

**A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE  
MENTAL EM MACEIÓ-AL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Lúcia Prêdes Trindade.

Maceió

2016

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

**Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima**

M929r Moura, Heline Caroline Eloi.  
A relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió-AL no contexto da reforma psiquiátrica/ Heline Caroline Eloi Moura. – 2016. 154 f.

Orientadora: Rosa Lúcia Prédes Trindade.  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 147-154.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Política de saúde mental. 3. Relação público e privado. I. Título.

CDU: 364.444:613.86



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – MESTRADO

---

HELINE CAROLINE ELOI MOURA

**A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM  
MACEIÓ-AL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Lúcia Prêdes Trindade

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Lúcia Prêdes Trindade (Orientadora)  
Faculdade de Serviço Social – UFAL

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Valéria Costa Correia  
Faculdade de Serviço Social – UFAL

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mércia Zeviani Brêda  
Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR-UFAL)

Maceió-AL

2016

## AGRADECIMENTOS

*É com o coração grato, que venho tecer algumas palavras a todos e a todas que contribuíram para essa caminhada árdua, mas muito gratificante em minha vida...*

*Agradeço a Deus, minha base, que me possibilitou condições reais para que eu pudesse concluir mais uma etapa da minha vida de forma exitosa. Sem Ele nada disso teria sentido. “Bem sei que tudo podes e que nenhum dos teus planos pode ser impedido” (Jó 42: 2).*

*Aos meus pais Roberto e Cícera, por me guiarem no caminho enriquecedor dos estudos, e por todos os esforços que fizeram para me manter nesse caminho, abdicando por tantas vezes seus sonhos em favor dos meus, fazendo o possível e o impossível pra me proporcionar uma educação de qualidade. Sem a ajuda deles, não teria chegado até aqui. São os meus bens mais preciosos! Obrigada pela família maravilhosa que formamos.*

*Aos meus irmãos Helloyne e Felipe, por toda unidade e companheirismo que representamos juntos, por me proporcionarem momentos incríveis, vocês são os melhores presentes que a vida poderia me dar. Agradeço a minha linda e encantadora sobrinha, Maria Júlia (Juju, Maju, minha doce Jujubinha), por ser a calma no meio da tempestade, por me proporcionar momentos incríveis de amor e carinho.*

*Agradeço ao Luiz, meu amor, por continuar junto a mim mesmo em períodos tão difíceis, me incentivando e acreditando que dias melhores estão por vir. Obrigada pelos bons momentos que compartilhamos juntos. Agradeço ainda ao meu cunhado Júlio César, que se tornou um irmão que a vida me deu, obrigada por me ajudar ativamente para que eu concluísse essa fase da minha vida e pela sobrinha maravilhosa que, juntamente com Helloyne, nos deu.*

*Agradeço a minha orientadora, professora Rosa Prédes, a quem admiro pela sua competência e ética, pela paciência e disposição em me ensinar, por toda confiança depositada em mim. Obrigada por me encorajar, até quando eu mesma duvidava ir além. Agradeço por ter aceitado o desafio de está mais uma vez junto comigo – pois nossa parceria vem desde os meus primeiros períodos de graduação – nessa caminhada árdua, mas muito gratificante que é o processo de produção do*

*conhecimento científico. Sinto-me muito privilegiada por está ao seu lado todos esses anos de ricos momentos de aprendizados.*

*Agradeço a professora Valéria Correia, atualmente na condição de Magnífica Reitora, a quem estimo muito carinho, por aceitar participar desse momento contribuindo ricamente com sua experiência na militância em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal e de qualidade. Agradeço também a professora Mercia Zeviani, que na condição de examinadora externa contribuiu ricamente por meio de sua experiência. Corroborando criticamente com reflexões acerca da atual configuração da saúde mental na realidade local.*

*Agradeço aos professores que compõem o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pelos conhecimentos transmitidos e pelas reflexões acerca das contradições gestadas pelo modo de produção capitalista, que contribuíram significativamente nas análises do tema deste trabalho.*

*Agradeço ainda a todos e a todas que compõem o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais; e, especificamente ao Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Sociedade, pelos ricos debates que realizamos e que contribuíram para este trabalho, pelas amizades que ganhei nesses espaços de debate intelectual.*

*Enfim, agradeço à vida, por nada ter sido fácil.*

***“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”***

***(Nise da Silveira)***

## RESUMO

Esta dissertação apresenta a pesquisa sobre *A relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió-AL no contexto de Reforma Psiquiátrica*, visando desvendar como se expressa essa relação e as motivações implícitas do capital em captar o fundo público para o favorecimento do setor privado em detrimento da rede pública de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Assim, para esta análise partimos do seguinte questionamento: Como se expressa a relação entre o público e o privado por meio da ampliação de serviços privados e filantrópicos em detrimento da ampliação e efetivação dos serviços públicos de saúde mental em Maceió-AL? Para a realização desta investigação científica, recorreremos à pesquisa de natureza exploratória de modo a apreender os nexos causais de movimento da realidade, visto que a produção teórica acerca do objeto em questão ainda é reduzida. Deste modo recorreremos predominantemente à pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental que subsidiaram na interpretação do objeto de estudo em questão. Os dados aqui demonstrados apontam que tal relação entre público e privado na realidade de Maceió-AL, têm se expressado nos últimos anos de forma intensificada com novas formas de privatizações e, especialmente na saúde mental através da permanência dos hospitais psiquiátricos privados e da ampliação das denominadas *Clínicas Involuntárias* e as *Comunidades Acolhedoras* que atendem as demandas da dependência química financiadas com recurso público. Constatase que os avanços preconizados pela Reforma Psiquiátrica, mediante processo histórico iniciado na década de 1980 e fortalecido nos anos 2000, são contraditoriamente capturados pela lógica mercadológica que interfere na garantia de serviços de saúde mental públicos e estatais, voltados aos usuários de drogas e/ou aos que vivem em sofrimento psíquico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde Mental; Relação público e privado.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between public and private in mental health policy in Maceió-AL in the context of psychiatric reform, aiming to discover how expresses this relationship and the implied capital motivations to capture the public fund for the encouragement of private sector at the expense of public mental health within the Unified health System (SUS) at the local level. Thus, to achieve our goal, we draw an investigation into the historical process of constitution health and mental health and the changes that occurred in mental health by the psychiatric reform process by identifying the first times that the private sector was present in the process . We also seek to identify the configuration of the Psychosocial Care Network in Maceió-AL, and in parallel we underline the services that make up the private sector of mental health care. Through these considerations we can analyze the work object in question, namely: the relationship between public and private in the mental health policy in Maceió-AL. It is in the contemporary context, we see this strong relationship established, as guided by the neoliberal measures, health and mental health action has negatively been affected by the focus, selectivity and privatization of services. So, this work expresses as it is this relationship, and the implications for public mental health services that integrate the Psychosocial Care Network in Maceió-AL reality. For this analysis we used predominantly to literature and documentary research that supported the interpretation of the object of study.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform; Mental Health Policy; public and private relationship.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	103
FIGURA 2: FINANCIAMENTO PREVISTO PARA O FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.....	108
FIGURA 3: FINANCIAMENTO PREVISTO PARA O FUNCIONAMENTO DOS CAPS.....	112
FIGURA 4: FINANCIAMENTO DO TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE) NO ANO DE 2013.....	121
FIGURA 5: FINANCIAMENTO DO TETO MUNICIPAL DA REDE PSICOSSOCIAL (RSM) E DO TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE) NO ANO DE 2014.....	123
FIGURA 6: FINANCIAMENTO HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO.....	129
FIGURA 7: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS NO ANO DE 2013.....	134
FIGURA 8: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS NO ANO DE 2014.....	136

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcólicos Anônimos
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEAAD	Centro de Estudo e Atenção ao Alcolismo e outras dependências
CF	Constituição Federal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
ESF	Estratégia Saúde da Família
EBSHER	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEDEPS	Fundação Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
LEC	Lei Elói Chaves
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OS's	Organizações Sociais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Sociais
OSCIP's	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PT	Partido dos Trabalhadores
PAIUDAD	Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas

PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENILA	Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial
RMSE	Rede de Saúde Mental
RSM	Rede Psicossocial
SEPREV	Secretaria de Estado de Prevenção à Violência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Descentralizado de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCU	Tribunal de Contas da União
TCE	Tribunal de Contas do Estado
USF	Unidade Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E REFORMAS SOCIAIS NO CAPITALISMO.....</b>	<b>19</b>
2.1 A relação Estado e sociedade na emergência do capitalismo.....	19
2.2 Estado e políticas sociais no estágio monopolista do capitalismo.....	29
2.3 Reestruturação produtiva e Reforma do Estado no capitalismo a partir da década de 1970.....	45
<b>3. AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>58</b>
3.1 Constituição da política de saúde e da saúde mental no Brasil.....	58
3.2 Os processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica e as relações público e privado no contexto atual das políticas sociais brasileiras.....	72
3.3 As interferências da <i>contrarreforma</i> nas políticas de saúde e saúde mental a partir de 1990.....	80
<b>4. A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MACEIÓ-AL.....</b>	<b>99</b>
4.1 A Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua configuração em Maceió-AL.....	100
4.1.1 Atenção Básica de Saúde.....	106
4.1.2 Atenção Psicossocial Estratégica.....	110
4.1.3 Atenção de Urgência e Emergência.....	113
4.1.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	114
4.1.5 Atenção Hospitalar.....	116

4.1.6	Estratégias de Desinstitucionalização.....	118
4.1.7	Reabilitação Psicossocial.....	119
4.2	O Financiamento Público de Serviços Privados de Saúde Mental em Maceió: impasses e controvérsias para a consolidação da rede pública.....	125
4.2.1	A permanência dos hospitais psiquiátricos públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS) .....	125
4.2.2	O financiamento público às instituições que atendem usuários de drogas em Alagoas.....	130
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>141</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A pesquisa que ora se apresenta, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, na linha de pesquisa Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social, tem como objeto de estudo: “A relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió-AL no contexto da Reforma Psiquiátrica”. Para a análise do objeto, traçamos como objetivo geral: investigar a relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió-AL no contexto da Reforma Psiquiátrica. Para atingirmos tal objetivo, delineamos como objetivos específicos: Aprofundar o estudo teórico sobre a concepção de Estado, Políticas Sociais e as Reformas Sociais no capitalismo; analisar a relação entre público e privado no processo de constituição da saúde e da saúde mental brasileira; aprofundar o estudo teórico sobre “reforma” e “contrarreforma” do Estado a partir do ajuste neoliberal e suas consequências nas políticas sociais, dentre elas a política de saúde mental; Identificar as alocações de recursos para os serviços de saúde mental em Maceió-AL; Desvendar os impactos do crescimento de serviços privados e filantrópicos destinados a atender as demandas da política de saúde mental em nível local.

O interesse em estudar o tema, advém de uma trajetória que reúne um conjunto de experiências enriquecedoras que se iniciaram ainda nos meus primeiros períodos de estudante de graduação em Serviço Social. Inicialmente, tive a oportunidade de acompanhar as discussões do *Fórum em Defesa do SUS e Contra as Privatizações*, que me possibilitou ricas reflexões acerca do processo de privatizações na saúde em nível nacional e local. Em seguida pude participar do PET Saúde Mental/Crack e outras drogas, no período de 2011-2012 como aluna bolsista de extensão, bem como minha experiência de Iniciação Científica no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, como bolsista, no período de agosto de 2012 a julho de 2013<sup>1</sup> do projeto de pesquisa: *Expansão e precarização do mercado de trabalho do assistente social e da formação profissional na atualidade e as repercussões para a condição*

---

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa realizado a partir da parceria entre a Faculdade de Serviço Social - FSSO da Universidade Federal de Alagoas com o Conselho Regional de Serviço Social em Alagoas – CRESS 16ª Região com financiamento do CNPq.

*profissional do Serviço Social*. Nesse projeto, o plano de trabalho desenvolvido teve como tema: *Atribuições dos assistentes sociais e condições de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial na política de saúde mental em Maceió*, desenvolvido sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Lúcia Prêdes Trindade. Tais experiências me fizeram aprofundar os conhecimentos sobre a *Inserção do Serviço Social na Rede de Atenção Psicossocial em Maceió-AL*, estudo este que se consolidou no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em 2014.

Alguns questionamentos ficaram em aberto nos resultados do meu TCC, um deles se referia à identificação de uma rede privada que crescia em Maceió-AL em detrimento da rede pública de saúde mental que caminhava a passos vagarosos. A pesquisa de Moura (2014) sinaliza que no âmbito da saúde mental, os governos têm se voltado a diminuir os custos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e em contrapartida privilegia o repasse de verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e do “terceiro setor” filantrópico, através de convênios que pagam internações para o usuário do serviço de saúde mental, a fim de continuar enriquecendo o capital que compõe a base de sustentação de seus mandatos. Constatou-se o crescimento de *Clínicas Involuntárias e Comunidades Acolhedoras*, de natureza privada e financiada com recursos públicos, voltada para tratar dependentes químicos e o baixo investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se configura no âmbito dos serviços públicos de saúde. Vê-se que as inúmeras internações custosas ao governo continuam em ritmo crescente, e o baixo investimento nos serviços públicos de saúde mental passa a ser uma preocupação dos trabalhadores, usuários da saúde mental e os que militam em favor dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Percebe-se que o processo de Reforma Psiquiátrica se apresenta em um contexto contraditório, pois as mudanças preconizadas pela reforma se materializam sob a prevalência do projeto neoliberal. Os interesses contraditórios repercutem fortemente na política de saúde brasileira em todo movimento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e expressivamente nos últimos anos, encontramos inúmeras estratégias governamentais que burlam os princípios dessas reformas, seja por meio de empresas privadas para gerir o serviço público de saúde, ou mesmo pela contratação dos serviços privados pagos com recursos públicos, canalizando o fundo público para o setor privado.

Assim, a pesquisa desenvolvida partiu do seguinte questionamento: Como se expressa a relação entre o público e o privado por meio da ampliação de serviços privados e filantrópicos em detrimento da ampliação e efetivação dos serviços públicos de saúde mental em Maceió-AL? No que se refere aos procedimentos metodológicos utilizados durante a investigação científica, recorreremos à pesquisa de natureza exploratória de modo a apreender os nexos causais de movimento da realidade, visto que a produção teórica acerca do objeto em questão ainda é reduzida.

Inicialmente, recorreremos à pesquisa bibliográfica abrangendo as referências teóricas que subsidiam a análise do movimento contraditório das relações sociais capitalistas fundadas na desigualdade social, e nos interesses do grande capital na busca incessante de lucro. Nesse momento, pudemos fazer relação como tais interesses vão repercutir fortemente nas políticas sociais, dentre elas a política de saúde mental direcionando-a a lógica do mercado. A pesquisa bibliográfica também foi imprescindível ao entendimento do processo de constituição da saúde e da saúde mental no Brasil, na qual se buscou dialogar com referências teóricas que se dedicam a explicitar como se constitui esse processo. Tal percepção possibilitou apreender os avanços e recuos que a saúde e a saúde mental tiveram na história brasileira, bem como, pudemos identificar como o setor privado se expressa nessa realidade convivendo com o setor público, e as implicações dessas relações.

Em paralelo à pesquisa bibliográfica, recorreremos às fontes documentais com o intuito de captar dados acerca das políticas de saúde e de saúde mental, bem como da política sobre drogas, especialmente sobre o seu financiamento com recursos públicos. Recorreremos a leis, documentos, decretos, portarias, cartilhas sobre saúde e saúde mental que complementaram o estudo. Foi utilizada ainda no processo de pesquisa, a busca de dados fornecidos em portais online, tais como o portal da transparência e sites institucionais que publicizam informações a acerca do financiamento dos serviços públicos e privados de saúde mental, objeto de análise deste trabalho. Bem como visitas institucionais à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, e a Secretara Estadual de Saúde de Alagoas que por meio de entrevista também disponibilizaram informações relevantes referentes ao objeto de estudo.

Vale salientar que para o melhor desenvolvimento da pesquisa recorreremos ao método dialético de Marx, objetivando ultrapassar a mera exposição, e compreender os nexos causais envolvidos no desenvolvimento histórico da humanidade e na construção dos indivíduos a partir das relações sociais capitalistas.

A dissertação de mestrado está estruturada em três seções, na primeira, intitulada “*Estado, Políticas Sociais e Reformas Sociais no Capitalismo*”, buscamos explicitar a partir do modo de produção capitalista como as contradições gestadas por esse sistema vão repercutir negativamente nas condições de vida da classe trabalhadora de modo que por meio de políticas sociais o Estado irá intervir a fim de amortecer o conflito entre as classes sociais antagônicas. A análise desse modo de produção possibilitou-nos identificar que as crises cíclicas estão inteiramente relacionadas à produção capitalistas, sendo até mesmo funcionais ao sistema, é, pois, nos períodos de crise que o capital irá se adequar de modo a melhor alavancar a economia capitalista.

Assiste-se na década de 1970 uma crise sem precedência na história do capitalismo, analisada, aqui, como uma crise estrutural do capital. Essa crise irá repercutir fortemente nas políticas sociais, pautadas pelos ajustes neoliberais; com as políticas sociais sendo progressivamente pautadas na lógica do mercado. Veremos que é por meio desses momentos de crise que o Estado se conformará através de constantes mudanças, constantes *reformas*, de modo a melhor se enquadrar as necessidades do capital. É sob tal análise que conseguimos buscar nas raízes do modo de produção capitalista o fundamento das expressivas relações entre público e privado. A partir de tal concepção pudemos identificar como essas relações se configuram na história da saúde e da saúde mental brasileira.

Na segunda seção, pontuamos como esses interesses contraditórios capitalistas vão repercutir nas políticas de saúde e de saúde mental no Brasil. Assim, na segunda seção intitulada “*As transformações sócio-históricas da política de saúde e de saúde mental no Brasil no contexto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica*” buscamos analisar como se configura a história da saúde e da saúde mental que se dão paralelamente, apontando os avanços e os retrocessos dessas políticas. Pudemos identificar a partir desta análise como o setor privado se

apresenta na história brasileira, ora de forma mais explícita, ora de forma implícita, bem como as formas mais contemporâneas em que essas relações se configuram.

Assim, apresentaremos como as questões da saúde e da saúde mental vão se configurar como sendo necessárias à intervenção estatal por meio de políticas sociais. Explicitaremos os fatores econômicos, políticos e sociais que interferem nas mudanças ao longo do desenvolvimento histórico do Brasil, bem como a necessidade de mudança nessas áreas por meio das Reformas Sanitária e Psiquiátrica na década de 1980. É com a contextualização dessas reformas que poderemos perceber as relações entre público e privado nessas áreas, que, por sua vez, já estavam postas desde o período de ditadura militar.

A partir destas ponderações, apresentamos na seção três, a sistematização de dados sobre a relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió, contextualizando-a no cenário nacional, mostrando como a rede pública tem sido pressionada pela lógica do privado, colocando em questão o caráter público e universal das políticas de saúde e de saúde mental. Buscamos explicitar nessa terceira seção como a Rede de Atenção Psicossocial tem se configurado no município de Maceió-AL, e o quanto tem sido investido financeiramente para o funcionamento desta rede. Também mostraremos a expansão de serviços privados, e o investimento público nesses serviços privados. A partir de tal desenho, que explicita o público e o privado, pudemos fazer relevantes considerações acerca dos resultados obtidos que apontam como tem se constituído as relações entre público e privado na política de saúde mental em Maceió-AL no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos a relevância da análise do objeto em questão numa perspectiva histórico-crítica, uma vez que as alterações da realidade rebatem cotidianamente na vida da classe trabalhadora usuárias dos serviços públicos de saúde e de saúde mental. Deste modo, tal relação precisa ser recorrentemente exposta e analisada como forma de não permitir que a imediatividade dos fatos predomine sobre a possibilidade de construir novas mediações da realidade.

## **2. ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E REFORMAS SOCIAIS NO CAPITALISMO**

A análise do objeto deste trabalho – *A relação entre o público e privado na Política de Saúde Mental em Maceió-AL no contexto da Reforma Psiquiátrica* – demanda investigar algumas mediações consideradas anteriores a esse processo, mas imprescindíveis ao entendimento das relações e interesse capitalista que justificam a reprodução da relação entre público e privado expresso nas políticas sociais públicas e dentre elas a política de saúde mental.

Considerando que a crítica de Marx a economia política possui um aporte que melhor justifica e interpreta a realidade da sociedade dividida em classes sociais e suas formas mais complexas de desenvolvimento, e as contradições daí decorrentes, utilizaremos para essa discussão a obra do próprio Marx em “O Capital”, bem como autores de cunho marxista e marxiano que explicitam e analisam o processo de constituição e desenvolvimento do capitalismo. Partimos do pressuposto de que é nos estudos teórico de Marx que encontramos o núcleo ontológico e categorial para um desvendamento e crítica à sociedade burguesa. Em seguida, abordaremos as relações entre Estado e políticas sociais na fase monopólica do capitalismo, para entender os processos de reforma social nessa sociabilidade.

### **2.1 A relação Estado e sociedade na emergência do capitalismo**

Iniciaremos esta discussão contextualizando o processo histórico de constituição do capitalismo e as conseqüentes relações sociais fundadas nas desigualdades sociais e no conflito entre as classes. Buscaremos explicitar como o Estado se apresenta nesse contexto de modo a conter os conflitos resultantes da intensa exploração do trabalho. Para esta análise, é preciso situar as condições basilares que deram alicerce ao surgimento do capitalismo na história da humanidade. Apresentaremos como surge esse modo de produção, seu processo

de desenvolvimento econômico e político, bem como as mudanças pelo qual acarretaram em reformas sociais.

Apreende-se a partir dos estudos teóricos de Marx e Engels, que a sociedade dividida em classes sociais economicamente desiguais é anterior ao modo de produção capitalista, e que a constituição dessas classes sociais vai se dá num determinado momento da história de desenvolvimento da humanidade, especificamente com o advento da *Revolução Neolítica*, em que temos um maior desenvolvimento da agricultura e da pecuária alterando substancialmente as relações sociais, e o modo de viver dos indivíduos. É em decorrência dessas alterações que Engels (2012) identifica o surgimento das classes sociais, pois é nesse momento que a produção possibilitou ao ser humano produzir bens de consumos mais que o necessário para a sua sobrevivência.

Tal acontecimento foi decisivo para a ruptura com a forma inicial de produção e convivência dos seres humanos no período pré-histórico na comunidade primitiva, uma vez que possibilitou que grupos de indivíduos se destacassem, pois conseguiam produzir mais que o necessário para sua manutenção, acarretando em certo controle na produção de bens de consumo, permitindo que alguns grupos não necessitassem trabalhar. Desta forma, percebe-se pela primeira vez na história *o intercâmbio regular de produtos*.

As transformações ocorridas na produção deram origem ao *excedente*<sup>2</sup>, fazendo com que as tribos que produziam suprimentos em excesso obtivessem regalias. Neste sentido, a produção em excesso que aumentava paulatinamente acarretava em acumulação e centralização de riqueza e potencializava as relações de trocas entre as tribos. Temos então, uma sociedade dividida entre exploradores e explorados, “assim se explica que os primeiros acumularam riquezas e os últimos, finalmente, nada tinham para vender senão sua própria pele”. (MARX, 1996, p. 339) É que o Marx denomina de *exploração do homem pelo homem*.

Para manter a sua sobrevivência não resta alternativa para os expropriados dos meios de produção – que é capturado pela classe economicamente dominante – senão vender o que lhe resta, sua força de trabalho, que é vendida como qualquer outra mercadoria.

---

<sup>2</sup> Baran e Sweezy (1974) caracteriza o excedente como sendo “[...] a diferença entre o custo que a sociedade produz e os custos dessa produção. O volume do excedente é um índice de produtividade e riqueza” (BARAN; SWEEZY, 1974, p. 19)'

Inicialmente essas classes foram constituídas por senhores e prisioneiro que se transformaram em escravos, emergindo assim, o modo escravista de produção ainda em seu estágio nascente e esporádico.

A riqueza aumentava de forma acelerada com um caráter cada vez mais individual. O trabalho tornava-se economicamente vantajoso quando realizado por vários indivíduos e não apenas por um. Ao longo do desenvolvimento histórico vemos que alguns fatores acentuaram e potencializaram as relações desiguais, temos o surgimento do comércio, do dinheiro metal, da riqueza em forma de terra e com ela a propriedade privada, bem como uma organização das formas de exploração do trabalho mais bem organizada.

Conforme análise de Engels (2012), a divisão da sociedade em classes sociais e as relações sociais fundada na desigualdade econômica foram sendo potencializadas por um tensionamento da relação entre essas duas classes antagônicas, isto é, explorados e exploradores. Engels (2012) sinaliza que “uma sociedade desse gênero não podia subsistir senão por meio de uma luta aberta e incessante das classes entre si, ou sob o domínio de um terceiro poder que situado aparentemente por cima das classes em luta, suprimisse os conflitos abertos destas e só permitisse a luta das classes no campo econômico, numa forma dita legal”. (ENGELS, 2012, p. 212) Este terceiro poder é o *Estado* que surge substituindo o regime gentílico<sup>3</sup> que se encontrava ultrapassado e foi destruído com a divisão do trabalho e das classes sociais.

Deste modo, o Estado emerge como um produto da sociedade que em um determinado momento histórico requisitou uma instância reguladora de conflitos que se apresentasse acima das classes com uma falsa aparência de imparcialidade nas suas intervenções. É um momento em que a sociedade chega a certo nível de contradições que ela própria é permeada por conflitos irreconciliáveis. O Estado surge para que esse antagonismo de classes não seja devorado por meio de uma luta aberta, com uma função social de amortecer o choque e conservar essa sociedade economicamente desigual dentro dos limites da “ordem”.

---

<sup>3</sup> A organização gentílica caracterizava-se pelo agrupamento natural de tribos. Nesta forma de organização não havia dominação, acumulação de riqueza, nem classes sociais economicamente desiguais. Os conflitos eram resolvidos pela própria organização.

Apreende-se a partir de Engels (2012), que o Estado como uma nova instância reguladora se apresenta com algumas características, a saber: pelo agrupamento de seus súditos de acordo com uma *divisão territorial*; se apresenta como uma *força pública*, constituída por homens armados utilizando-se de acessórios materiais, os cárceres e as instituições coercitivas de todo gênero. Essas instâncias se aprimoram e fortalecem com o aumento da população e do antagonismo de classes. Outra característica que prescreve o Estado, representado por essa força pública, são os *impostos* que são cobrados da população. Os impostos são contribuições que sustentam e financiam a força pública, por meio deste, o aparato estatal é capaz de contrair empréstimos e dívidas.

Diante de todos os argumentos até aqui explicitados, não há dúvidas de que o Estado desde a sua origem sempre foi o da classe economicamente dominante, surge com o intuito de defender e proteger os direitos dessa classe. Sua função social está intrinsecamente atrelada à manutenção das desigualdades sociais, se colocando acima das classes como um terceiro poder, sustentando uma falsa ideia de que intervém nas contradições de maneira neutra. Sobre isso Engels (2012) afirma:

Como o Estado nasceu da necessidade de conter os antagonismos das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu ao meio conflito delas, é por regra, o Estado das classes mais poderosas, da classe economicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. Assim, o Estado antigo foi, sobretudo, o Estado dos senhores de escravos para manter os escravos subjugados, o Estado feudal foi o órgão de que se valeu a nobreza para manter a sujeição dos servos e camponeses dependentes; e o moderno Estado representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado. (ENGELS, 2012, p. 215-216)

Vemos com isso, como o Estado exerce um papel fundamental no sentido de amortecer os conflitos entre as classes sociais, e que esta instância reguladora irá mudar sua aparência de modo a melhor atender os interesses da classe dominante a depender das exigências do modo de produção em vigor. É importante pontuar que os acontecimentos que ocorreram no decurso do desenvolvimento histórico devem ser apreendidos como um processo. Sendo assim, temos a presença do poder estatal com formas diferenciadas nos modos de

produção escravista, feudal e no capitalismo. Sobre esse desenvolvimento histórico, Engels (2012) descreve:

Com a escravidão, que atingiu o seu mais alto grau de desenvolvimento sob a civilização, veio a primeira grande cisão da sociedade em uma classe que explorava e outra que era explorada. Esta não se manteve através de todo período civilizado. A escravidão é a primeira forma de exploração, a forma típica da antiguidade; sucedem-na a servidão na Idade Média e o trabalho assalariado nos tempos modernos: são as três formas de avassalamento que caracterizam as três grandes épocas da civilização. A civilização faz-se sempre acompanhar da escravidão – de princípio franca, depois mais ou menos disfarçada. (ENGELS, 2012, p. 220)

Nota-se que no decurso do desenvolvimento histórico, a concepção da existência de um terceiro poder vai se desenvolver e ganhar força atrelada a visão liberal de Estado, reiterando ainda mais que essa instância está acima das classes e de que intervém nas contradições de forma imparcial, fazendo ainda acreditar que as duas classes participam das decisões tomadas a fim de proporcionar o “bem-estar” e “harmonia social”.

Essa concepção se difere da de Marx e Engels. Para estes, o Estado possui uma função social de administrar os conflitos entre as classes a fim de preservar a ordem burguesa no poder. O Estado é, pois, um produto da sociedade dividida em classes<sup>4</sup>, quando em certo momento de seu desenvolvimento desigual no processo econômico de produção, necessitou de uma instância reguladora que mascarasse e mantivesse as relações desiguais sem grandes desordens entre as classes envolvidas.

Deste modo, fundamentando-se em Engels, o Estado não é uma mera instância administrativa, pois se constitui em um poder que foi imposto à sociedade pelas classes dominantes, mas sempre tensionadas pelas relações contraditórias inelimináveis e irremediáveis que envolvem as classes sociais, pelas necessidades da manutenção da ordem social economicamente estabelecida. Sendo assim, o Estado não é o Estado *das* classes, e sim de *uma* classe, a *classe economicamente dominante*.

---

<sup>4</sup> É importante salientar que tal acontecimento não se dá de forma imediata, deve-se ter uma leitura da relação da origem do Estado enquanto *movimento*, enquanto *processo*. O crescimento do Estado vai se dando à medida que cresce as desigualdades sociais e conseqüentemente os conflitos resultantes desta.

Apesar de aparentar-se como algo tão inseparável na história da humanidade, como um poder tão essencial a manutenção da ordem, Engels (2012) assevera que “o Estado não tem existido eternamente. Houve sociedades que se organizaram sem ele, não tiveram a menor noção do Estado ou de seu poder”. (ENGELS, 2012, p. 218) Apreende-se com isso, que numa sociedade em que não haja classes sociais, assim como vimos na comunidade primitiva, a instância do Estado torna-se desnecessária.

Apreende-se que a cada fase do desenvolvimento da humanidade, o processo produtivo se complexifica atrelado ao desenvolvimento das forças produtivas e de uma intervenção estatal que se alinha aos interesses da classe economicamente dominante. Assim, ao longo do desenvolvimento histórico vemos que o Estado ora se conforma fazendo um consenso, ora uma coerção.

Traçaremos nossas análises ao modo de produção capitalista, que tem seus alicerces firmados ainda no modo de produção feudal. A decomposição deste último formou elementos de sustentação para o primeiro. Quando, no período feudal, o trabalhador é desvinculado da gleba ou de seu servo, esse produtor direto, torna-se livre vendedor da sua força de trabalho, “assim, o movimento histórico, que transforma os produtores em trabalhadores assalariados, aparece, por um lado, como sua libertação da servidão e da coação corporativa”. (MARX, 1996, p. 341)

Marx (1996) sinaliza que este movimento se dá através da expropriação dos meios de produção (matéria-prima e instrumentos de trabalho) e todas as garantias de subsistências do trabalhador e que este processo “transforma, por um lado, os meios sociais de subsistência e de produção em capital, por outro, os produtores diretos em trabalhadores assalariados”. (MARX, 1996, p. 340) Sobre essa transição, Marx (1996) aponta:

A continuação consistiu numa mudança de forma dessa sujeição, na transformação da exploração feudal em capitalista. Para compreender sua marcha, não precisamos volver a um passado tão longínquo. Ainda que os primórdios da produção capitalista já se apresentam esporadicamente em algumas cidades mediterrâneas, nos séculos XIV e XV, a era capitalista só data do século XVI. Onde ela surge, a servidão já está abolida há muito tempo e o ponto mais brilhante da Idade Média, a existência de cidades soberanas, há muito começou a empalidecer. (MARX, 1996, p. 341)

Com a passagem do feudalismo para o capitalismo, vemos que mudanças significativas alteraram a forma de extração de riqueza oriunda do trabalho humano, revolucionando todo o processo de produção para constituir uma nova forma de sociabilidade. Para Marx e Engels (2008), a forma tradicional, feudal ou corporativa, de funcionamento da indústria não permitia atender às necessidades crescentes, decorrentes do surgimento de novos mercados. Em seu lugar aparece a manufatura, em que o mestre das corporações é deslocado pelo pequeno industrial; a divisão do trabalho entre as diversas corporações desaparece diante da divisão do trabalho no interior das oficinas<sup>5</sup>.

Na Inglaterra<sup>6</sup>, a expulsão violenta do campesinato das terras da base fundiária acarretou numa massa de trabalhadores “livres como pássaros” para vender sua força de trabalho como mercadoria. Nesse momento, a nova aristocracia fundiária que emergia estava aliada a nova “bancocracia”, que compreendia a alta finança que acabara de surgir, bem como dos grandes manufatureiros, que se apoiavam sobre tarifas protecionistas<sup>7</sup>. (MARX, 1996)

Assim, a transição do modelo feudal para o modo de produção capitalista é marcada por um tensionamento que envolveu uma luta contra o poder feudal e seus privilégios que representava um obstáculo para o desenvolvimento do novo modo de produção que estava emergindo, e que todo este processo é permeado de violência, com traços de sangue e fogo.

---

<sup>5</sup> Conforme analisa Mello (1999), “a manufatura representa uma organização da produção fundada na divisão social do trabalho (ainda sem a utilização da máquina), na decomposição da tradicional atividade do artesão polivalente em diversas operações distintas, confiadas a cada uma a grupos diferentes de trabalhadores que passam a ocupar-se e especializar-se exclusivamente naquela função. Complexa ou simples, contudo, operação contínua e uniformemente cadenciada continua a ser manual, artesanal, ainda dependente, portanto, da destreza, força e habilidade do trabalhador individual e de sua intimidade no manuseio dos instrumentos de trabalho. Não obstante, constitui-se na primeira invenção do trabalhador coletivo, formado de muitos trabalhadores parciais [...]”. (MELLO, 1999, p.89)

<sup>6</sup> É importante pontuar que a forma como o capitalismo vai emergindo configura-se de maneira diferenciada a depender de cada país, com várias fases em sequência diversa, e em épocas históricas diferentes. Utilizamos o exemplo de desenvolvimento econômico e ascensão do modo de produção capitalista na Inglaterra, por ser considerada por Marx a forma clássica.

<sup>7</sup> Marx sinaliza que “a produção capitalista só começa realmente [...] quando cada capital particular emprega, simultaneamente, um número comparavelmente maior de trabalhadores, e quando, como resultado, o processo de trabalho é então conduzido sobre uma escala extensiva, fornecendo, relativamente, uma quantidade maior de produtos. Um grande número de trabalhadores atuando juntos, ao mesmo tempo, num mesmo local (ou, se preferir, no mesmo campo de atividade), para produzir a mesma espécie de mercadoria sob o comando do mesmo capitalista”. (MARX, 1996, p.439)

Conforme aponta Marx (1996):

A expropriação dos produtores diretos é realizada com o mais implacável vandalismo e sob o impulso das paixões mais sujas, mais infames e mais mesquinamente odiosas. A propriedade privada obtida com trabalho próprio, baseada, por assim dizer, na fusão do trabalhador individual isolado e independente com suas condições de trabalho, é deslocada pela propriedade privada capitalista, a qual se baseia na exploração do trabalho alheio, mas formalmente livre. (MARX, 1996, p. 380)

Com isso, o grande número de expropriados da base fundiária não teve espaço para serem absorvidos no novo modo de produção capitalista na mesma proporção que foi posta no mundo, pois, a manufatura nascente era incapaz de absorver o grande contingente de expropriados. Estes se converteram em massas de esmoleiros, assaltantes e vagabundos e estavam à mercê de legislações brutais. De acordo com Marx (1996), “o povo do campo, tendo sua base fundiária expropriada à força e dela sendo expulso e transformado em vagabundos, foi enquadrado por leis grotescas e terroristas numa disciplina necessária ao sistema de trabalho assalariado, por meio do açoite, do ferro em brasa e da tortura”. (MARX, 1996, p. 358). Ainda conforme o autor:

A classe dos trabalhadores assalariados, que surgiu na última metade do século XIV, *constituía então e no século seguinte apenas uma parte mínima da população*, que em sua posição estava fortemente protegida pela economia camponesa autônoma no campo e pela organização corporativa da cidade. No campo e na cidade, mestres e trabalhadores estavam socialmente próximos. A subordinação do trabalho ao capital era apenas formal, isto é, o próprio modo de produção não possuía ainda caráter especificamente capitalista. [...] *A demanda de trabalho assalariado crescia, portanto, rapidamente com toda a acumulação do capital, enquanto a oferta de trabalho assalariado seguia apenas lentamente*. Grande parte do produto nacional, convertida mais tarde em fundo de acumulação do capital, ainda entrava no fundo de consumo do trabalhador. (MARX, 1996, p.359, grifos nosso)

Nesse momento, em que a demanda de trabalho crescia lentamente, a nova burguesia utiliza-se do poder do Estado para “regular” os salários, enquadrando nos limites convenientes da extração de mais-valia, de modo que se prolonga a jornada de trabalho, e os salários permanecem baixos, tornando o trabalhador cada vez mais dependente. De acordo com Marx (1996) “no período manufatureiro propriamente dito, o modo de produção capitalista estava suficientemente fortalecido para tornar a regulação legal do salário tão impraticável como supérflua”. (MARX, 1996, p.361) Nota-se com isso que o trabalho assalariado,

desde o início do modo de produção capitalista, estava baseado na exploração do trabalhador e as legislações relacionadas ao trabalho existentes, seguiam sempre na direção de amparar as formas brutais de exploração.

Esses meios de exploração acarretaram numa evolução do processo produtivo de modo que desenvolve uma classe trabalhadora que por meio da “educação, tradição, costume, reconhece as exigências daquele modo de produção como leis naturais e evidentes” (Idem, p. 358). Fazendo com que toda essa exploração violenta seja recebida de forma natural pelos trabalhadores no processo de reprodução das relações sociais.

De acordo com Marx (1996):

A organização do processo capitalista de produção plenamente constituído quebra toda a resistência, a constante produção de uma superpopulação mantém a lei da oferta e da procura de trabalho e, portanto, o salário em trilhos adequados às necessidades de valorização do capital, e a mudança das condições econômicas sela o domínio do capitalista sobre o trabalhador. (MARX, 1996, 359)

Deste modo, vemos outro fator que se agrega ao processo de valorização do capital nessa fase do capitalismo que se evidencia principalmente em seu estágio maduro, e que está intrinsecamente relacionado a esse modo de produção, isto é uma grande massa de trabalhadores excedentes que integram o *exército industrial de reserva*. Consiste numa população trabalhadora excedente para o trabalho sendo um produto necessário de alavanca da acumulação capitalista. Nas palavras de Marx (1996):

Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele o tivesse criado à sua própria custa. Ela proporciona às suas mutáveis necessidades de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro acréscimo populacional. (MARX, 1996, p. 263)

Ainda como estratégia de baratear a força humana de trabalho o capital utiliza-se de artifícios tal como, deslocar a força de trabalho mais qualificada para uma menos qualificada, madura por imatura, bem como a substituição em grande escala de homens por mulheres, adultos por crianças e adolescentes.

Nota-se que a burguesia no modo de produção capitalista vai se configurando com uma nova roupagem, se apoia no desenvolvimento de uma filosofia que justifica racionalmente a nova forma de sociabilidade que acabara de

emergir. De acordo com Laski (1973), em sua obra *Liberalismo Europeu*, “as novas condições materiais, em resumo, deram origem a novas relações sociais; e em função destas, desenvolveu-se uma nova filosofia para permitir a justificação racional do novo mundo que assim nascera”. (LASKI, 1973, p.9) Esta nova filosofia é o *liberalismo*<sup>8</sup>, que possui um corpo doutrinário direcionado à liberdade. Tal liberdade, todavia, não se apresenta numa liberdade universal, mas sim individual, uma vez que o usufruto desta se limitava aos homens que tinham propriedade a defender.

Sendo assim, o liberalismo foi gerado com o aparecimento de uma nova sociedade econômica no final da Idade Média. A nova classe média que acabara de emergir ascende com uma posição de domínio político, valendo-se, como um princípio vivo o Estado Contratual, direcionado a intervir politicamente para manutenção da ordem pública. Para Laski (1973), “a ideia de liberalismo está historicamente vinculada, de um modo inevitável, à de posse de propriedade”. (LASKI, 1973, p.13)

O indivíduo que o liberalismo buscou proteger é aquele que dispõe de liberdade para comprar na sociedade que construiu, todavia estes que detêm o poder correspondem a uma parcela mínima na sociedade. Nesta direção, os objetivos do liberalismo estão sempre direcionados a preservar e proteger os objetivos dos homens que se encontram nessa posição de barganha. Para os indivíduos que se encontravam fora desta realidade, o liberalismo nunca passou de uma abstração, na qual seus benefícios nunca puderam ser conferidos. (LASKI, 1973)

Nesse estágio, o Estado moderno se constitui e se desenvolve dentro do modo de produção capitalista tendo como base os princípios do liberalismo, apresentando uma busca incessante pela riqueza como um objetivo social básico da atividade política. Nesta lógica o indivíduo que enriquece com esforço pessoal torna-se um benfeitor social pelo simples fato de ter se tornado rico e isso é a chave central para a ascensão do Estado moderno.

Laski (1973), ainda aponta que o novo modo de produção capitalista que surgia teve de passar por dois grandes momentos: buscou transformar a sociedade

---

<sup>8</sup> De acordo com Laski (1973), os descobrimentos geográficos, a nova cosmologia, as invenções tecnológicas, uma metafísica renovada e secular e, sobretudo, as novas formas de vida econômica, contribuíram para a formação das ideias propulsoras do liberalismo. (LASKI, 1973)

para depois capturar o Estado a fim de utilizá-lo, conscientemente, para os seus próprios fins; e empenhou-se em transformar a sociedade por meio de mudanças na base material da produção de bens de consumos necessários aos homens, fazendo uma transformação na forma de produzir e extrair riqueza alheia. O Estado no desenvolvimento desse processo “converte-se no mordomo do comércio” (LASKI 1973, p. 63), modificando e adequando sua forma de intervenção para melhor atender as novas demandas econômicas.

É importante pontuar que para os liberais o Estado é considerado o órgão neutro, já que insistiam em defender um pretenso *Estado neutro*, sem reconhecê-lo como um poder coercivo que coloca a classe trabalhadora num patamar inferior de submissão aos detentores do poder, meios de produção, riqueza e da propriedade.

A ascensão do modo de produção capitalista vai se consolidando de maneira devastadora apoiada pelo discurso ideológico do Estado, acentuando ainda mais a relação de exploração do trabalho, evidenciando as desigualdades sociais e o antagonismo entre burguesia e proletariado. Veremos a seguir que a consolidação desse modo de produção, vai trazer novas contradições para o papel do Estado, especialmente na sua fase monopolista.

## **2.2 Estado e políticas sociais no estágio monopolista do capitalismo**

O processo de desenvolvimento do capitalismo vai se dando de modo a ampliar o ritmo de sua produção e expandir a venda de mercadorias ao mercado mundial. Tal necessidade de ampliação dos negócios capitalista emerge atrelada a profundas transformações dentro do próprio modo de produção capitalista, surgindo novas formas mais elásticas no processo produtivo cunhado sob novas bases tecnológicas. Desta forma, projeta-se paulatinamente um novo ciclo de acumulação e se criam as bases para o salto a uma nova escala produtiva. (MELLO, 2001)

Temos então a criação da maquinaria, que surge no decurso da história de desenvolvimento do capitalismo revolucionando todo processo produtivo que até então estava centrado no trabalhador que detinha de todo o conhecimento do processo de produção.

Conforme Mello (1999):

A criação da máquina é a resposta concreta, a versão melhor elaborada e o maior testemunho para o fato de que o trabalho organizado em padrões manuais já não mais satisfazia às exigências do desenvolvimento do mercado. O capital recorreu então à ciência e a técnica; incorporou as descobertas e os avanços da mecânica (como, mais tarde, da eletricidade, da eletrônica, etc.) e transformou o trabalho do cientista em sua mais importante força produtiva, dissolvendo os últimos vestígios dos elementos naturais que ainda teimavam em sobreviver no interior da antiga oficina. Nascia a ciência *aplicada* e a Revolução Industrial. (MELLO, 1999, p. 91)

É a partir do processo de industrialização, com o advento da Revolução Industrial e da introdução da maquinaria no processo produtivo, que o modo de produção capitalista conseguiu intensificar a exploração do trabalho por meio das máquinas. Temos então a relação trabalhador/máquina, em que destes, o que era passível de ser explorado consistia na força viva de trabalho, isto é, na força de trabalho que advém do trabalhador.

Assim, a pauperização da classe trabalhadora se configura de maneira distinta dos momentos anteriores do capitalismo, marcado por uma transformação radical no processo das relações sociais, com uma considerável consciência de classe e de posicionamentos político que tensionam a relação capital e trabalho e a tranquilidade da burguesia.

O desenvolvimento que abarca o sistema do capital especialmente quando ingressa em seu estágio industrial, propiciou níveis acentuados da pauperização da classe trabalhadora com um aumento considerado dos problemas sociais resultante da exploração e degradação da vida humana que se inscreve a classe proletária. É nesse momento que temos uma forma diferenciada da pauperização da classe trabalhadora, pois, esta classe adquire um novo perfil, distinto dos momentos anteriores, e que preocupa a ordem capitalista.

Inquietações e revoltas acabam por incitar em reações contrárias à ordem economicamente dominante, e com isso uma forma de resistência da classe trabalhadora marcada pelo surgimento de uma consciência de classe. O caráter político dessa oposição à ordem vigente torna-se um incômodo à manutenção e equilíbrio do capitalismo, sendo uma preocupação da burguesia conter o conflito a fim de manter a harmonia social. Conforme Pimentel (2012) é nesse período que os males sociais são chamados pela ordem liberal de “questão social”.

Sobre isso Pimentel aponta:

A pobreza resultante do processo de industrialização surge com características bastante diferenciadas do momento anterior ao capitalismo. [...] Diz respeito a uma pauperização da classe operária, ditada pelas necessidades do capital, que se põe historicamente permeada pelas lutas dos trabalhadores e pelas estratégias de dominação das classes dominantes para contê-las. Portanto, o pauperismo se altera e se apresenta naquele momento sob novas formas. Esse fenômeno que se originou com o pauperismo e as formas de luta política daí decorrentes constitui uma das expressões primeiras daquilo que se convencionou denominar “questão social”. (PIMENTEL, s/d)

Nota-se com isso, que o processo de acumulação de capital no período industrial gera também uma acentuada acumulação de miséria, pobreza, escravidão, degradação do trabalho para a vida do trabalhador, bem como para a aquela população considerada supérflua para o capital. Assim, a acumulação de capital em um polo é também a acumulação de miséria no outro polo. Deste modo, não se pode entender a “questão social” sem uma conexão com a esfera econômica do sistema capitalista, sua raiz está intrinsecamente relacionada à acumulação de capital, ampliação dos mercados, desenvolvimento das forças produtivas e do desenvolvimento da indústria a partir do século XIX.

Ainda compactuando com o pensamento de Pimentel, com base em seus aprofundamentos acerca das bases ontológicas da “questão social” numa perspectiva marxiana, e partindo de sua análise na *Lei Geral da Acumulação Capitalista* em *O Capital* de Marx, vemos que a “questão social” é constituída por três dimensões essenciais que se articulam entre si. São elas: 1) a *dimensão material*: contido na *Lei Geral da Acumulação Capitalista*, a acumulação de riqueza através da extração de mais-valia gera riqueza para o capital e pauperização da classe trabalhadora. Nas palavras de Pimentel (2012):

Esse pauperismo [...] se expressa na forma como o capital se apropria da força de trabalho da classe trabalhadora através dos diversos mecanismos de exploração e dominação, com a finalidade de assegurar a sua reprodução e a acumulação da riqueza por parte dos capitalistas e, contraditoriamente, produz a acumulação da miséria. (PIMENTEL, 2012, p.4)

2) A *dimensão política*: refere-se a organização da classe trabalhadora, seu reconhecimento enquanto classe social explorada, e seu ingresso no cenário político reivindicando por melhores condições de vida e de trabalho. De acordo com a autora, o caráter reivindicatório do operariado europeu aumenta a pressão sobre

o Estado, via partidos político e sindicatos. 3) *Intervenção do Estado*: diante de tantas pressões o poder estatal intervém na realidade de forma coercitiva a fim de que a ordem e o “equilíbrio” capitalista sejam mantidos. Assim, o Estado se apresenta por meio de leis grotescas, como por exemplo: a “antiga lei dos pobres”<sup>9</sup> e a “Nova leis dos pobres”<sup>10</sup>. Esta é uma intervenção necessária para a manutenção da ordem capitalista.

Percebe-se que o processo de industrialização do capitalismo possibilitou também formas de organização da classe trabalhadora, pondo em cheque a ordem socioeconômica estabelecida. As formas brutais de exploração, consequente da *Lei Geral da Acumulação Capitalista*, possibilitou certo grau de consciência da classe trabalhadora, que se reconhece enquanto classe explorada e que reivindica por melhorias na qualidade de vida e de trabalho, denunciando as desigualdades sociais expressas na vida cotidiana dessa classe explorada.

Com isso, evidenciamos que o pauperismo acentuado que prescreve a classe trabalhadora no capitalismo em seu estágio industrial de acumulação capitalista, resulta em graus de desigualdades ainda maior, uma vez que a produção de riqueza em um lado é também a produção de pobreza e miséria em outro. A “questão social” torna-se uma preocupação da ordem burguesa uma vez que a dimensão política faz pressionar o equilíbrio e a ordem social. Sendo assim objeto de intervenção do Estado a fim de conter e amortecer os conflitos.

Diante da pressão posta pela classe proletária à burguesia se ver obrigada a dar respostas que vão além do âmbito da pura coerção, utilizando-se de meios de participação cívico-política, valendo-se de estratégias mais coesivas a fim de estabelecer parâmetros de convivência democrática. Tal estratégia que confunde o princípio democrático com as demandas dos trabalhadores acarretou numa estabilização em boa parte das sociedades capitalista. (NETTO, 2001)

Vale situar, historicamente, que de acordo com Netto (2001), está consensualmente estabelecido na tradição teórica que estuda Marx, que o capitalismo experimentou profundas mudanças econômicas no final do século XIX. Tais mudanças incidiram nas estruturas sociais e nas instâncias políticas das

---

<sup>9</sup> De acordo com Engels, esta lei tinha por princípio o “dever da paróquia velar pela subsistência dos pobres” (Engels, s/d, p.376)

<sup>10</sup> Esta Lei estava fundamentada na Teoria Malthusiana da população, que considerava a beneficência e as taxas para os pobres “como ‘puros contra-sensos’ pois serviam apenas para favorecer ‘a preguiça’, [...] manter e até estimular o aumento da população excedentária (ENGELS, *apud*, PIMENTEL, 2012)

sociedades nacionais que a envolvia. Esse período histórico de mudanças e transformações no capitalismo consiste na transição do capitalismo concorrencial ao capitalismo monopolista<sup>11</sup>, que são datadas entre 1890 e 1940. (NETTO, 2001)

Essa transição é caracterizada por uma conjuntura de crise que rebate diversamente em vários países<sup>12</sup>. Dois fatores desse movimento de crise são gerais, que é a redução nos postos de trabalho com desemprego massivo e aviltamento do salário real, acentuando a fome e a miséria. A classe operária reage a essa crise sob as formas de grandes greves e mobilizações, bem como sob a organização associativa sindical que têm nesse momento seu auge. Vê-se nesse período uma conexão do movimento operário com o vetor revolucionário vinculado ao pensamento de Marx, que é apreendido não como teoria social, mas apresenta-se como um sistema, muitas vezes vulgarizado pela sua difusão didática, de referência anticapitalista, “o marxismo” fortemente influenciado por viés positivista.

De acordo com Netto (2001), a organização monopólica introduz novos mecanismos na dinâmica do capitalismo e consideramos importante sintetizá-los: os preços das mercadorias (e serviços) produzidos pelos monopólios tendem a crescer progressivamente; as taxas de lucros tendem a ser mais altas nos setores monopolizados; a taxa de acumulação se eleva, acentuando a tendência decrescente da taxa *média* de lucro; e a tendência à subcontratação; o investimento se concentra nos setores de maior concorrência; cresce a tendência a economizar trabalho “vivo” com a introdução de novas tecnologias; os custos de venda sobem, com um sistema de distribuição e apoio hipertrofiado. (NETTO, 2001). Nota-se com isso, que a dinâmica da sociedade burguesa é alterada significativamente nessa fase do capitalismo dos monopólios, pois na medida em

---

<sup>11</sup> A partir de estudo lenineanos, também ficou conhecido como “estágio imperialista” ou “período imperialista clássico”. (NETTO, 2001, p. 19) O capitalismo na fase dos monopólios caracterizou-se pela centralização e concentração ainda maior de capital, visando o acréscimo dos lucros através do controle dos mercados. “Essa organização [...] comporta níveis e formas diferenciados que vão desde o ‘acordo de cavalheiros’ à fusão de empresas, passando pelo pool, o cartel e o truste”. (NETTO, 2001, p.20). À medida que esse modo de produção se desenvolvia, as contradições apresentavam-se em um patamar mais elevado, desencadeando em um aumento da exploração, alienação, desigualdades sociais e do exército industrial de reserva.

<sup>12</sup> É importante pontuar que na transição do capitalismo concorrencial à idade dos monopólios três fenômenos são concretizados, mas que só ganham expressão no marco do novo estágio: “o proletariado constituído como *classe para si*, a burguesia operando *estrategicamente como agente social conservador* e o *peso específico* das classes e camadas intermediárias. Esses fenômenos se apresentam no fim do século XIX e nos primeiros anos do século XX”. (NETTO, 2001, p. 54, grifos do autor)

que as contradições são potencializadas ocorrem diversos processos que vão de encontro aos efeitos negativos e crítico gerado pelas contradições<sup>13</sup>.

Com o monopólio da força, em meio à luta de classes, o Estado, sob a direção do capital, intervém de forma estratégica, através de planos e projetos de médio e longo prazo. Atua como um instrumento de organização da economia, administrando os ciclos de crise, operando “[...] para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista”. (NETTO, 2001, p. 22) O poder estatal não apenas assume a função de garantir a reprodução e a manutenção da força de trabalho, mas regula as contradições principalmente sob as formas de previdência e segurança social. Neste sentido, é perceptível uma nova modalidade de intervenção do Estado no que concerne principalmente para assegurar seus objetivos estritamente econômicos, visando garantir os superlucros dos monopólios.

Percebe-se que com o desenrolar do desenvolvimento histórico o sistema do capital necessitou articular com os Estados nacionais, todavia sua estrutura política e corretiva não se encontra confinada a esses limites. Para o Estado exercer sua função de administrar os interesses da classe dominante ele precisa do ponto de vista da totalidade do capital, afirmar seu poder como sistema global, de forma totalmente contraditória. Assim, o Estado deve administrar as contradições no interior das unidades produtivas, bem como proporcionar a expansão do capital para além das fronteiras nacionais, sem colocar *em xeque* a reprodução do sistema e ao mesmo tempo possibilitar a circulação em escala global por meio de um “sistema internacional de dominação e subordinação”, em que se põe “uma hierarquia de Estados nacionais”. (Idem, p. 111) Vale ressaltar que o Estado moderno “como agente totalizador da criação da circulação global” adotará um comportamento distinto em virtude das demandas da política interna e da política internacional<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Dois elementos da monopolização inserem-se nesse contexto, são eles: a supercapitalização, dificuldade de valorização encontrada pelo acúmulo de capital; e o parasitismo, que prescreve a vida social em razão dos monopólios. O Estado se configura nesse contexto com a finalidade de garantir os superlucros dos monopólios desempenhando para tanto uma multiplicidade de funções. (NETTO, 2001)

<sup>14</sup> No âmbito da política interna, o Estado atuará com o cuidado a evitar que a tendência à concentração e centralização de capital eliminem de forma prematura as pequenas unidades de produção que ainda são viáveis, pois eliminá-las acarretaria para o capital nacional uma situação desfavorável diante dos Estados nacionais. No que se refere ao plano internacional, o Estado nacional não tem interesse em restringir o impulso monopolista ilimitado de suas unidades econômicas dominantes, pois quanto mais forte e menos sujeita a restrições for à empresa

Assim, nota-se que o Estado no capitalismo monopolista – para manter a sustentação e manutenção de seu papel de “comitê executivo”<sup>15</sup> da burguesia – atua através de protagonistas sócios políticos, isto é, por meio da generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais estabelecendo um consenso que permite seu funcionamento. Netto (2001) sinaliza que tal estratégia utilizada pelo Estado burguês nessa fase do capitalismo torna-se necessária para o pleno desempenho e funcionamento econômico do Estado.

Segundo Netto (2001):

[...] O capitalismo monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável a demanda das classes subalternas, que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações imediatas. E que este processo é todo ele tensionado, não só pelas exigências da ordem monopólica, mas pelos conflitos que esta faz dimanar em toda a escala societária. (NETTO, 2001, p. 25)

Ainda conforme o autor:

É o protagonismo proletário, assim, que, na configuração da idade do monopólio, põe a resolução da “questão social” como variável das lutas direcionadas à ultrapassagem da sociedade burguesa. Mas não se trata, somente, da politização da “questão social” num andamento antípoda a qualquer visão conservadora ou reacionária: trata-se de visualizar a sua solução como processo revolucionário. (NETTO, 2001. 59)

Assim, é sob essas condições que as refrações da “questão social”<sup>16</sup> tornam-se objeto de contínua intervenção estatal, e se apresentam como sendo alvo de políticas sociais. Tal intervenção via políticas sociais, instituídas pelo Estado burguês, se apresenta como mais uma estratégia de conter o antagonismo da relação capital/trabalho visando, sobretudo, a preservação da força de trabalho por meio de seguridade social.

---

econômica que recebe apoio político, maior as chances de vencer seus adversários reais e potenciais. Nesse aspecto o Estado adota uma função de facilitador da expansão mais monopolista possível do capital exterior. (MÉSZÁROS, 2009)

<sup>15</sup> Pois gerencia e administra as desordens gestadas pelo sistema capitalista.

<sup>16</sup> Vale pontuar que no capitalismo concorrencial a *questão social* era objeto de intervenção do Estado por alguns motivos, dentre os principais temos: quando as mazelas geradas pela exploração motivavam a mobilização da classe trabalhadora através de reivindicações; quando tais reivindicações inquietavam a ordem e tranquilidade da burguesia, ou quando a precariedade e as condições insalubres que se inscrevia a condição humana colocava em risco o fornecimento de força de trabalho. (NETTO, 2001, p. 29)

Deste modo, vemos que é nesse estágio do capitalismo monopolista que o Estado irá buscar administrar os conflitos entre as classes por meio de políticas sociais, concedendo alguns benefícios à classe trabalhadora. Behring e Boschetti (2011) sinalizam os acontecimentos que marcam a emergência das políticas sociais no desenvolvimento do capitalismo:

Não se pode indicar com precisão um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, pois, como processo social, elas se gestam na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.47)

Assim, as autoras apontam que a origem das políticas sociais está relacionada aos movimentos de massa social-democratas e a sua expansão é reconhecida na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, especialmente na sua fase tardia após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945). As autoras apontam ainda que as protoformas das políticas sociais se expressaram por meio da caridade privada e de ações filantrópicas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

Percebe-se que a formulação das políticas sociais incorporou algumas reivindicações da classe trabalhadora, contudo, a problemática da “questão social” era apreendida de forma fragmentada, em que se tinham melhorias tímidas e parciais, de modo a reconhecer os direitos enquanto necessário, mas não pondo em xeque os fundamentos das desordens do capitalismo<sup>17</sup>.

Podemos tomar como exemplo a previdência social, que se apresenta nesse período como um instrumento para contrarrestar a tendência ao subconsumo. Como também as políticas educacionais, voltadas ao trabalho com um caráter profissionalizante, bem como os programas de qualificação técnicos científicos, que proporcionam ao capital monopolista recurso humano “qualificado”. E não menos importante às políticas setoriais, como as reformas urbanas, habitação, obras viárias, saneamento básico, e outros, promovem um espaço de diminuição das dificuldades de valorização advindas com a supercapitalização.

---

<sup>17</sup> É importante registrar que nesse novo contexto socioeconômico de luta de classes, o Estado se adequa as novas formas e necessidades do capitalismo, de modo que abrande seus princípios liberais e incorpora orientações social-democratas, perpassando uma imagem mais social. (PISÓN, 1998)

É evidente a importância de tais políticas para a manutenção do capital monopolista, uma vez que esta possibilita assegurar o desenvolvimento capitalista mantendo a ordem sócio política, “oferecem um mínimo de respaldo efetivo à imagem do Estado como ‘social’, como mediador de interesses conflitantes”. (NETTO, 2001, p.31). Nesta direção, nota-se que diferentemente da intervenção do Estado no capitalismo concorrencial que se dava de forma coercitiva, no capitalismo monopolista a intervenção estatal se dará de forma mais coesiva.

É importante sinalizar que o Estado burguês no capitalismo monopolista manifesta a “questão social” passando como um caráter de “público”, e os problemas individuais gestados por esta, configuram-se sob uma aparência de natureza “privada”, convertendo as refrações da “questão social” em problemas sociais. Nas palavras de Netto (2001) “nas condições da idade do monopólio, o caráter público do enfrentamento das refrações da ‘questão social’ incorpora o substrato individualista da tradição liberal, ressitua-o como elemento subsidiário no trato das sequelas da vida social burguesa”. (NETTO, 2001, p. 35)

Ainda conforme pontua o autor:

[...] O ataque aos problemas sociais pelo Estado burguês no capitalismo monopolista, movimentando-se entre o “público” e o “privado”, ademais das implicações rigorosamente econômicas que porta, revela como o primeiro subordina o último recolocando-o sistematicamente – e, fazendo-o através de mediações que não podem ser deduzidas da pura lógica da valorização monopolista, traz à tona a complementaridade indescartável entre ambos. (NETTO, 2001, p. 36)

É sob essa lógica que a ordem burguesa responsabiliza o destino pessoal do indivíduo como tal, creditando aos sujeitos individuais seu sucesso ou fracasso sociais. Assim, a intervenção do Estado via políticas sociais é no sentido de recuperá-lo, debitando a continuidades das suas sequelas aos indivíduos por elas afetados, uma vez que, tais sequelas nunca serão eliminadas via políticas sociais<sup>18</sup>.

Netto (2001) nos leva a entender a lógica da relação “público” e “privado”, em que ambos se relacionam sob uma hierarquia de valores da lógica de valorização do capitalismo monopolista. Nesta direção, o caráter “público” da “questão social” conduz à regulação de mecanismos econômico-sociais e políticos.

---

<sup>18</sup> Conforme sinaliza Behring e Boschetti (2011), “o surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, 64)

A ordem monopólica sob o âmbito privado tende a “psicologizar” a vida social, modificando ou redefinindo as características pessoais do indivíduo. A perspectiva de psicologização trata a problemática da “questão social” como sendo algo externo da sociedade burguesa transferindo a responsabilidade desses problemas a dilemas mentais e morais do indivíduo, em que a resposta para tal problema se daria por meio de uma “reorganização espiritual”, isto leva a conversão dos problemas sociais em patologias sociais. “O pessoal e o individual (a ‘personalidade’), com uma inserção tomada como casual na sociedade, identificam-se com o psíquico”. (NETTO, 2001, p. 41). É sob essa perspectiva que emergem ações por meio de estratégias, retóricas e terapias de ajustamento como forma de intervenção dos problemas sociais propiciadas pelo Estado burguês.

Nota-se que no capitalismo monopolista, as sequelas da *questão social*<sup>19</sup> são recortadas e tomadas como problemáticas particulares (como o desemprego, a fome, a falta de infraestrutura, a carência habitacional, o acidente de trabalho) e enfrentadas pelo Estado. Deste modo, as refrações da *questão social* tornam-se objeto de contínua intervenção estatal, administradas de forma fragmentada e parcializada. As políticas sociais se apresentam nesse contexto como fruto da mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores, que o Estado responde estrategicamente. (NETTO, 2001)

Nota-se que todo esse processo é resultado de tensionamentos das classes antagônicas, estas, são protagonistas históricos sociais que disputam projetos políticos sociais decisivos e estratégias próprias diferenciadas. De acordo com Netto (2001):

---

<sup>19</sup>Netto (2001) em sua obra utiliza dois conceitos de “questão social”, a saber: “Por ‘questão social’ no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho”. (CERQUEIRA apud NETTO, 1982, p. 21) E o segundo conceito: “A *questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específica, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986, Apud Netto, 2001)

É o protagonismo proletário, assim, que, na configuração da idade do monopólio, põe a resolução da “questão social” como variável das lutas direcionadas à ultrapassagem da sociedade burguesa. Mas não se trata, somente, da *politização* da “questão social”, num andamento antípoda a qualquer visão conservadora ou reacionária: trata-se de visualizar uma solução como *processo revolucionário*. Isto é: a “questão social” é colocada no seu terreno específico, a do antagonismo entre o capital e o trabalho, nos confrontos entre seus representantes; é colocada, porém, como objeto de intervenção revolucionária por agentes que se *auto-organizam* preocupados com a consciência dos fins e a ciência dos meios. Temos, pois, um inteiro redimensionamento histórico-social da própria “questão social” na emersão do ordenamento monopólico. (NETTO, 2001, p. 59-60)

Deste modo, a reprodução ampliada do capital é acompanhada pela reprodução também do antagonismo das classes sociais antagônicas, fazendo com que a classe trabalhadora se organize reivindicando direitos por melhores condições de vida e de salário.

Um fator que se inscreve nesse contexto e que faz parte do próprio ciclo do capital são as ondas longas de crises pelo qual a produção capitalista enfrenta em seu processo produtivo. Marx e Engels (2008) já aludiam em o *Manifesto do Partido Comunista* que “a burguesia não pode existir sem revolucionar constantemente os instrumentos de produção, portanto as relações de produção, e, por conseguinte todas as relações sociais” (MARX; ENGELS, 2008, p. 13) Os autores ainda fazem alusão que as crises são intrínsecas ao modo de produção capitalista e estão presentes desde as primeiras formas de organização do capitalismo:

Basta mencionar as crises comerciais que, repetidas periodicamente e cada vez maiores, ameaçam a sociedade burguesa. Nessas crises, grande parte não só da produção, mas também das forças produtivas criadas, é regularmente destruída. Nas crises irrompe uma epidemia social que em épocas anteriores seria considerada um contrassenso – a epidemia da superprodução. A sociedade se vê de repente em uma situação de barbárie momentânea: a fome e uma guerra geral de extermínio parecem cortar todos os suprimentos de meios de subsistência, a indústria e o comércio parecem aniquilados e por quê? Porque a sociedade possui civilização demais, meios de subsistência demais, indústria e comércio demais. As forças produtivas que dispõe não servem mais para promover as relações burguesas de propriedade; ao contrário, elas se tornaram poderosas demais para tais relações, sendo obstruídas por elas; e tão logo superam esses obstáculos, elas desorganizam a sociedade e colocam em risco a existência da propriedade burguesa. As relações burguesas se tornaram estreita demais para conter toda a riqueza por elas produzida. Como a burguesia consegue superar as crises? Por um lado, pela destruição forçada de grande quantidade de forças produtivas; por outro, por meio da conquista de novos mercados e da exploração mais intensa de mercados antigos. (MARX; ENGELS, 2008, p. 18)

Ainda sobre as crises, inerentes ao modo de produção capitalista, Netto e Braz (2008) sinalizam:

A análise teórica e histórica do 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, 2008 p. 157, *grifos dos autores*)

Apreende-se a partir da colocação dos autores, que as crises são parte constituinte do próprio modo de produção capitalista, e estão presentes desde as primeiras formas de organização desse sistema. São inevitáveis e até mesmo funcionais, sendo algo tão fundamental e indissociável às contradições insanáveis gestadas pela ordem monopólica. Vale mencionar que os períodos que marcam uma crise e outra são caracterizados por quatro estágios: a *crise* em si, que pode ser ocasionada por algum incidente econômico ou político; a *depressão*, fase que segue a crise, marcado pela estagnação do desemprego, dos salários e da produção, estocagem de mercadorias, destruição destas ou sua comercialização por preços baixos; a *retomada*, caracterizada pela reanimação daquelas empresas que sobreviveram à crise, estas, absorvem aquelas em estado falimentar, renova seus equipamentos e instalações, tem-se um crescimento do comércio, os preços se elevam e há uma diminuição no índice de desemprego; na sequência, temos o *auge*, nessa fase temos a concorrência acirrada obrigando os capitalistas a investirem em suas empresas, levando a abertura de novos mercados e na intensificação da produção, “de repente que o mercado está abarrotado de mercadorias que não se vendem, os preços caem e sobrevém nova crise – e todo ciclo recomeça”. (NETTO; BRAZ, 2008, p. 160)

Sobre isso, partindo do princípio dialético e da crítica à economia política de Marx, Mandel pressupõe que não existe produção no capitalismo sem perturbações, isto é, a produção capitalista não se realiza em meio ao equilíbrio. Isto porque, como já explicitado, a lógica do capital tem na busca incessante dos superlucros um objetivo primordial, que acarreta num crescimento desigual e combinado entre produção e consumo. Sendo assim, o capital se recorre às variadas formas de extração dos superlucros a fim de manter os períodos cíclicos de aceleração e desaceleração do capitalismo.

Entende-se a partir do processo de desenvolvimento capitalista já com o advento da industrialização, que as formas mais complexas de intensificação e exploração do trabalho vão se atenuando, proporcionaram uma concentração e monopolização do capital ainda maior.

Cada vez mais o mercado foi liderado por grandes monopólios, e a criação de empresas passou a depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital bancário e o industrial, que dá origem ao capital financeiro. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 68)

É a partir dessa concentração e centralização de capital, bem como da concorrência desenfreada envolvendo as grandes empresas que ultrapassam os limites nacionais e se expandem aos capitais internacionais, que se assistem conflitos com dimensões ainda maiores. As duas grandes guerras mundiais são expressões de tais conflitos e refletiu, sobretudo, nas políticas sociais e nas relações sociais.

Registra-se um acontecimento importante no período entre essas duas grandes guerras que marcou profundamente as relações capitalistas, pois passaram a reconhecer os limites do mercado no que concerne à produção e superprodução. Referimo-nos à crise de 1929-1932, período que também ficou reconhecido como o da Grande Depressão.

De acordo com Behring e Boschetti (2011):

Foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento. Uma crise que se iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de Nova York. A crise se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 68)

Tal crise esteve caracterizada pelos ciclos longos de expansão do capital e pela depressão. De acordo com Mandel (1990), o *período de expansão* do capital refere-se ao crescimento da composição orgânica do capital, bem como pelo aumento da taxa de mais-valia e pelas possíveis baixas dos preços das matérias-primas. (MANDEL, 1990) Nota-se que o período de expansão do capital acabou por criar seus próprios empecilhos e acabam por desencadear na depressão, pois, “com a redução do exército industrial de reserva, tende a se ampliar a resistência

do movimento operário, baixando a taxa de mais-valia”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 69)

Ainda conforme as autoras supracitadas:

A concorrência é acirrada, bem como a especulação. Há uma estagnação do emprego e da produtividade, que gera uma forte capacidade ociosa na indústria. Com isso, configura-se uma superabundância de capitais e uma escassez de lucros, produzindo desemprego generalizado e a queda do consumo, inviabilizando o processo de realização da mais-valia. Assim, as soluções para crise de 1929-1932, [...] se darão no sentido de reativar o emprego e o consumo, daí a importância do fundo público e da guerra. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 70)

Apreende-se que a crise de 1929 traz uma nova preocupação para a classe burguesa, que são os problemas de confiar cegamente nos automatismos do mercado ou seus movimentos naturais<sup>20</sup>.

É durante a década de 1930 que o Estado adotará estratégias de modo reativar a produção e circulação de produtos, almejando o auge da produção capitalista por meio do consumo em massa. Assim, as políticas sociais vão aparecer nesse contexto de forma mais ampliada associada à noção de direitos e do “pleno emprego” para a classe trabalhadora, caracterizado como “os anos de ouro”, ou “anos dourados” ou ainda “os 30 anos gloriosos.”<sup>21</sup>

Mandel (1982) sinaliza que um fator excepcional que antecedeu os *anos de ouro*, que alavancou e valorizou a economia capitalista e favoreceu a experiência do *Welfare State* ou o *Estado de Bem-Estar Social*, foram as economias de guerra e a ascensão do fascismo<sup>22</sup>. Percebe-se uma intensificação e aprofundamento das políticas sociais no período *Pós Segunda Guerra Mundial*, numa fase em que Mandel considera que o capitalismo já atingiu seu estágio maduro<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> O fascismo aparece nesse contexto como uma alternativa para alavancar o sistema em crise e fortalecendo o período de expansão que se seguia nos anos seguintes, tal relação se dava por meio da extração de mais-valia por métodos bárbaros durante a guerra. Temos como exemplo as numerosas mortes nos campos de concentração de extermínio nazista.

<sup>21</sup> Vale pontuar que a essência das políticas sociais – de amortecer os conflitos entre as classes, e neste período, a crise – não muda, apenas nesse momento se adequa aos interesses da ordem monopólica que necessitava reativar o consumo em massa incluindo o consumo da classe trabalhadora.

<sup>22</sup> Vale salientar que essa experiência proporcionada pelo Estado de Bem-Estar Social não se mundializou, foi uma experiência focal, apenas experimentada por países de capitalismo central (países mais desenvolvidos).

<sup>23</sup> De acordo com Mandel (1982), a expressão “capitalismo maduro” remete ao estágio da produção capitalista em que se atingiu seu desenvolvimento pleno das possibilidades do capital, considerando esgotado o seu papel civilizatório. (MANDEL, 1982)

Assim, diante de um cenário de calamidade deixado pela guerra, se ergue um Estado Social que vigora por cerca de trinta anos, marcado pela expansão de políticas sociais e dos direitos sociais para os trabalhadores, e altas e ganhos da produtividade para as empresas. Tal estratégia possibilitava uma maior participação dos trabalhadores no acesso ao consumo.

Nesse momento é importante fazer referência à forma pelo qual o Estado irá intervir nessa realidade mediante reformas sociais. Pois, diante do novo contexto econômico, social e de luta de classes, assistem-se profundas mudanças na aparência do Estado em busca de certa conciliação com a classe trabalhadora. Conforme sinaliza Pisón (1998), o Estado irá abandonar seus princípios liberais característico de fases anteriores no capitalismo, para uma intervenção num perspectiva social-democrata, investindo no caráter mais social das políticas. Percebe-se que as duas formas pelo qual o Estado aparece no desenvolvimento do capitalismo (Estado Liberal e Estado Social) apresentam um fio que os une, ambos concedem direitos à classe trabalhadora, mas sem fazê-la refletir sobre os fundamentos que gestam as desigualdades sociais.

Deste modo, é pelo viés do discurso “reformador” que o Estado irá buscar contornar os problemas gestados pela guerra. O Estado aparecerá como um Estado Social provedor de políticas sociais de modo a reativar o consumo da classe trabalhadora, transfigurando a ideia de que pode haver acordo entre a produção capitalista e ganhos sociais para classe trabalhadora. Para Navarro (s/d), “como a classe capitalista consolidou o Estado de Bem-Estar para legitimar seus interesses, as reformas tendem a fortalecer, mais que a debilitar, o capitalismo”. (NAVARRO, s/d)

Registra-se um fator importante nesse contexto de ampliação das políticas sociais e do “pleno emprego” propiciado pelo Estado de Bem-Estar Social. Trata-se de certa desmobilização da classe operária diante do discurso ideológico do Estado de Bem-Estar, que implicou em abrir mão do seu projeto mais radical de superação das desordens gestadas pelo capitalismo – via revolução – em troca de conquistas e reformas imediatas, focais e parciais, que, por sua vez, não duraria por muito tempo.

A melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, o acesso ao consumo e ao lazer, bem como a sensação de estabilidade em seus empregos, levaram aos trabalhadores acreditar na falsa ideia que poderiam combinar acumulação

capitalista com a minimização das desigualdades sociais. Eis então que se muda o discurso da luta operária que abandona suas pautas de luta em prol da revolução em seu sentido mais radical para ser em prol de reformas, por dentro do próprio Estado. É a partir desta concepção de reformas sociais – que também vem acompanhado do discurso modernizador – que o capitalismo aliado ao poder estatal se mantém no poder mediando os conflitos inerentes a esse modo de produção. As reformas vão aparecer no decurso da história do capitalismo em diversos âmbitos, em diversas políticas, e passam a ser funcionais à manutenção das desordens desse sistema.

As três décadas em que o *Welfare State*, vigorou a ideia de Estado Social causou certa euforia socialdemocrata, em que se predominavam lutas parciais e imediatas. Para Paniago (2014)

Criou-se, assim, na classe trabalhadora o torpor político necessário à revitalização do capitalismo, que saía de uma conflagração mundial e se recuperava da crise, tendo contado ainda, para isso, com a colaboração de entidades representativas da classe trabalhadora, daquelas que aderiram à política de coexistência pacífica com o capital. (PANIAGO, 2014, p. 11)

Para a autora, a reforma ou o “reformismo” capta a classe trabalhadora inclusive suas entidades representativas, de modo que esta classe acaba por acreditar em uma falsa ideia de convivência pacífica com o capitalismo, tendo em vista os ganhos pontuais que o Estado de Bem-Estar Social proporcionou<sup>24</sup>. Isso acaba por refletir no próprio entendimento da classe trabalhadora acerca do funcionamento do próprio sistema, pois sem essa capacidade de reflexão as relações sociais capitalistas acabam por ser apreendidas de maneira desorientada, uma vez que perdem a sua percepção crítica acerca das lutas de classes e de seu caráter e potencial revolucionário.

Verifica-se que o período que marca os “anos de ouro” apresenta sinais de esgotamento a partir de finais dos anos 1960, isto porque, assim como aponta Mandel, esse momento caracteriza um longo período de estagnação. Tal

---

<sup>24</sup> Paniago (2014) assevera: “ainda hoje, é enorme esta influência destas ilusões reformistas quanto à possibilidade de melhoramento cumulativo do trabalho sob a lógica da acumulação e expansão do capital. Mais uma vez enfrentamos um rebaixamento teórico e despreparo político das forças do trabalho diante dos imperativos do sistema produtivo e reprodutivo do capital, que não pode abrir mão da dominação, hoje ainda mais autoritária e implacável, sob a esfera da produção e distribuição de material da riqueza”. (PANIAGO, 2014, 12)

estagnação vai acarretar numa nova crise que marca os anos de 1970, que se apresenta na história do capitalismo associado às mudanças no mundo do trabalho possibilitado pelo processo de reestruturação produtiva.

Veremos no próximo item o que caracteriza essas mudanças no mundo do trabalho e a crise de 1970, explicitaremos ainda os efeitos que essa crise gera nas políticas sociais e para a vida da classe trabalhadora. Será objeto de análise identificar como o Estado irá se conformar nesse momento de modo a amortecer os efeitos da crise e controlar mais uma vez as desordens gestadas pelo modo de produção capitalista. Assim, o item que se segue realiza uma análise de conjuntura que demarca as mudanças no mundo do trabalho e a crise do capital de 1970.

### **2.3 Reestruturação Produtiva e Reforma do Estado no capitalismo a partir da década de 1970**

Continuando a analisar o processo de desenvolvimento do capitalismo, e agora num estágio mais contemporâneo, buscamos apresentar neste item as significativas alterações do capital no mundo do trabalho e a crise que marca esse processo, bem como as estratégias do capital em alavancar sua economia em mais uma de suas crises. É a partir da contextualização histórica e análise desta crise que poderemos apreender como a relação entre público e privado se torna uma estratégia nas relações sociais capitalistas evidenciadas nas políticas sociais.

Apreende-se que tal evento ocorreu mediante o processo de reestruturação produtiva, financeirização e sob o predomínio do neoliberalismo<sup>25</sup>. Desde então, esse processo se intensifica e se complexifica repercutindo em diversas dimensões da vida social.

Tal análise nos dá respaldo para entendermos o contexto mais contemporâneo em que as políticas sociais – dentre elas a de saúde e saúde mental – se apresentam, apontando, sobretudo, dentro de qual lógica o Estado

---

<sup>25</sup> Conforme explicita Anderson (1995) o neoliberalismo surgiu após a Segunda Guerra Mundial, como uma reação ao Estado intervencionista propiciado pelo Estado de Bem-Estar Social. Nas palavras do autor “seu propósito era combater o keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases para outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro”. (ANDERSON, 1995, p.10) Assim, “os neoliberais defende a não intervenção do Estado na regulação do comércio exterior nem na regulação dos mercados financeiros, pois o livre movimento de capitais propiciará eficiência na redistribuição dos recursos internacionais”. (NAVARRO, 1998, *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

atuará neste momento de modo a conter as desordens gestadas pelo modo de produção capitalista.

Está solidamente estabelecida, entre os autores que se vinculam ao pensamento de Marx, que esta crise que nos propomos analisar é caracteristicamente uma crise estrutural e geral, imanente da ordem monopólica. Mészáros sinaliza que as “crises de intensidades e duração variadas são o modo *natural* de existência do capital”. (MÉSZÁROS, 2011, p. 795) Assim sendo, essa crise estrutural do capitalismo tem suas raízes atreladas a grande capacidade de produção – oriundo do desenvolvimento das forças produtivas – e o pouco retorno nas vendas e circulações dos produtos produzidos, impactando expressivamente em uma queda nas taxas de lucro.

Conforme apreciação de Mészáros (2011), a crise estrutural apresenta três dimensões internas fundamentais do capital: produção, consumo e circulação/distribuição/realização. Assim, essa crise põe à prova as contradições que são imanentes ao sistema do capital e assim como pontua Chasin (1989), Chesnais (1996) e Mészáros (2002), a impossibilidade da superação dessa crise dentro da lógica capitalista<sup>26</sup>.

Apreende-se que as transformações no mundo do trabalho resultantes de um sistema capitalista em crise são expressivas desde os anos de 1970. São mudanças na esfera produtiva, sintetizados no processo de flexibilização e precarização<sup>27</sup>, que afeta as formas de trabalho em todo o mundo. Antunes (2011) considera esse momento como sendo a “crise mais aguda do século”. O reordenamento das formas de produzir se tornou inevitável no sistema do capital, em que diante de uma crise estrutural, se vê pressionado a reformular suas formas de extração de mais-valia. Ocorrem então alterações significativas na aparência do capitalismo tanto na esfera produtiva quanto para a reprodução social. Assim,

---

<sup>26</sup> Conforme Montaña e Duriguetto (2011), para enfrentar um contexto de crise – crise de lucratividade, sustentada fortemente pela incapacidade de vender tudo o que produz o capitalista desenvolve algumas estratégias: uma das formas típicas radica no acirramento da exploração da força de trabalho, ampliando até as forma de extração de mais-valia absoluta; outra forma é a fuga de capitais para outras fronteiras nacionais, em países sem excesso de mercadorias em relação à demanda; e, a diminuição do investimento na atividade produtivo comercial e o reinvestimento na atividade financeira. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 183)

<sup>27</sup> É importante salientar que entendemos que a precarização do trabalho está posta desde as primeiras formas do capitalismo, na cooperação, manufatura e grande indústria como vemos na obra “O Capital” de Marx. Todavia, é nas formas contemporâneas de produção como nos modos de produção fordismo e no toyotismo que essa precarização ganha maior intensidade.

diante de uma crise estrutural, o capital adota estratégias para se reerguer, admitindo novos mecanismos que garantam o desenvolvimento do capitalismo.

O modelo de produção taylorista/fordista<sup>28</sup>, baseado na produção em massa, dava sinais de insuficiência e entrava em crise no final dos anos 1960. Isso porque no interior da recessão há uma perda de eficácia, a produção em massa já não atendia as exigências do mercado que buscava uma variedade de produtos. Para Gounet (1999), o “crescimento mais vagaroso, limites na redução dos custos unitários de produção, mudanças nas condições da demanda, tudo isso converge para a afirmação de que o fordismo já não corresponde mais ao desenvolvimento atual”. (GOUNET, 1999, p.62)

Com a perda de eficácia do fordismo<sup>29</sup>, tem-se uma queda na taxa de lucro, uma compressão do mercado, um aumento no número de desemprego estrutural causando uma retração do consumo, desencadeando uma crise estrutural do capital que o modelo taylorista/fordista foi incapaz de solucionar.

Vale pontuar que este período é marcado pela expressiva expansão financeira com uma forte tendência de os Estados nacionais abrirem suas fronteiras ao capital especulativo a fim de atrair o capital estrangeiro. Chesnais (1996) denomina esse movimento como “mundialização do capital” e Harvey (1998) como um “novo imperialismo”, em outras palavras referem-se a uma internacionalização do capital e sua valorização diante de um contexto de crise.

Vale pontuar que no período em que o fordismo vigorou como modelo de produção dominante, estava este, subsidiado pelo Estado Keynesiano, caracterizado por ser um Estado produtor e regulador da economia, e que marcou como os “trinta anos gloriosos” do capitalismo. Como vimos anteriormente, foi um período marcado pela ampliação das políticas sociais públicas e pelo surgimento

---

<sup>28</sup>A articulação entre os modelos de produção taylorista e fordista significou tanto a eliminação de movimentos inúteis, para que o operário executasse sua função de forma mais simples e rápida, a fim de que as atividades fossem realizadas em um menor tempo e com qualidade, aumentando assim a produção de forma eficiente, como uma nova organização na produção e no trabalho, destinada a fabricar seu veículo, o modelo T, por um preço relativamente baixo, de forma que fosse comprado em massa. Tal ordenamento significou o controle total do capital sobre o processo produtivo. (GOUNET, 1999, p.18-19).

<sup>29</sup>De acordo com Gounet (1999), o modelo de produção fordista se apoia em cinco transformações principais: responder ao consumo amplo através da produção em massa, racionalizando as operações para combater os desperdícios e reduzir os custos; parcelamento das tarefas por trabalhador, implicando a desqualificação destes; introdução da esteira rolante para regular os trabalhadores e o trabalho, através de uma cadencia controlada pela direção da empresa; padronização das peças para obter resultados e produtos exatos, logo se utiliza da integração vertical, ou seja, do controle total do processo de produção; e, por último, a automatização das fábricas. (GOUNET, 1999)

do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*<sup>30</sup>, uma conjuntura caracterizada pela intervenção e gasto estatal em serviços sociais, com a melhoria de salários, trabalho e vida da classe operária.

Todavia, a crise do modelo fordista levou também a crise do *Welfare State* a partir de fins dos anos de 1970. Havia uma contestação social, revoltas estudantis de 1968, movimentos que reclamavam por qualidade de vida, a ascensão das organizações ecológicas, e lutas operárias em 1970, somando-se a esse quadro a impotência do Estado Keynesiano para resolver a crise e a falência do Estado-providência. Com isso, o neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a ser implementado pelos países capitalistas, com uma crescente privatização, enxugamento do Estado, desmonte dos direitos sociais e dos trabalhadores, dentre outros fatores. Nota-se que nesse movimento, o capitalismo busca superar a crise por meio da criação de riqueza em detrimento da luta dos trabalhadores<sup>31</sup>. Assim, com uma tendência decrescente do valor de uso das mercadorias e com uma exploração cada vez maior, resultante de uma intensificação do trabalho, o capital elabora uma saída para a crise.

Segundo Montes, 1996, *apud* Behring (2008):

[...] o neoliberalismo descobre os “os perigosos efeitos” do Welfare State. São eles: a desmotivação, a concorrência desleal (porque protegida), a baixa produtividade, a burocratização, a sobrecarga de demandas, o excesso de expectativas. O perigo está especialmente no impulso aos movimentos sociais em torno de suas demandas. (MONTES, 1996, *apud* BEHRING, 2008, p. 58)

Com isso, surgem novas formas de se intensificar a exploração do trabalho, mediante a reconfiguração do modelo taylorista/fordista, incrementando uma série de elementos dentre eles a flexibilização da produção possibilitada pelo modelo japonês. Utilizando-se da experiência do fordismo, cria-se um novo modelo de produção, de forma que não se repetisse as falhas que levaram a crise do modelo

---

<sup>30</sup> Vale salientar que essa experiência proporcionada pelo Estado de Bem-Estar Social não se mundializou foi uma experiência apenas experimentada por países de capitalismo central (países mais desenvolvidos).

<sup>31</sup> De acordo com Gounet (1999), nessa transição do fordismo para o toyotismo as lutas operárias põem em xeque a tranquilidade dos patrões e por isso o fordismo passa a ser visto como uma camisa de força, da qual os patrões se libertam posteriormente. (GOUNET, 1999)

anterior. Inicia-se um processo de reorganização<sup>32</sup> na produção, que resultou principalmente com a emergência do neoliberalismo.

Várias estratégias são criadas possibilitadas pelo Estado neoliberal para a saída da crise, como a privatização do Estado, desregulamentação dos direitos do trabalho, falência do setor público estatal, somando-se a isso uma reestruturação no processo de produção que possuía na flexibilização uma característica inovadora. Assim, a passagem do modelo de organização da produção baseado no taylorismo/fordismo para o modelo fundado no toyotismo representou modificações nas formas de extrair mais-valia do trabalhador. O reordenamento do modelo taylorista/fordista para o modelo toyotista pode ser visto como uma alternativa para a superação da crise estrutural do capital.

A nova organização foi implantada progressivamente nas duas décadas de 1950 a 1970 na Toyota no Japão. De acordo com Gounet (1999), o sistema toyotista possibilitou uma maior exploração dos trabalhadores, por três meios. Primeiro porque intensifica o trabalho sobrecarregando ao máximo cada operário. O trabalhador deve ser mais rápido, deve reduzir os “tempos mortos”, deve cumprir novas tarefas, como o controle de qualidade ou a manutenção corrente das máquinas. O trabalhador é transformado também em polivalente, dentro desse sistema, o trabalhador não tem um minuto para si. Em seguida o toyotismo reduz os salários e degrada a proteção social, apoiando-se na terceirização. E por fim ele divide completamente os trabalhadores.

Assim, o modelo de produção toyotista impôs alterações nos processos produtivos e no que concernem as formas de gerenciamento, com a busca pela flexibilidade das linhas de produção, se valendo de formas combinada, com novos meios de produção, e com uma tecnologia avançada oriundos da informática e da microeletrônica<sup>33</sup>. Esses novos mecanismos possibilitariam uma adequação das instabilidades dos mercados individualizados, ampliaria os ganhos de produtividade nas empresas, e conteria a crise do capital evidente no mundo contemporâneo. De

---

<sup>32</sup>Tratamos aqui de um reordenamento da produção taylorista/fordista para a produção toyotista, e não de uma “substituição” como é tratado em alguns autores como Antunes por exemplo. Entendemos, a partir de Souza (2011), que houve uma continuidade do processo, pois a introdução do modelo japonês não implicou necessariamente a supressão dos princípios de organização do trabalho de base fordista. Assim, esse movimento não implicou em transformações substanciais no ordenamento capitalista, sua tendência permaneceu em vigor, houve apenas uma modificação no processo de produção.

<sup>33</sup>É importante ressaltar que a introdução da tecnologia com a informática e a microeletrônica nos meios de produção não se dá de forma global. Há diferenças significativas da disseminação desses recursos da produção flexível nos países periféricos em relação aos países centrais.

acordo com Souza (2011), “esse método serve não apenas à nova base técnica do capitalismo - tecnologias da microeletrônica e da informática -, mas à nova estrutura da concorrência capitalista com a proposta dos mercados restritos”. (SOUZA, 2011, p.93). Assim, esses novos mecanismos inovadores na produção possibilitaram as empresas da Toyota competir com mercados restritos.

O novo modelo de produção japonês trouxe diferenças e inovações no processo produtivo, a saber: a produção é determinada pela demanda e o crescimento pelo fluxo, diferentemente do modelo fordista em que o objetivo era produzir o máximo em grandes séries. No modelo japonês, produz-se muitos modelos em menor quantidade, fazendo com que a demanda dite o número de veículos de cada modelo. Por ser o Japão um arquipélago com espaço reduzido, esse modelo é obrigado a combater todo desperdício. O trabalho da fábrica era decomposto em quatro operações: transporte, produção, estocagem e controle de qualidade. Destes, apenas a produção agrega valor ao produto, os demais (transporte, estocagem e controle de qualidade) representam custos, e, portanto, se deveriam reduzir ao máximo os desperdícios.

A flexibilidade da produção deve-se as adaptações do processo produtivo. Com essa flexibilidade o trabalhador torna-se um trabalhador de equipe, capaz de operar em média cinco máquinas. Se no modelo anterior tínhamos a relação de um homem/uma máquina, no modelo toyotista vemos o rompimento dessa relação, o trabalhador torna-se polivalente, pois opera diversas máquinas simultaneamente. Organiza-se por meio de gerenciamento pela qualidade total; tem como princípio o *just in time*<sup>34</sup> e funciona segundo o sistema *kanban*<sup>35</sup>.

A organização flexível também é caracterizada pelos *cinco zeros*: zero atraso, zero estoque, zero defeitos, zero panes, zero papéis. Aplicar a lógica da racionalização no toyotismo significa dispensar estoques, dispensar excesso de pessoal e dispensar excesso de equipamentos. Todos estes métodos são aplicados na fábrica a fim de que a eficácia seja obtida pelos trabalhadores e que a produção conduza em equilíbrio.

---

<sup>34</sup> O *just in time* refere-se a uma técnica de redução dos estoques, tendo como elemento fundamental o controle da qualidade de uma peça ou de um serviço pelos trabalhadores que o produzem. (ANTUNES,1999, p. 54)

<sup>35</sup> *Kanban* compõe-se de um conjunto de placas ou senhas de comandos que indicam o que fazer a quantidade a ser feita e onde deve ser colocada a produção; é a reposição de estoque. Ele alimenta o sistema *just in time*. (ANTUNES,1999, p. 54)

O modelo de produção japonês apresenta reformulações não apenas na dimensão técnica relativa aos meios de produção e gestão, mas no que se refere ao consenso e o pacto entre as classes. Eis então mais uma diferença marcante entre o modelo japonês e as demais formas de produção anteriores no plano ideológico, que é uma construção de um consentimento pelo envolvimento do trabalhador. (SOUZA, 2011). Vemos então, um controle do capital sob o operariado fazendo acreditar que o trabalhador é um trabalhador autônomo, mascarando, ainda mais, o processo de exploração do trabalho. Sobre isso, Souza (2011) aponta:

A intenção do capital é projetar uma inversão da finalidade do controle sobre o trabalho na produção toyotista, ou seja, é forjar a ideia de que o autocontrole (“autonomação”, “autoativação”) reflete um novo estágio de organização do trabalho, determinado pela autonomia e pela criatividade do trabalhador. Com isso, o capital consegue obscurecer a intensidade das formas de controle através do consentimento do trabalho às modificações na atividade produtiva. (SOUZA, 2011, p. 95)

Isso demonstra que o modelo toyotista é capaz de desenvolver plenas potencialidades não só no que concerne a flexibilidade, mas também de manipulação da subjetividade operária. As formas de controle do capital sobre o trabalho são mistificadas pela polivalência e pela falsa autonomia, fazendo com que o trabalhador acredite que detém o domínio sobre o processo produtivo. Nas palavras de Souza (2011), “a captura da subjetividade operária torna-se mais envolvente, porque não é apenas o saber, e o fazer do trabalhador que são apropriados pelo capital, mas a sua disposição afetivo-intelectual”. (SOUZA, 2011, p. 97). Essas relações repercutem tanto no âmbito objetivo como na subjetividade do trabalhador, mascarando uma autonomia que de fato não existe. Ao contrário, prende o trabalhador de forma mais intensa à lógica capitalista, fazendo com que essa classe aceite de maneira pacífica e consentida as medidas gerenciais do sistema capitalista.

O estímulo a essa subjetividade operária é evidente, por meio da formação de líderes do próprio operariado. A vigilância é feita não apenas por um trabalhador específico, mas pelos demais membros da equipe, isto é, a vigilância é feita pelo próprio trabalhador. “Em virtude do incentivo à competição entre os operários, cada um tende a se tornar supervisor do outro. ‘Somos todos chefes’ é o lema do

‘trabalho em equipe’ no toyotismo”. (ALVES, 2005, p. 54) De acordo com Alves (2005):

[...] uma característica central do toyotismo é a vigência da “manipulação” do consentimento operário, objetivada em um conjunto de inovações organizacionais, institucionais e relacionais no complexo de produção de mercadorias, que permitem “superar” os limites postos pelo taylorismo-fordismo. É um novo tipo de ofensiva do capital na produção que reconstitui as práticas taylorista e fordista na perspectiva do que poderíamos denominar uma *captura da subjetividade operária pela produção do capital*. (ALVES, 2005, p.38)

Souza (2011) adverte que este novo mecanismo de controle leva implicitamente o exercício da coerção do trabalho sobre a sua própria classe, de forma que a classe trabalhadora aceite e se submeta as novas modificações gerenciais de forma alienada. Assim, diferentemente do modelo de produção fordista em que o trabalhador é apenas um apêndice da máquina, e em que as formas de controle possuíam um caráter despótico e repressor, o controle da classe trabalhadora na lógica da era toyotista se apresenta sendo mais consensual, envolvente, participativa e mais manipuladora.

Assim, as mudanças no mundo trabalho possibilitadas pelo processo de reestruturação produtiva do capital, que tem no modelo toyotista um “momento predominante”, tende a conduzir, em sua dimensão objetiva, as transformações do trabalho industrial e a fragmentação de classe, com uma crescente proliferação da subproletarização tardia e do desemprego estrutural, fazendo emergir o que Alves (2005) chama de “novo (e precário) mundo do trabalho”<sup>36</sup>.

Essas mudanças relativas ao processo produtivo têm rebatimentos diretos no mercado de trabalho, pois acarreta numa progressiva e crescente desregulamentação, com uma redução do trabalho formal e o aumento do trabalho temporário, terceirizado e em tempo parcial.

A classe operária apresenta-se com novas características: há um aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, uma crescente inserção de

---

<sup>36</sup>Alves (2005) salienta que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho industrial e a fragmentação de classe são resultados de processos sócio históricos estruturais, de longa duração do processo de acumulação do capital. O que a reestruturação produtiva sob a mundialização do capital faz é incorporar – e impulsionar com maior aceleração histórica – as perversidades da lei geral de acumulação capitalista, na direção do enfraquecimento do mundo do trabalho (e da perspectiva de classes), dando novas características a classe operária. Verifica-se que apesar de não constituir a causa central das mudanças do operariado industrial, o sistema toyotista contribuiu para que essas mudanças ocorressem com maior intensidade e amplitude, adotando as novas lógicas de racionalização do trabalho. (ALVES, 2005)

trabalhadores imigrantes, e um aumento no número de desempregados estruturais (evidente entre jovens), levando a um novo patamar de exclusão social nos principais países capitalistas. De acordo com Alves (2005):

Em termos relativos, desenvolve-se a economia do trabalho vivo, por meio do desenvolvimento crescente da produtividade (e da intensificação) do trabalho, que tende a “enxugar”, cada vez mais, a participação dos operários industrial no núcleo do complexo de produção de mercadorias. Desse modo, surge um novo proletariado industrial, complexo e heterogêneo, cuja redução numérica em seu centro produtivo tende a ocultar sua expansão periférica, interpretada por unidades de subcontratação industrial e de “serviços” (vale dizer, um neoproletariado “pós-moderno” com estatutos sociais precários). (ALVES, 2005, p.66-67)

Assim, o autor aponta elementos que impactam de forma imediata o mundo do trabalho como consequência do processo de flexibilização do capital. Nota-se que o trabalho se apresenta de forma intensificada. Ocorre o enxugamento de trabalhadores nas indústrias acarretando num aumento no número de desemprego; uma desregulamentação desenfreada dos direitos do trabalho que são eliminados cotidianamente, bem como uma precarização e terceirização da força humana de trabalho.

É importante salientar que a terceirização dos vínculos empregatícios enfraqueceu ainda mais a categoria dos trabalhadores, gerando queda nas taxas de sindicalização. Com isso, há uma decadência do sindicalismo e sua substituição por um sindicalismo dócil, de parceria ou mesmo em “sindicalismo de empresa”. Behring (2008) considera que esse movimento representa obstáculos na construção de uma consciência de *classe para si*, incorporando tendências individualistas e neocorporativas que acabam por enfraquecer a resistência à reestruturação produtiva.

Tal panorama aponta para uma relação de insegurança nas relações de trabalho proporcionadas pelo processo de reestruturação produtiva, pois com a passagem para o novo modo de acumulação baseado na flexibilização, temos uma nova configuração na regulamentação do trabalho. Mattoso (1996) exemplifica alguma dessas inseguranças, a saber: *insegurança no mercado de trabalho*, com a não priorização do pleno emprego, ampliação das desigualdades entre os desempregados; *insegurança no emprego*, com a redução da estabilidade no emprego e as subcontratações; *insegurança na renda*, através da flexibilização dos salários, quedas nos gastos sociais e fiscais das empresas, da degradação da

distribuição de renda, do aumento da pobreza; *insegurança na contratação do trabalho*, devido à ampliação do dualismo no mercado de trabalho e pelo risco da predominância do contrato coletivo de trabalho; *insegurança na representação do trabalho*, pela diminuição dos índices de sindicalização. Nota-se que essa relação de insegurança é uma das expressões da agressividade do capital em aumentar a sua produtividade do trabalho, com o intuito de recuperar e alavancar sua rentabilidade como uma tentativa de saída da crise.

Temos ainda uma cisão entre a estrutura de classe decorrente da mundialização do capital, pois em seu núcleo produtivo essa classe é dividida por: operários polivalentes com certa capacidade de autonomia; e os subproletariados<sup>37</sup> tardio, que compõem a periferia da produção, estes possuíam em sua maioria empregos precários, temporários e com salários baixos. De acordo com Alves (2005):

O que se observa é que, sob a mundialização do capital, com a exacerbação da concorrência capitalista, desenvolveu-se num novo patamar histórico, a “dualidade” do mercado de trabalho, por meio da posição plena do imperativo da flexibilidade (com impactos decisivos na solidariedade de classe). A lógica do toyotismo, o “momento predominante” do complexo de reestruturação produtiva, impulsiona – com a noção de “fábrica mínima”, ou de *leanproduction*– o desenvolvimento de um complexo de pequenas empresas de fornecedores e subcontratadas, em que o contrato social de trabalho é precário, ou não possui o mesmo estatuto social da empresa principal. (ALVES, 2005, p. 80)

Nesta direção, a estabilidade no trabalho passa a ser uma raridade, ocorre à erosão do trabalho contratado e regulamentado (característico no século XX) para o trabalho desregulamentado, temporário presentes com a informalização no trabalho, nas diversas formas de empreendedorismo, cooperativismos, trabalho voluntário, empresas terceirizadas, dentre outros. Isso porque, como pontua o autor, com a flexibilização, onde havia uma empresa concentrada, tem-se uma substituição por várias pequenas unidades interligadas a uma rede, possibilitando produzir muito mais vezes, com uma quantidade menor de trabalhadores. Os serviços públicos, como saúde, educação, energia, telecomunicação, previdência e outras áreas, também são atingidos negativamente por essa lógica, subordinando-

---

<sup>37</sup> A subproletarização consiste na nova precariedade do trabalho assalariado consequente da mundialização do capital, é constituída pelos trabalhadores assalariados em tempo parcial, temporário ou subcontratados, seja na indústria, seja nos serviços interiores (ou exteriores) à produção do capital. (ALVES, 2005)

se à máxima da mercadorização, que atinge os trabalhadores do setor público estatal. (ANTUNES, 2011)

Com um acelerado crescimento dos setores de serviços tem-se também um crescimento dos setores prestadores de serviços que em sua maioria são compostos por empresas terceirizadas e subcontratadas. Essa forma de contratação possibilita uma externalização<sup>38</sup> das atividades de produção da empresa e a redução dos custos financeiros com jornadas móveis de trabalho através de salários flexíveis.

A terceirização é considerada como a principal forma ou dimensão da flexibilização do trabalho, pois ela viabiliza um grau de liberdade do capital para gerir e dominar a força de trabalho quase sem limites. Nota-se que esta é uma das maiores fontes de problemas para o direito do trabalho, seu uso desenfreado e desregulado trouxe para o mundo laboral um crescimento extremado da precarização e das condições de trabalho, com a fragmentação do coletivo dos trabalhadores e a exclusão social.

A expansão de empresas terceirizadas possibilita sérias implicações para o mercado de trabalho, pois há uma tendência da redução do emprego regular em favor do trabalho parcial, subcontratações, temporários, estagiários e terceirizados. Essas formas precárias de contratação afetam diretamente ao trabalhador que vivencia uma instabilidade na sua relação de trabalho, perpassando de vínculos instáveis de trabalho com baixos salários e nenhuma proteção social, ao desemprego.

Nota-se ainda, um empobrecimento do poder sindical diante dessas circunstâncias, pois, vários sindicatos de grande porte acabam perdendo associados devido ao aumento de terceirizados e de desempregados. De acordo com Harvey (1998):

---

<sup>38</sup> De acordo com Druck (1999), "(...) esta externalização assume várias formas: contratos de trabalho domiciliar, contrato de empresas fornecedoras de componentes, contratos de serviços de terceiros (empresas ou indivíduos) e contratos de empresas cuja mão-de-obra realiza a atividade produtiva ou serviço na planta do contratante". (DRUCK, 1999, p.126)

Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. [...] O propósito dessa flexibilidade é satisfazer as necessidades com frequência muito específicas de cada empresa. Mesmo para os empregados regulares, sistemas como “nove dias corridos” ou jornadas de trabalho que têm em média quarenta horas semanais ao longo do ano, mas obrigam o empregado a trabalhar bem mais em períodos de pico de demanda, compensando com menos horas em períodos de redução da demanda, vem se tornando muito mais comuns (HARVEY, 1998, p.143-144).

Vemos então a organização de contra poderes, num quadro em que a relação de forças é ainda muito desfavorável aos trabalhadores, com uma fragilização da força coletiva emanada dos sindicatos. Todo esse processo ainda resulta num declínio da consciência de classe dos trabalhadores, com uma redução do número de sindicalizado e do exercício de greve, favorecendo o propósito da flexibilização.

Nota-se que as relações entre as classes se apresentam de forma mascarada de modo que na atual configuração do processo produtivo e reprodutivo do capital mantém-se a contradição que o constitui enquanto modo de produção (produção de riqueza e exploração/alienação do trabalho), associado à captação da subjetividade da classe trabalhadora que é sutilmente subordinada aos apelos do discurso do envolvimento e do consentimento, tornando mais difícil perceber e desvendar essas mudanças sobre o trabalho no capitalismo atual.

Behring e Boschetti (2011) fazem as seguintes ponderações acerca do predomínio do neoliberalismo como uma alternativa para a saída da crise:

A hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalista centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição dos postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais. (BEHRING; BOCHETTI, 2011, p.127)

Percebe que a hegemonia neoliberal se vale de um Estado mínimo para as questões sociais e máximo para o capital, de modo que se reduzem os postos de emprego, as políticas se restringem e passam a ter um caráter focalista, seletista e privatista, fazendo com que as estratégias de intervenção estatal na conjuntura atual sigam em direção ao mercado.

Até o momento, pudemos apresentar alguns elementos que dão sustentação às relações sociais capitalistas calcadas na política de ajuste neoliberal, que vão incidir fortemente nas políticas de saúde e de saúde mental dando espaço ao setor privado gerir tais políticas. Aprofundaremos essas questões mais adiantes, resgatando alguns conteúdos já traçados nesse item, só que relacionando agora com as questões mais específicas da saúde e da saúde mental no Brasil.

### **3. AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA**

Vimos anteriormente como o modo de produção capitalista surge e se desenvolve na história da humanidade, e como as políticas sociais, a noção de direitos e as reformas sociais se apresentam como estratégias de intervenção estatal, especialmente a partir do capitalismo monopolista, para remediar os males que são gestados por esse modo de produção. Enquanto política social, analisaremos como irá se configurar o desenvolvimento da saúde e da saúde mental no Brasil e suas mudanças mais significativas mediante as reformas.

Apresentaremos como o processo de Reforma Sanitária, e de Reforma Psiquiátrica, influirá nas melhorias nas condições de saúde da população, e como as mudanças provenientes dessas reformas serão captadas pela lógica capitalista acarretando numa relação contraditória que envolve o setor público e o privado. Esta apreciação se torna possível quando investigamos as primeiras formas pelos quais a saúde era apreendida pelo Estado como objeto de intervenção, e como as mudanças estarão associadas à pressão da classe trabalhadora em prol de melhorias.

Partimos do pressuposto que a trajetória histórica da saúde mental no Brasil se constitui atrelada à saúde de maneira geral. Tal apreciação é de fundamental importância para subsidiar nossa análise acerca da atual conjuntura da saúde mental, pois nos propicia uma visão sócio histórica de como o Estado intervém e se conforma nas questões relacionadas à saúde e à saúde mental no contexto de desenvolvimento brasileiro.

#### **3.1 Constituição da política de saúde e da saúde mental no Brasil**

Apesar de estarem mais expressivos nos dias atuais, os interesses capitalistas na saúde pública são anteriores ao período mais contemporâneo em que o SUS foi instituído, por isso, faz-se necessário inicialmente um resgate acerca do processo de constituição da saúde e da saúde mental no Brasil.

Bravo (2009) se propõe a investigar os antecedentes da ação estatal na saúde como forma de caracterizar como se dava o acesso da população à saúde nos marcos do século de XVIII, XIX e XX. No âmbito global, com o advento do processo de industrialização especialmente nos países de capitalismo central dentre eles França, Inglaterra e Alemanha, a assistência à saúde dos trabalhadores foi assumida pelo aparato estatal vinculada à medicina social. A autora prevê que algumas conquistas configuradas nos direitos sociais para a classe trabalhadora foram mediadas pela ação do Estado como forma estratégica de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes.

No âmbito da saúde mental, registra-se que esta já era objeto de intervenção antes mesmo que o capitalismo, em sua forma mais madura, estivesse no Brasil. Amarante (1994) sinaliza que a loucura será objeto de intervenção estatal a partir do início do século XIX, com a chegada da Família Real no Brasil. Apreende-se que, nesse período as mudanças econômicas e sociais exigem certa intervenção eficaz por parte do Estado de modo a manter o controle social e a fim de promover o crescimento das cidades e das populações. É sob tais pilares que a medicina psiquiátrica ganha terreno e é convocada a participar dessa empresa de reordenamento, ou organização do espaço urbano. (AMARANTE, 1994)

Amarante (1994) retrata essa realidade afirmando:

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, mercedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento. (AMARANTE, 1994, p. 74)

Percebe-se que o histórico da loucura está marcado por questões que envolvem uma população sobrando ao contexto social, de modo que se criam espaços por meio de instituições que abarque essa população sobrando. Conforme Stockinger (2007) “as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e a paz social, em resposta aos reclamos gerais”. (Stocking, 2007, p.28)

Sobre o perfil desses *loucos*, Amarante (1994) vai retratar estes como sendo: miseráveis, marginais, pobres, trabalhadores, camponeses,

desempregados, índios, negros, “degenerados”, em suma, aqueles considerados perigosos para a ordem pública. (AMARANTE, 1994)

Temos nesse momento a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852<sup>39</sup>. Registra-se nesse período certa crítica dos médicos – também denominados de *alienistas* – aos hospícios, que reclamavam a ausência de um projeto assistencial científico e reivindicavam a independência da instituição que estava atrelada a Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e da Igreja. De acordo com Amarante (1994) “em sua grande maioria, os alienistas compartilham dos ideais positivistas e republicanos e aspiram ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica”. (AMARANTE, 1994, p. 75)

Desta forma, a crítica realizada pelos médicos ao modelo manicomial estava muito distante de um julgamento quanto ao caráter repressor e de isolamento que o hospício proporcionava aos “doentes mentais”. A inquietação dessa categoria se dava, sobretudo, a dependência do hospital psiquiátrico à Santa Casa de Misericórdia, bem como a questão da ausência da ciência na estruturação de um projeto assistencial.

Após a Proclamação da República em 1889, registra-se uma modernização da psiquiatria no Brasil, que, na percepção de Amarante (1994), isso ocorre:

Em primeiro lugar porque o asilo, nos moldes arcaicos de Pedro II, assemelha-se demais às instituições despóticas, filhas autênticas do absolutismo político, o que faz destoar do ideário liberal veiculado nos meios republicanos. Em segundo lugar, porque sob égide de uma nova ordem social que então se constitui, a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado pelos muros do asilo. (AMARANTE, 1994, p. 76)

Posteriormente, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia ficando administrado pelo poder público passando a denominar-se *Assistência Médico-Legal aos Alienados* dirigido por Carlos Teixeira Brandão, sendo esta a primeira instituição pública de saúde instituída pela República.

---

<sup>39</sup> De acordo com Stockinger (2007), no Hospício Pedro II, mantinha-se a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos e percalços, regidos sob égide dos mais diversos manejos de intervenção e arbitrariedade. (STOKINGER, 2007)

No âmbito da assistência são fundadas as duas primeiras *colônias de alienados*, que direcionavam tratamento aos doentes considerados indigentes do sexo masculino. Tal panorama retrata o que Amarante (1994) irá denominar de a *primeira reforma psiquiátrica no Brasil*, que tem como fundamento a instituição do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais inspirada em experiências europeias<sup>40</sup>. (AMARANTE, 1994)

Em 1903 temos a promulgação da Lei 1.132/1903 que institui e reorganiza a assistência aos alienados, representando um passo importante para a legitimação jurídico política da psiquiatria no Brasil. Vale ressaltar que nesse período a psiquiatria nacional estava institucionalizada com a Assistência Médico-Legal sob administração de Juliano Moreira<sup>41</sup>, que se manteve por 27 anos na direção sendo destituído com o Governo Provisório de Getúlio Vargas.

Ao final da década de 1920, tem-se um desenvolvimento da psiquiatria com uma ampliação do espaço asilar, abrangendo o tratamento para as indigentes mulheres. Temos então a construção de mais hospícios bem como a criação do Manicômio Judiciário.

No âmbito mais geral da saúde, registra-se que no final do século XIX aparecem as primeiras expressões de reivindicações sobre a questão da saúde partindo do movimento operário que estava emergindo no Brasil<sup>42</sup>. Algumas mudanças e iniciativas de organização do setor saúde são vistas no início do século que se sucede, mas que só serão aprofundadas na década de 1930. Ao refletir sobre a incorporação da saúde no país, Bravo, comungando com o pensamento de Braga (1986) vai afirmar que esta emerge como “questão social” no início do século XX, desenhada pela economia capitalista exportadora de café vinculado à emergência do trabalho assalariado.

---

<sup>40</sup> De acordo com Amarante (1994), “a idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar”. (AMARANTE, 1994, p. 76)

<sup>41</sup> Conforme Amarante (1994), Juliano Moreira passa a ser conhecido como Mestre da Psiquiatria brasileira, devido à sua obra prática e teórica. Moreira traz para o Brasil a Escola Psiquiátrica Alemã que substitui a influência da Escola Francesa herdada da administração de Teixeira Brandão. (AMARANTE, 1994)

<sup>42</sup> É importante mencionar que nos séculos que se antecederam, tivemos pequenas expressões de iniciativas filantrópicas e da prática liberal na assistência médica. No século XIX algumas iniciativas limitadas aparecem no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas restritas.

Vale pontuar que durante os anos de 1920 a questão da saúde pública adquire novo discurso, com uma pretensa tentativa de ampliação da saúde em todo país. Nesse período, mais especificamente em 1923, a reforma Carlos Chagas buscou “ampliar o acesso à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922”. (BRAVO, 2009, p. 90)

Nesse período, a questão da saúde era enfatizada em ações de higiene e de saúde do trabalhador. Algumas medidas foram se consolidando e aos poucos se tornando a raiz do sistema previdenciário brasileiro, sendo a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) a que merece destaque. Criada em 1923 as CAPs também ficou conhecida como Lei Elói Chaves (LEC), era financiada pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Esse recurso era organizado pelas empresas, e só os grandes negócios tinham condições de mantê-los, eram administrados por empregados e patrões e presidido por alguém nomeado pelo Presidente da República. Os benefícios recebidos eram de acordo com as contribuições, e estavam previstos: a assistência médica curativa e o fornecimento de medicamento, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009)

Alguns trabalhadores se destacaram na reivindicação da organização das Caixas em suas empresas, dentre eles: os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador, os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926, e os demais trabalhadores só conquistaram esse benefício após 1930. (BRAVO, 2009)

Nota-se com isso que as ações em saúde no Brasil já se iniciam sob certa influência privada, visto que as CAPs estavam ligadas às empresas e a formalização do trabalho, sendo restrita àquela parcela de trabalhadores inserida no mercado de trabalho.

A década de 1930 retrata uma realidade inovadora no âmbito da sociedade brasileira, pois é a partir da referida década que temos expressões mais concretas do processo de industrialização, urbanização, o aparecimento de políticas sociais, de uma redefinição no papel do Estado<sup>43</sup>, bem como novas formas de respostas às

---

<sup>43</sup> Embora o Brasil não tenha experimentado a ampliação das políticas sociais e o pleno emprego propiciado pelo Estado de Bem-Estar Social, é preciso sinalizar que as mudanças no mundo do trabalho a nível global, explicitada anteriormente, influenciaram as relações sociais capitalistas no Brasil (que por sua vez teve um capitalismo tardio) principalmente sob a hegemonia do

reivindicações da classe trabalhadora. Conforme aponta Bravo (2009), “este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação”. (BRAVO, 2009, p.91)

Tal conjuntura econômica e política propiciou o surgimento de uma política social de caráter mais sofisticado em relação às décadas anteriores, as questões sociais e a problemática da saúde especificamente eram enfrentadas de forma orgânica e sistemática. A autora sinaliza que neste período a política de saúde de caráter nacional, estava integrada por dois subsetores: o da medicina previdenciária e o da saúde pública.

Bravo (2009), comungando com o pensamento de Braga e Paula (1986), sintetiza as principais alternativas que foram utilizadas pelo subsetor da saúde pública entre as décadas de 1930 a 1940, a saber:

- Ênfase nas campanhas sanitarista;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate a endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiado, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA; PAULA, 1986, *apud* BRAVO, 2009, p. 91)

Nota-se que as ações de saúde pública acima mencionada, possuem características higienista expressamente focado no controle das endemias que nesse período possuíam picos de surtos de malária, febre amarela, dentre outras pestes que assolavam algumas regiões periféricas do país. A Fundação Rockefeller citado pela autora retrata como as relações internacionais influenciavam o decurso da saúde no Brasil, esta fundação de origem norte-americana teve um peso considerável na formação do pensamento sanitário

---

neoliberalismo. Deste modo, a incorporação de ações em saúde e ou surgimento de políticas sociais se apresenta mais tardiamente no Brasil.

brasileiro. Constata-se que muitos sanitaristas brasileiros foram financiados para treinamentos nos Estados Unidos.

Sobre a origem da medicina previdenciária, sabe-se que esta tem seu aparecimento em meados da década de 1930 com os Institutos de Aposentadoria e Pensão-IAPs (que substituíram, num longo processo, as CAPs) no governo de Vargas. Os IAPs – diferentemente das CAPs que possuíam uma relação de empresa – buscou expandir os benefícios previdenciários ao conjunto da categoria dos assalariados urbanos. Assim, o que antes se tinha uma caixa por empresa, com os Institutos têm-se uma caixa para o conjunto da categoria profissional (como por exemplo, os rodoviários, os ferroviários, comerciários, bancários entre outros).

No âmbito da saúde mental, é durante a década de 1930 que a psiquiatria brasileira descobre meios de intervenção psiquiátrica como um poderoso instrumento que, para a época, era visto como a *cura* para as doenças mentais. Refere-se à introdução de choque insulínico, choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias como forma de tratamento; tais meios passaram a substituir a malaroterapia e o empirismo. Essas novas técnicas reforçaram o caráter manicomial e desumano dos manicômios, e produziram um efeito inverso, pois, teve-se um aumento considerável no número de asilamentos, aumentando a demanda e produzindo novos *clientes* principalmente no âmbito da assistência privada.

Na análise de Amarante (1994) “se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização.” (AMARANTE, 1994, p.79). Para o autor, a partir do final da Segunda Guerra Mundial têm-se algumas experiências pontuais de *reforma psiquiátrica no Brasil* através da introdução de algumas instituições<sup>44</sup>, tais como: as comunidades terapêuticas<sup>45</sup>, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática.

---

<sup>44</sup> Vale pontuar que tal *reforma* ainda era muito distante da crítica ao hospitalocentrismo, uma vez que os manicômios ainda eram referência ao tratamento dos transtornos mentais.

<sup>45</sup> Tem-se nas comunidades terapêuticas uma perspectiva mais humanizadora em comparação aos manicômios, pois se registra algumas alterações peculiares à instituição, a saber: o diagnóstico deixava de ser redutível para ser dinâmico, havia ênfase na perspectiva multiprofissional e no estímulo quanto aos doentes visando sua autonomia, responsabilidade e participação nas decisões institucionais. Nesses espaços a informação era democratizada e privilegiava-se a simetria das relações aí passando pelo viés personalizado de suas significações pessoais e interpessoais; bem como o trabalho que possuía um aspecto central. (STOCKINGER, 2007)

Essas são as experiências de mudanças na psiquiatria consideradas mais significativas, que por sua vez não houve grandes sucessos devido à forte influência que o setor privado exercia sob o aparelho do Estado no campo da saúde.

É no período de 1945-1950, que a Política Nacional de Saúde se consolida com ações e planos que marcaram a trajetória da saúde no Brasil. Tem-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a Segunda Guerra Mundial. Esse serviço possuía vínculos com o governo americano e teve incentivo da Fundação Rockefeller. Em 1948, temos a criação do Plano Salte que objetivava ações nas áreas da saúde, alimentação, transporte e energia, sendo a área da saúde uma de suas principais finalidades.

Entretanto, mesmo com esse aparato propiciado pela saúde pública, nota-se ainda que a realidade da população ainda era expressamente permeada por um quadro de doenças infecciosas e parasitárias com altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e da população em geral, isto porque, como vimos anteriormente, estes males sociais provêm das contradições intrínsecas ao sistema capitalista.

Percebe-se que em contraproposta, as ações em saúde de natureza privada se fortaleciam paulatinamente, especialmente quando encontram no decurso da história projetos societários favoráveis à sua ampliação. É o que vai ocorrer na década de 1950, em que se tem uma expressiva formação de empresas médicas direcionado ao atendimento hospitalar tensionando as ações estatais em saúde. De acordo com Bravo (2009):

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. (BRAVO, 2009, p. 93)

Nota-se nesse período, certo tensionamento das empresas ligadas ao setor médico-hospitalar que pressionavam o Estado para a compra de seus serviços. Embora essa relação com o setor privado não se expresse fortemente até antes de 1964, visto que, como pontua Bravo, a compra dos serviços médicos a terceiros

ainda aparece como minoritária, veremos como esse tensionamento entre o público e o privado vai estar mais favorável aos empresários desse setor nas décadas que se sucede, de modo que os próprios governos passam a incentivar o desenvolvimento e o fortalecimento do setor privado e filantrópico da saúde. Assim, essa realidade é alterada no período que se segue com a introdução do regime militar que se instala no país.

No âmbito mais específico dos problemas relacionados à saúde mental nesse mesmo período, Bisneto (2007), assim como Amarante (1994), sinalizará que até antes da década de 1960 ainda não havia ocorrido a “privatização” dos serviços públicos de saúde. Nesse período “havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil, e às vezes um hospício em algum estado da federação atendendo as grandes áreas do interior”. (BISNETO, 2007, p. 21) O atendimento estava voltado à camada mais pobre da sociedade e não se estendia aos trabalhadores em geral.

Considera-se que o número de hospícios ofertado pelo Estado era relativamente reduzido considerando o número de pacientes atendidos, que em sua maioria eram indigentes, ou pessoas com algum transtorno crônico abandonado pela família. Havia poucas clínicas privadas que se destinavam a camada da população mais rica.

Os trabalhadores e seus dependentes eram atendidos em hospitais gerais ou psiquiátricos que estavam vinculados a rede dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), pois como vimos, o acesso à saúde estava vinculado à formalização no mercado de trabalho e à contribuição previdenciária. Vale salientar que o número de hospitais gerais e psiquiátricos vinculados aos IAPs também eram reduzidos quando comparado à demanda. No ano de 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), somavam-se 28 hospitais psiquiátricos em todo Brasil. (BISNETO, 2007)

Apreende-se que no período ditatorial que se segue, ocorre um desenvolvimento do capitalismo no Brasil pelo viés da “modernização conservadora”. “Enquanto no plano internacional, desencadeava-se a reação burguesa, o Brasil, no contexto da ditadura militar pós-1964, vivia a expansão do

‘fordismo à brasileira’<sup>46</sup>, por meio do chamado Milagre Brasileiro”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 134)

Sobre isso, Behring e Boschetti (2011) sinalizam:

No Brasil da lapidar frase “Ame-o ou deixe-o” tais mecanismos são introduzidos sem o pacto social democrata e sem os consensos dos anos de crescimento da Europa e EUA, e com uma redistribuição muito restrita dos ganhos de produtividade do trabalho, mas que ampliou o mercado interno, embora aquém de suas possibilidades, alimentando os sonhos da casa própria, dos filhos doutores e do “Fuscão” na garagem entre os segmentos médios e de trabalhadores. De outro lado, expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos, modernizando o aparato varguista. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 135)

É sob tais estratégias que o capitalismo vai se consolidando na realidade brasileira, apoiando-se de um forte discurso ideológico em que a sociedade brasileira poderia ter acesso à casa própria, educação e seu próprio automóvel. O “fusão” citado pelas autoras refere-se ao primeiro modelo de automóvel fabricado no Brasil.

Assim, a ditadura militar que se consolida acabara por representar uma estratégia da autocracia burguesa brasileira para alavancar o desenvolvimento capitalista no país pelo viés de uma “modernização conservadora”. As refrações da questão social passam a ser apreendidas nesse contexto por certa ampliação de políticas sociais que combinavam assistência e repressão, pois os ganhos sociais estavam também associados à perda das liberdades democráticas de expressão, pela censura e pela tortura.

É, pois, sob o domínio dos militares, no período de 1964 a 1974, que se tem uma significativa alteração no ordenamento da saúde no Brasil em direção às privatizações. Com um discurso inovador e modernizador de desenvolvimento, o regime ditatorial se instala e configura-se com uma intervenção estatal que articulam dois fenômenos: repressão e assistência. A ampliação da assistência se dá por meio de ações burocratizadas com a finalidade de se aumentar o controle e a regulação do Estado com a sociedade, bem como pela compra de serviços privados de saúde e de saúde mental.

---

<sup>46</sup> SABOIA, 1988 e 1990, *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 134.

Esse período é caracterizado pela junção da Previdência Social com os IAPs; por uma ampliada medicalização da vida social com ênfases nas ações médicas curativas, bem como pela incorporação das tendências capitalistas com um privilegiamento do setor privado. Bravo (2009), compactuando com Oliveira e Teixeira Fleury (1986) sinaliza algumas características que marcaram esse período, a saber:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamento e de equipamentos médico;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, *Apud*, Bravo, 2009, p. 94)

Nota-se que a conjuntura propiciada pelo regime ditatorial, aponta para uma saúde e previdência social de forma mais ampliada em relação ao período anterior pelo viés da privatização, de modo que a cobertura da previdência social se estende aos trabalhadores autônomos, rurais e as empregadas domésticas. Isto porque, “a ditadura abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 137)

Os setores da saúde crescem atrelados às corporações médicas privadas, com uma organização fortemente direcionada ao campo da lucratividade, o que Oliveira e Teixeira *apud* Bravo (2009) denominaram de “capitalização da medicina e privilegiamento dos produtores privados”. Os autores exemplificam esse fato citando as grandes empresas monopolistas internacionais destinadas a produção de medicamentos e equipamentos médicos, que se instalam no país.

Nesta direção, o investimento na saúde pública não era visto como uma prioridade, de modo que os dirigentes dos institutos preferiam comprar serviços

médico-hospitalares do setor privado, em vez de investir no próprio serviço público. Um fator importante que se agrega ao novo contexto de ampliação da assistência pelo viés da privatização, é que esta vem fortemente acompanhada a um sistema de corrupção<sup>47</sup>.

De acordo com Paim (2009):

Não era só pela rima que a privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). (PAIM, 2009, p. 35).

Não demorou muito para as formas mais estranhas de fornecimento dos serviços privados ao setor público aparecerem carregados de imprecisões. Sem qualquer fiscalização, os serviços eram vendidos e comprados como um negócio, numa relação mercadológica em que o lucro era o fator predominante.

No âmbito da saúde mental essa relação não se dá de modo diferente, o período ditatorial propiciou a ligação de convênios do Estado com as clínicas psiquiátricas privadas. Com isso, ocorre um aumento dessa rede privada dos hospitais psiquiátricos que, por meio da parceria estatal com a rede privada, passam a atender também a população trabalhadora e seus dependentes. Nas palavras de Bisneto (2007):

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. (BISNETO, 2007, p. 23)

Nota-se a partir da concepção de Bisneto (2007), que o período ditatorial proporciona de forma mais evidente uma primeira relação público/privado na história da psiquiatria brasileira, pois com uma intensificação da compra de serviços psiquiátricos no setor privado a loucura passa ser uma fonte de lucro para o empresariado. Em consequência disto, temos um aumento considerável do número de internações em hospitais psiquiátricos privados “chega-se ao ponto de a

---

<sup>47</sup> Conforme sinaliza Behring e Boschetti (2011) o período em que os militares estiveram no poder encontrou-se fortemente marcado pelo crescimento das empreiteiras, em que não se tinha transparência nem sabia a procedências dos gastos públicos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar”. (AMARANTE, 1994, *apud* BISNETO, 2007)

Para Bisneto (2007)

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim os anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam a vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. (BISNETO 2007, p. 25)

Registra-se nesse momento um grande índice de operários em crise mental como uma consequência das péssimas condições de trabalho no período de expansão capitalista no Brasil. Tem-se em decorrência disto, um número significativo de trabalhadores que recorrem à aposentadoria por motivo de adoecimento mental ou como uma forma de fugir do desemprego. O autor aponta que nesse período, há um aumento no número de internações sem procedência em clínicas privadas.

Bisneto (2007) sinaliza que as necessidades de racionalização da Previdência Social se apresentavam como uma estratégia para minimizar os efeitos perversos do sistema capitalista que eram expressos na vida da classe trabalhadora em forma de patologias mentais. Entretanto, tal estratégia envolviam interesses econômicos, políticos e ideológico contraditórios na relação entre capital e Estado, pois expandir capital acarretava em altos custos a Previdência Social. “Atender a novos modelos impostos pelo Primeiro Mundo por sua política desenvolvimentista [...] destoava das práticas de internação que favoreciam os donos de clínicas e propiciava a contenção dos trabalhadores ‘problemáticos’”. (BISNETO, 2007, p. 27)

O regime ditatorial vigorou por uma década, e mesmo assim não conseguiu consolidar sua hegemonia, e por isso, paulatinamente foi trançando acordos com a sociedade civil. Sobre a impotência do regime ditatorial se manter no poder, Behring e Boschetti (2011) apontam:

Em 1974, começam a transparecer as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador do regime, em função dos impactos da economia internacional, restringindo o fluxo de capitais, e também dos limites internos. Os anos subsequentes serão marcados pela distensão, pela abertura lenta e gradual do regime, num processo de transição democrática que irá condicionar em muito a adesão brasileira às orientações conservadoras neoliberais, já em curso a nível mundial, implicando o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 137-138)

Vemos então que algo que já estava posto a nível internacional que é o predomínio do neoliberalismo nas relações sociais capitalistas, vão se configurar na realidade brasileira, expressivamente com o fim da ditadura militar.

De acordo com Bravo (2009), os anos que sucedem o fim da ditadura militar, especificamente o período de 1974 a 1979, foram marcados pela predominância de uma política social que objetivava enfrentar de forma mais eficaz a “questão social”. Essa questão foi fortemente tensionada pelos movimentos sociais por meio de reivindicações e pressões populares. (BRAVO, 2009). É nesse período que temos o surgimento das primeiras formas de organização do movimento sanitário brasileiro, as ações curativas da previdência lideradas pelo setor privado foram um dos motivos que instigou o surgimento movimento sanitarista, que se consolidará na década de 1980.

Na saúde mental, no final da década de 1970, começa a surgir organizações de trabalhadores que questionavam o modelo de assistência à saúde mental centrado no asilamento em hospícios e manicômios.

Na década de 1980, temos conquistas democráticas que se consolidaram com a Constituição de 1988 que se apresenta na história com um conteúdo reformista socialdemocrata – e que se apresenta de modo atrasado quando comparado aos países de capitalismo central. Temos certos avanços com a Constituição de 1988, como o reconhecimento dos direitos sociais, os direitos humanos e os direitos políticos, contudo, traços conservadores e certas imprecisões também se fazem presentes na Constituição, a exemplo temos a contraditória convivência entre *universalização* e *seletividade*, bem como a participação do setor privado nos serviços públicos. De acordo com Nogueira (1998) *apud* Behring (2008)

Nossa modernização tem sido conservadora, aliás, duplamente conservadora. Em primeiro lugar, porque se tem feito com base na preservação de expressivos elementos do passado. E segundo lugar, a modernização tem se dado de forma não-democrática, sem a participação popular, e sob hegemonia conservadora. Seria uma modernização sem modernidade, já que elementos decisivos desse encontro, numa acepção clássica, como a democracia e a cidadania, estão poucos presentes. (NOGUEIRA, 1998, apud BEHRING, 2008, p.117)

Isso ocorre porque os avanços democráticos vão ser tensionados pelos avanços neoliberais na década de 1990 em diante, de modo que o giro conservador obstaculizou os princípios democráticos postos na Constituição de 1988 consolidando-se em modernização conservadora<sup>48</sup>. Tais questões convergem no que Behring (2008) sinaliza de uma *contrarreforma*, isto é, o sentido das mudanças em sua acepção democrática é tomado sob uma lógica contrária a esta, de modo que o Estado obstaculiza e ainda redireciona as conquistas de 1988.

Aprofundaremos tais questões no próximo item, que busca analisar os processos de Reformas Sanitárias e Psiquiátrica no Brasil, bem como investigar as relações entre público e privado no atual contexto das políticas sociais brasileira.

### **3.2 Os processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica e a relação público e privado no contexto atual das políticas sociais brasileiras**

Após retratar as condições econômicas, políticas e sociais que prescrevem a história da constituição da saúde e da saúde mental no Brasil, veremos como essa realidade é alterada, impulsionada inicialmente por movimentos sociais que reivindicavam melhorias na assistência à saúde e a saúde mental por meio de reformas. Veremos como esses acontecimentos surgem ligados ao discurso da ampliação dos direitos e de políticas sociais nessas áreas, de modo a reformar o modelo arcaico presentes nas décadas anteriores. A partir disto, analisaremos

---

<sup>48</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2011), “ao longo dos anos de 1990, propagou-se na mídia falada e escrita e nos meios políticos e intelectuais brasileiros uma avassaladora campanha em torno das reformas. A era Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi marcada por esse mote, que já vinha de Collor, cujas características de *outsider* (ou o que vem de fora) não lhe outorgaram legitimidade política para conduzir esse processo. Tratou-se, como se pôde observar, de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos de 1980. Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada –, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148)

como a consolidação da saúde pública vai se dando contraditoriamente de modo articulado aos serviços privados no período de ascensão do “direito universal à saúde”.

Vimos na seção 1 deste trabalho, como as políticas sociais e as reformas sociais são funcionais ao ajustamento das desordens do capitalismo. Vimos também no item anterior, como a saúde e a saúde mental estavam estruturadas de maneira que, a conjuntura brasileira até a década de 1970 clamava por mudanças nessas áreas. Trataremos, pois, de expor em que se consistiu a reforma na saúde e na saúde mental e como estas reformas têm sido captadas em favor dos interesses capitalistas.

Observa-se que ao final da década de 1970, já havia inquietações por parte dos trabalhadores que questionavam os modelos de atenção adotados na saúde e na saúde mental, bem como a privatização dos serviços de saúde marcados pelo período ditatorial. Tais questões acabam ganhando força na década que se segue.

Assim, é partir da década de 1980 que Bravo (2009) vai retratar o processo de reforma na saúde de modo mais geral, também denominado de Reforma Sanitária brasileira. A autora contextualiza esse processo explicitando inicialmente a situação política e econômica do país, que nesse período, ao mesmo tempo em que vivenciava o processo de redemocratização<sup>49</sup> que marca a superação da ditadura imposta pelos militares, no âmbito econômico a realidade apontava para uma profunda crise – retratada em momentos anteriores deste trabalho – que persiste até os dias de hoje.

Nota-se que durante essa década a saúde brasileira passa a se organizar com novos protagonistas, isto é, temos uma maior participação de sujeitos sociais que entram ativamente nas discussões e debates, trazendo para a sociedade civil os assuntos que envolviam a saúde e as condições de vida da população. Em outras palavras, verifica-se que nesse momento a questão da saúde ultrapassa ao interesse dos trabalhadores e técnicos da saúde, e passa a ser de interesse da sociedade em geral abrangido uma dimensão política com vista às questões democráticas. Sobre isso, Bravo (2009) aponta:

---

<sup>49</sup>Em 1985 um acontecimento marca esse processo de redemocratização, quando o colegiado eleitoral composto pelo conjunto de congressistas elege José Sarney de forma indireta, como o novo presidente da república, dando fim a hegemonia militar que estava até então no poder.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: **os profissionais de saúde**, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; **o movimento sanitário**, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; **os partidos políticos de oposição**, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para a discussão da política do setor, e **os movimentos sociais** urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2009, p.96 grifos nosso)

Ainda conforme a autora (idem):

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

Na primeira colocação acima, vemos que os protagonistas que participam do movimento de Reforma Sanitária brasileira eram compostos especificamente por: profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos de oposição e os movimentos sociais. Nota-se que a articulação e interação entre esses sujeitos proporcionavam uma agenda de reivindicações mais bem organizada. Pois, como se verifica na segunda citação, as propostas destes sujeitos sociais apontavam como horizonte uma nova constituição para a saúde brasileira, baseado em princípios universalizantes.

No âmbito da saúde mental, verifica-se que o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil, baseado na exclusão do sujeito do convívio social e com sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo, apresentava sinais de esgotamento desde o final da década de 1970<sup>50</sup>, no contexto de questionamentos políticos à ditadura militar<sup>51</sup>. A lógica dos hospitais

---

<sup>50</sup> Durante a década de 1970, Bisneto (2007) sinaliza algumas mudanças na organização da saúde mental brasileira. A influência da psiquiatria preventiva norte-americana, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), resultaram em grande repercussão na saúde pública do Brasil, principalmente na categoria dos militantes da saúde mental que naquele momento era composto por médicos e profissionais de saúde mental. (BISNETO, 2007)

<sup>51</sup> Apesar do período turbulento proporcionado pelos militares no regime ditatorial durante a década de 1970, algumas tentativas de mudanças na psiquiatria foram realizadas, como por exemplo, a

psiquiátricos consistia no afastamento de pessoas consideradas improdutivas para o sistema do capital; estes deveriam ser isolados do meio familiar, social e contidos por procedimentos invasivos como, por exemplo, eletrochoque, maus tratos, intervenções químicas e psicofármacos.

A forma pelo qual se estruturava a saúde mental passa inquietar inicialmente os trabalhadores dessa área, que percebiam que as ações nos hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios, e seus métodos invasivos e de afastamento, pouco surtiam efeito na vida daqueles indivíduos, muito pelo contrário corroboravam e acentuavam ainda mais em seu adoecimento mental. Ver-se que a manutenção de pessoas consideradas *loucas* em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo gerava lucro para os empresários donos de hospitais, de modo que não havia interesse nem compromisso no cuidado do indivíduo no sentido de que este retornasse ao seio familiar e social. Era mais vantajoso e lucrativo mantê-los presos e isolados, e tratá-los como perigosos para o convívio em sociedade e inúteis, que não se enquadravam no padrão dito normal.

Posteriormente, os dilemas vivenciados pela lógica hospitalocêntrica, além de inquietar trabalhadores da saúde mental, passa a fazer parte do rol de discussões dos familiares e mais adiante dos próprios usuários. Em 1978 começa a ser constituído o movimento de luta que defende uma Reforma Psiquiátrica – no sentido de mudança na estrutura manicomial considerada arcaica – tal movimento no Brasil esteve fortemente influenciado pelas experiências americana, europeia e italiana.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganha expressão a partir da década de 1980, e num primeiro momento incorpora críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público<sup>52</sup>.

---

portaria no INAMPS de 1973, que exigia um aumento no número de profissionais nos hospitais psiquiátricos e o atendimento em saúde mental por meio de uma equipe multiprofissional. Todavia, apesar do avanço no âmbito legal, no plano material, esta portaria era cumprida de forma precária. Os hospitais psiquiátricos buscavam cumprir a portaria contratando o mínimo possível de recursos humanos exigido, que eram contratados de forma precária e com baixos salários.

<sup>52</sup> É importante registrar que segundo Bisneto (2007), ainda na década de 1970 já havia psiquiatras que possuíam uma visão mais humanizada da loucura. Conforme o autor “[...] já havia psiquiatras com a visão de esquerda trabalhando na elaboração das políticas públicas dentro do Estado (mesmo no governo da ditadura militar). Eles reforçaram a concepção de atendimento mais humano nos aparatos assistenciais através de equipe multiprofissionais. Esses técnicos engajados nas lutas sociais ajudaram na formulação e implantação das portarias de cunho inovador do Ministério de Previdência e Assistência Social que aumentavam o número de profissionais necessários para o atendimento por grupos de pacientes ou número de leitos”. (BISNETO, 2007, p. 25-26)

(AMARANTE, 1994). O movimento se fortalece a partir da visita de lideranças mundiais da psiquiatria numa perspectiva crítica, dentre essas lideranças temos Franco Basaglia, que constatou as péssimas condições de tratamento que era dado nos hospícios e nos manicômios brasileiros, sendo comparado a verdadeiros campos de concentração, uma vez que a miséria era real naquele ambiente que nada tinha de terapêutico.

De acordo com Vasconcelos (2010), os objetivos do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental eram pela redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a não criação de novos; a regionalização das ações em saúde mental criando serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; controle das internações em hospitais psiquiátricos privados; defesa da expansão dos serviços ambulatoriais em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e enfermeiros; humanização dos hospitais e processo de reinserção social nos asilos estatais. (VASCONCELOS, 2010)

Bisneto (2007) analisando o processo de Reforma Psiquiátrica sinaliza que o ponto determinante da reforma psiquiátrica consiste na *desinstitucionalização*. As instituições: hospital psiquiátrico, manicômio e asilo, são colocados em xeque e posta num longo processo de críticas, autocríticas e auto avaliação<sup>53</sup>. A proposta de mudança na psiquiátrica mediante a reforma também compreende a ampliação dos saberes agregando, neste sentido, outros saberes e poderes.

Deste modo, a desinstitucionalização consiste em deslocar a atenção em saúde mental, até então centrada nos hospitais psiquiátricos, para um serviço aberto, que seja oferecido na própria comunidade, distrito, território do indivíduo. Vale pontuar que o termo *desinstitucionalização* tem sua origem no movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. Pois como pontua Bisneto (2007), um dos movimentos de crítica à psiquiatria tradicional que influenciou o *Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil*<sup>54</sup>, foram à psiquiatria Democrática na Itália, as

---

<sup>53</sup> Vasconcelos (2010) caracteriza esse primeiro movimento de organização e mobilização como “*Mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura; Proto-formas das “Ações integradas de Saúde”: 1978-198 (São Paulo e Minas Gerais) e 1978-1980 (Rio de Janeiro)*”. (VASCONCELOS, 2010)

<sup>54</sup> É importante pontuar uma observação pertinente a esse estudo. Verifica-se que o autor se refere ao assunto em questão sempre nomeando “o Movimento de Reforma Psiquiátrica”, o que dificulta a nossa análise sobre o entendimento da distinção ou interpretação do autor de dois elementos distintos que estão intrinsecamente articulados nesse processo, que é o movimento enquanto *movimento social de luta dos trabalhadores* e o *processo de reforma* no sentido de mudança.

psicologias institucionais na França e a Antipsiquiatria na Inglaterra. (BISNETO, 2007). Percebe-se a influência destas tendências europeias na assistência psiquiátrica principalmente na região do Sudeste brasileiro<sup>55</sup>.

Bisneto (2007) aponta que as condições propiciadas pelo pós-Segunda Guerra na Europa conduziram a uma reforma na assistência com base em abordagens psicológica e comunitarista, com vista nos direitos civis e ampliação de serviços sociais públicos. Sendo assim, umas das causas políticas e econômicas estariam na emergência do Keynesianismo, e, a posterior crise do Estado de Bem-Estar Social como vimos em momentos anteriores.

Percebe-se que nesse período de efervescência e de questionamentos na saúde mental, a política de saúde também vivenciara acontecimentos que marcam sua história. Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília-Distrito Federal marcou significativamente a história da saúde no Brasil, pois representou bem a participação e interesse da sociedade com a questão saúde. A conferência teve como tema “Saúde como um direito de todos e dever do Estado” e constituiu-se em um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Considera-se esse movimento como a porta de entrada da sociedade brasileira na discussão sobre o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, em que foram discutidos desde a reformulação do sistema nacional de saúde até o financiamento setorial. (BARBOSA, 2006)

Registra-se nesse evento, a participação de mais de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre elas estavam entidades representativas de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamentos. Tal debate direcionava-se não apenas para a unificação do sistema de saúde, mas a uma Reforma Sanitária<sup>56</sup>.

---

Bisneto se refere ao “Movimento de Reforma Psiquiátrica” ora se referindo ao movimento social dos profissionais, ora apontado as mudanças na história da saúde mental brasileira, desta forma, o autor une dois elementos em um só termo não fazendo grandes distinções.

<sup>55</sup> É importante destacar que o movimento de luta antimanicomial, e o processo de Reforma Psiquiátrica não se configuraram uniformemente nas regiões do Estado brasileiro. Conforme aponta Vasconcelos (2010) a região Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais) constituiu uma maior rede de serviços psiquiátricos a nível nacional, sendo considerado o principal palco político das mudanças do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (VASCOSCELOS, 2010)

<sup>56</sup> Destaca-se que as questões discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde influenciaram nos anos seguintes o texto constitucional de 1988. Bravo (2009) afirma que “o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”. (BRAVO, 2009, p. 96)

No âmbito da saúde mental, no ano seguinte temos a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, em que se estabeleceu um primeiro consenso mínimo pela necessidade de debater sobre o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse mesmo ano aconteceu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que representou um marco importante, pois foi a partir dele que o movimento em busca de transformação na assistência psiquiátrica deixou de ser exclusivamente um movimento de técnicos da área e passou a envolver outros setores da sociedade civil<sup>57</sup>.

Para Amarante (1994):

Em 1987, o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. [...] Desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente tão discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações e psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica. (AMARANTE, 1994, p. 81)

Temos com isso, uma pressão por parte de certo segmento da sociedade que buscam por mudanças via reformas políticas no campo da saúde mental, de modo que a forma de assistência dada às pessoas em sofrimento psíquico viesse mais humanizada e, sobretudo, desinstitucionalizada.

Como explicita Amarante (1994), o movimento antimanicomial se fortalece com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, entendendo a estrutura manicomial como desumana, arcaica e ineficaz com resultados desastrosos como maus tratos e mortes induzida. O dia 18 de maio passou a ser referência da Luta Antimanicomial, por remeter ao I Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, estruturado em três temas: Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da

---

<sup>57</sup> Vasconcelos (2010) sinaliza que “uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa [...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 23)

assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Oliveira (2005) descreve esse processo de reforma apontando:

Compreende-se a Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e pelas práticas que transformam/superam, no contexto brasileiro, a partir da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como uma crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como uma crítica estrutural à “instituição” – psiquiatria. [...] A Reforma Psiquiátrica, nessa perspectiva, corresponde a um novo paradigma teórico assistencial na área de saúde mental uma vez que define e conforma um novo desenho de objeto: o sujeito que sofre mentalmente, porém não necessita de interdição; novos instrumentos: instituições abertas e inseridas socialmente, não excludentes e não violentas no trato pessoal e social com as pessoas que sofrem mentalmente, relações de poder horizontalizadas e trabalho em equipe que inclui um sujeito que sofre mentalmente, sua família e comunidade, práticas técnicas e assistenciais adequadas (psicoterápicas e socioterápicas) e não somente a medicalização os sintomas e tem, como finalidade, o incremento da autonomia afetiva e material da pessoa para as relações pessoais, familiares e sociais. (OLIVEIRA, 2005, p. 54-55)

Além de colocar em xeque os hospitais psiquiátricos (públicos e privados), o movimento reivindicava o lado mercadológico da loucura – expressamente predominante no período ditatorial – especialmente nos hospitais privados vinculados ao INAMPS; questionava-se as péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; e lutavam pela ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Em 1988 é instituída a Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã, cujo texto constitucional afirma que a saúde, juntamente com a assistência e a previdência, passa a compor o tripé da seguridade social e deve ser tratada como um *direito* do cidadão e *dever* do Estado. Tem-se com isso uma expressiva tentativa por parte dos trabalhadores de reformar o Estado numa perspectiva democrática.

No âmbito da saúde mental, um ano após a promulgação da Constituição de 1988, temos em 1989, as primeiras expressões de ganhos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica ainda na condição de um projeto de lei. Refere-se a uma primeira iniciativa na perspectiva de mudar o modelo arcaico de atenção à saúde mental, e que incorpora os princípios do movimento de Luta Antimanicomial, por meio do Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que dispõe sobre a substituição progressiva

dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. Esse Projeto de Lei é considerado pelos militantes da saúde mental um avanço no âmbito legal e uma das primeiras expressões de iniciativas de reformar a saúde mental. Contudo, sua aprovação se dá tardiamente e percorre por mais de uma década até ser sancionado em 2001. Isto porque, a década pós Constituição de 1988 é permeada por projetos societários que inviabilizam os avanços democráticos na saúde e na saúde mental.

### **3.3 As interferências da *contrarreforma* nas políticas de saúde e saúde mental a partir de 1990**

Veremos nesse item, como ocorreram às mudanças na saúde e na saúde mental pós-efervescência dos movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica, bem como, o novo momento marcado pela redemocratização do país, consolidado no texto constitucional de 1988 que será apropriado numa arena política nada favorável à sua implementação.

Com a promulgação da Constituição de 1988, vemos que boa parte das questões reivindicadas pelos movimentos sociais na década de 1980, foram acatadas no texto constitucional. Dentre os pontos mais inovadores trazidos na Constituição de 1988, temos:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, *apud*, BRAVO, 2009,97-98)

Nota-se que as garantias de direitos da carta constitucional refletem várias proposições que foram amplamente defendidas pelo movimento sanitarista durante a década de 1980, como a universalização da saúde, o dever do Estado em prover esse direito, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) entre outros. Contudo, as questões que se confrontavam com interesses mercadológicos foram tratadas parcialmente, já que o texto constitucional deixa espaço para que o setor empresarial penetre em várias esferas do que deveria ser público estatal, apesar de ser previsto de forma complementar<sup>58</sup>, uma vez que utilização dos serviços privados não tem sido utilizados pelo viés da complementariedade. Isto porque os avanços constitucionais estão circunscritos numa arena política de interesses contraditórios.

Analisando as proposições colocadas no texto constitucional e a dinâmica da realidade a qual se efetiva tais objetivos, é possível identificar alguns dilemas e impasses. Inicialmente, percebe-se que a proposta de *universalidade da cobertura e do atendimento* não se estende a todos os âmbitos da Seguridade Social, visto que apenas a política de saúde e conseqüentemente o direito à saúde pública é prevista a todos os cidadãos mantendo o caráter universal<sup>59</sup>. A assistência social é prevista para o segmento de classe que dela necessitar prevendo um salário mínimo ao idoso e ao deficiente que comprove não prover seu sustento nem de tê-la provida por sua família<sup>60</sup>. E a previdência social se mantém na lógica do seguro, sendo um direito restrito a uma contribuição direta anterior<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Aprofundaremos essas questões mais adiante.

<sup>59</sup> Mesmo assim, apreende-se que a saúde pública é permeada pela precarização dos serviços, falta de recursos, falta de medicamentos, redução dos leitos, acarretando o acesso de forma mínima a uma parcela da população vulnerabilizada, ficando ao setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Para Bravo e Matos (2009), “[...] deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores”. Dessa forma, a universalização do direito a saúde como um direito de todos e dever do Estado consiste em um contrassenso, pois não tem se constituído tal qual se apresenta na constituição de 1988.

<sup>60</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2011), a política de assistência social é uma das políticas que mais tem encontrado dificuldades para se concretizar, pois conta com a demora na regulamentação como direito, redução de sua abrangência uma vez que a cobertura dos programas só abarca 15% e 25% da população que deveria ter acesso a esses direitos, prevalência do caráter filantrópico das ações e uma predominância de entidades privadas na viabilização dos serviços, principalmente aquelas destinadas ao idoso e ao deficiente, permanência de ações clientelistas ênfase nos programas de transferência de renda, de caráter compensatório. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.162)

<sup>61</sup> É importante pontuar que 58 em cada 100 trabalhadores não contribuem diretamente para a previdência social e, destes 20,4 milhões não têm rendimentos ou o rendimento é inferior a um salário mínimo, sendo 5 milhões de trabalhadores rurais e 15,4 milhões são urbanos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

A Constituição prevê a *uniformidade e a equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais*. Esse princípio garante a unificação e equivalência da população urbana e rural, preconizando a igualdade dos direitos no que diz respeito à previdência social. Por meio da contribuição, trabalhadores rurais e urbanos passam a ter direitos aos mesmos benefícios. Outro princípio diz respeito à *seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços*, que se refere à possibilidade de as políticas de seguridade social, mais fortemente a política de saúde e assistência social, valer-se da seletividade ou da “discriminação positiva” na prestação de seus serviços e benefícios, sendo um contrassenso quando se leva em consideração o princípio da universalização. (BRAVO, 2009)

A *irredutibilidade do valor dos benefícios* preconiza que nenhum benefício possua um valor menor que um salário mínimo, principalmente o benefício previdenciário, propondo ainda que nenhum benefício seja consumido pela inflação. Esse princípio tem sido atingido por ações governamentais no sentido de sua desvinculação. A *diversidade da base de financiamento* consiste num princípio que prevê a forma pelo qual as políticas de seguridade social devem ser financiadas. Conforme explicita o Art. 195/CF “A seguridade social será financiada por toda sociedade de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...]”. (BRASIL, 2012a)

A Constituição ainda esclarece que as contribuições do empregador, da empresa, e da entidade devem incidir não apenas na folha de salários, mas também a receita ou faturamento e ao lucro. Para Behring e Boschetti (2011), essa inovação “compensaria a diminuição das contribuições patronais ocasionadas pela introdução da tecnologia e conseqüente redução da mão de obra, além de compensar o elevado mercado informal no Brasil”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 157) A contribuição deve vir ainda do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, sobre a receita de concurso de prognóstico, e do importador de bens ou serviços do exterior.

E por fim, a Constituição prevê o *caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, isto é, com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos*

*colegiados*. De modo que, quem contribui com o financiamento e usufruem dos direitos deve participar das tomadas de decisões. (BRAVO, 2009)

Considera-se que a implementação da Seguridade Social teve dificuldades desde sua origem, pois ocorrem obstáculos nas formas de efetivação do orçamento para este fim. De acordo com Salvador e Boschetti (2009):

A finalidade principal do orçamento da seguridade social era constituir-se em um espaço próprio e integrador das ações de previdência, saúde e assistência social, assegurando a apropriação dos recursos do orçamento fiscal. Entretanto, isso na prática não se consolidou; a área da assistência social foi virtualmente eliminada, e a saúde impensada de um lado, pelo Orçamento Geral da União e, de outro, pelo Ministério da Previdência. (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p. 54)

Os autores apontam que o desmonte da ideia de seguridade social e do seu orçamento se inicia já na década de 1990, quando a saúde, a assistência social e previdência passam a ser tratadas e regulamentadas por políticas com legislações específicas, fazendo com que cada política tivesse sua base de financiamento de forma discriminada.

Vale salientar que os movimentos buscaram defender as medidas vinculadas aos avanços descritos na Constituição Federal de 1988; de modo a fortalecer o setor público, que neste momento assumia o compromisso de atendimento universal e integral a toda população<sup>62</sup>. A descentralização política administrativa da política de saúde previsto na Constituição foi implementada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido a partir da reformulação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de 1987, sendo a SUS considerado o passo mais avançado de organização da saúde.

Nesse período em que a Constituição foi instituída, Bravo (2009) descreve os protagonistas políticos em dois blocos antagônicos: os grupos empresariais, representados pela liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e em outro polo, as forças propugnadoras da Reforma da Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde Constituinte<sup>63</sup>. É diante desse contexto que vemos uma

---

<sup>62</sup> Consideramos que o fato de o Estado ter tomado para si a responsabilidade de prover as condições necessárias à saúde da população de modo universal, significou um passo importante, no acesso igualitário à saúde, ainda que esta se apresente com toda sua fragilidade na concretude de sua realidade.

<sup>63</sup> As estratégias utilizadas pelas entidades representativas da Reforma Sanitária valeram-se de alguns instrumentos para atingir seus objetivos, dentre estes temos: um projeto de antecipação do

apreensão nos princípios da Reforma com uma presença forte do setor empresarial no campo da saúde.

Bravo (2009) afirma que as mudanças ocorridas pós-Constituição de 1988 tiveram pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois a nova configuração da saúde pública foi dificultada pelos projetos políticos de oposição ao Projeto Sanitarista, travejando a plena efetivação dos ganhos previstos na lei. Apreende-se que essa força política e ideológica de oposição repercute fortemente nas questões da saúde no âmbito econômico e político. (BRAVO, 2009)

Sobre isso, Bravo (2009) aponta:

No final da década de 1980, havia algumas dúvidas e incertezas com relação a implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988. (BRAVO, 2009, p. 99)

Ao chegar à década de 1990, Bravo desenha um cenário da saúde brasileira muito distinta da década de 1980, com uma consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado apesar de alguns ganhos pontuais. A autora afirma que “nos anos 90, assiste-se um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal<sup>64</sup>”. (BRAVO, 2009, p. 99). Com isso tem-se uma política voltada aos interesses do mercado e do grande capital, bem como uma participação e responsabilização da sociedade civil, no sentido destes assumirem os custos da crise.

Isso não quer dizer não houve mudanças ou “reformas” na sociedade brasileira no âmbito da saúde e da saúde mental, todavia, nota-se que se instala uma “reforma” muito distinta daquela defendida pelo movimento dos trabalhadores, se instaurando uma “reforma” orientada para o mercado. Behring e Boschetti (2011) apontam que a reforma orientada para o mercado se apresenta carregada de um discurso ideológico pelo qual a sociedade brasileira caminhava para um novo “projeto de modernidade”, tal discurso se apresenta em total sintonia com os

---

texto constitucional que se apresentasse de forma clara e consistente; a pressão sobre os constituintes e a mobilização da sociedade. (BRAVO, 2009)

<sup>64</sup> De acordo com Bravo (2009), a hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2009, p. 100)

reais interesses do capitalismo. Assim, temos mudanças significativas na forma do Estado que abre espaços para as privatizações e uma reforma da previdência social, que nada se assemelhava ao que estava descrito no texto constitucional, que era visto pelos representantes do país como ultrapassada.

É nesse contexto político, econômico e social que o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído, considerado uma das primeiras mudanças em nível de Reforma Sanitária, regulamentado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>65</sup>. Conforme sua regulamentação, o SUS é caracterizado por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. A saúde passa a ser considerada como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Conforme a legislação de saúde brasileira cabe ao Estado à execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde na perspectiva da promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990) A legislação do SUS ainda prevê ações de controle social, através da participação de representantes da sociedade civil, dos profissionais e do Estado nos Conselhos e nas Conferências de Saúde (nas três esferas de governo), que em sua proposta, tem como objetivo transparecer para a sociedade o uso e destino dos recursos públicos.

Conforme a referida lei, são princípios e diretrizes do SUS:

- 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 - 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;

---

<sup>65</sup> A Lei Orgânica da Saúde compreende um conjunto de duas leis: as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem sobre a regulação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde.

- X - integração em nível executivo das ações 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 organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

Nota-se que no âmbito legal a concepção ampliada de saúde defendida veementemente pelo movimento sanitário, foi incorporada aos escritos dos princípios e diretrizes da Lei 8.080/90 que institui o SUS. Observa-se que a organização do SUS passa a se basear nos princípios de regionalização, hierarquização e descentralização. A regionalização consiste na organização dos serviços em uma área geográfica delimitada, atendendo a uma população definida. A hierarquização é a organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, de maneira a oferecer à população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível para alcançar todo tipo de resolutividade. E a descentralização, que é político-administrativa, ou seja, cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) administra, controla e fiscaliza, com direção única, os serviços e ações de saúde que estejam sob sua responsabilidade<sup>66</sup>. (BRASIL, 2011a)

Conforme aponta a Constituição Federal de 1988 e à legislação que regulamenta o SUS em seu art. 4º parágrafo segundo, a participação do setor privado no SUS poderá acontecer desde que seja em caráter complementar. Isto significa que o setor público pode contratar serviços da iniciativa privada sempre que seus recursos próprios forem insuficientes para atender à população (art. 24-26 da Lei nº 8.080/1990). Neste caso, os prestadores de serviço privado vão estar “conveniados” com o SUS e vão ter que obedecer às suas regras e princípios (art. nº 199, § 1º da CF/1988).

Todavia, os dados da realidade apontam para uma relação inversa ao que foi descrito no texto constitucional. Os serviços privados têm ocupado grandes espaços na saúde, perdendo sua funcionalidade inicial de complementariedade do SUS. Correia (2015) denominará de “complementariedade invertida no SUS” a relação inversa prevista no texto constitucional de 1988. Nota-se que a brecha constitucional que prevê a complementariedade do setor privado no setor público

---

<sup>66</sup> A direção do Sistema Único de Saúde na esfera federal é o Ministério da Saúde, nos estados é das Secretarias Estaduais de Saúde, e nos municípios, das Secretarias Municipais de Saúde.

acaba por estimular os investimentos do setor privado dentro dos serviços do SUS, principalmente àqueles serviços considerados mais custosos. (CORREIA, 2005)

Nas palavras de Correia (2015):

Essa complementariedade constitucional do setor privado filantrópico ao SUS impulsionou o avanço deste setor por dentro do SUS e a captura do fundo público, mantendo o padrão de compra de serviços privados, próprio do modelo da previdência do período da ditadura empresarial militar. (CORREIA, 2015, p. 75)

Ainda conforme a autora:

[...] o debate da estatização da saúde pública estava posto na 8ª Conferência, realizada em 1986. Na sua plenária final foi votada a decisão sobre se o setor privado e filantrópico seria complementar, ou não, ao sistema público de saúde. Decidiu-se pela complementariedade, diante da insuficiência da rede pública instalada para atender a suposta ampliação da demanda com o propugnado acesso universal à saúde. (CORREIA, 2015, p. 75)

A ideia central proferida na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 consistiu na estatização progressiva do sistema de saúde, e nesta perspectiva o setor privado estaria subordinado ao setor público, isto é, ao papel diretivo do Estado, podendo ser desapropriado caso não cumpra aos requisitos preestabelecidos pelo setor público. Contudo, percebe-se que no decorrer dos anos, e com a intensificação do projeto neoliberal na política de saúde, essa relação se comporta de maneira invertida, o Estado expande seus laços de compra e venda com os serviços de saúde privados filantrópicos e não consegue controlar os serviços contratados/conveniados, tornando esses convênios em estratégias de captura do dinheiro público. “O volume de recursos públicos, alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente, nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementariedade se encontra invertida”. (CORREIA, 2015, p.76). Percebem-se ainda medidas governamentais que estimulam e incentivam a contratação dos serviços privados no âmbito da saúde pública.

Apreende-se a partir de Correia (2015) que a participação do setor privado nas instâncias do SUS tem se apresentado das mais variadas formas,

principalmente com os “novos”<sup>67</sup> modelos de gestão via administração gerencial. Tal participação não tem se apresentado de forma complementar como proposto no texto constitucional, mas tem se apropriado de grandes espaços dentro do serviço público de saúde. Os interesses capitalistas captam o fundo público e utilizam em favor de seus interesses.

Sobre isso Correia (2015) sinaliza:

A expansão dos serviços privados filantrópicos contratados pelo SUS, expressa uma complementariedade invertida, e contraria o assegurado na Constituição de 1988. Esse processo contradiz também um dos pilares da Reforma Sanitária brasileira, pois, ao invés da progressiva estatização da saúde, tem ocorrido um processo de progressiva privatização, o que tende a reatualizar os traços estruturais do modelo de saúde da previdência social, nos anos de ditadura, que era baseado na compra de serviços privados. (CORREIA, 2015, p. 77)

Ainda conforme a autora:

O estímulo à ampliação da lógica mercantil na saúde e ao repasse de recursos públicos para entidades privadas também tem se dado dentro do SUS, por meio dos denominados “novos” modelo de gestão. Este caso contraria, não só os princípios da Reforma Sanitária, mas também a Constituição de 1988, pois não se trata de serviços privados complementares, mas da terceirização de serviços de saúde, por intermédio do repasse de recursos financeiros, pessoal, equipamento e patrimônio público, para entidades privadas. Deste modo, o Estado deixa de ser executor de serviços essenciais como os de saúde, repassando para o setor privado, dito, sem fins lucrativos. (CORREIA, 2015, p. 78)

Percebe-se com isso uma tendência crescente de repasse do fundo público para as iniciativas privadas de saúde, que passam a se caracterizar de “público não-estatal”, havendo uma considerável diminuição nos investimentos do setor público de saúde.

É importante ressaltar que tal relação entre público e privado na saúde já era evidenciada nos governos brasileiros da década de 1990. Em 1995 com o governo de Fernando Henrique Cardoso por meio do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), constata-se uma série de documentos que justificavam a necessidade de se reformar o Estado, dentre eles a organização do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), conforme aponta Correia (2015)

---

<sup>67</sup> Conforme aponta Correia (2015), os “novos” modelos de gestão não são considerados novos, visto que a administração gerencial estava posta já no período ditatorial em que se favorecia o setor empresarial no âmbito da saúde. (CORREIA, 2015)

“esse Plano tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas, e não, de executá-las, transferindo a execução desta para o setor ‘público não-estatal’ que, na verdade é regido pela lógica do privado” (CORREIA, 2015, p. 79)

Ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso vemos a criação de “novos” modelos de gestão com a criação das Organizações Sociais (OS's) em 1998 por meio da Lei n.º 9.637 que qualifica como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. (BRASIL, 1998)

No ano seguinte, Fernando Henrique Cardoso institui a Lei Federal n.º 9.790/1999 que cria as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Esta lei dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. (BRASIL, 1999). Percebe-se que a criação de ambas as leis representa uma estratégia de obtenção do recurso público na área da saúde – e não apenas nessa área – para fins de natureza privada.

As leis acima mencionadas encontram-se em vigor até os dias atuais e têm ganhado expressão no processo gerenciamento e administração de unidades e serviços de saúde que compõe a *Rede de Atenção à Saúde*<sup>68</sup> e também no processo de contratação de funcionários na área, fazendo uso de seleções não muito transparentes e não se valendo de concursos públicos. O discurso que envolveu a criação dessas estratégias de gerenciamento via modelos privatizantes, se referia que estes promoveriam de forma mais eficaz e com o menor custo o funcionamento dos serviços. Contudo, vemos a partir da apreciação de Correia (2015) de que esta argumentação não se sustenta.

Este argumento tem sido desmascarado pelos dados de realidade, que revelam o contrário, nos serviços públicos geridos por OSs. Nas unidades de saúde de estados e municípios brasileiros, onde as OSs foram implantadas, já se tem demonstrado uma série de problemas que estão sendo apurados pelo TCU, TCE e Ministério Público Estadual e Federal, em relação aos maiores gastos às irregularidades e ao desvio de recursos públicos. O número de OS tem se multiplicado, de acordo com o levantamento realizado na base de dados do DATASUS. (CORREIA, 2015, p. 80-81)

---

<sup>68</sup> Falaremos na próxima seção como se constitui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.

Fica evidente que a área da saúde se apresenta nesse contexto como um campo lucrativo para o investimento de novos modelos que captam o fundo público em favor dos interesses capitalista em detrimento da estatização dos serviços de saúde

No âmbito da saúde mental, ainda no final da década de 1990, iniciativas começaram a mudar o ordenamento nacional da política de saúde mental influenciados pelo movimento de Luta Antimanicomial em favor da Reforma Psiquiátrica. Em 1991 foi instituída a Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, instância responsável pela formulação e implementação de políticas na área. Nesta direção, ainda antes da política de saúde mental ser aprovada já existia serviços de caráter substitutivos em algumas cidades do Brasil. Nesse mesmo ano, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), patrocinou um encontro com objetivo de construir um documento/instrumento de referência para a política a ser adotada no Brasil e para o trabalho cotidiano na área.

Esse encontro foi marcado pela articulação das propostas basaglianas com os princípios da *Declaração de Caracas*, que pede a retirada do hospital de seu papel hegemônico, a reestruturação da assistência ligada ao atendimento em nível primário, o respeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a formação de recursos humanos voltados para o atendimento comunitário e a revisão da legislação dos países.

Conforme apreciação de Hirdes (2008):

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado "Declaração de Caracas". Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário. (HIRDES, 2008, p. 298)

Deste modo, a política de saúde mental dentro do Ministério da Saúde, apresentava a necessidade de superar uma assistência de má qualidade, custosa

financeira e socialmente, superando o modelo iatrogênico<sup>69</sup> através da diversificação dos recursos terapêuticos com financiamento dos mesmos e “*equacionamento da questão ‘saúde mental’ como problema do município*”. (MEX, 1992)

Registra-se que a primeira cidade brasileira a inaugurar uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao manicômio foi Santos, no Estado de São Paulo, com o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987, considerado o primeiro serviço de saúde mental de atenção diária. Outros serviços substitutivos foram sendo criados paulatinamente com a influência do modelo implantado na cidade italiana de Trieste. Foram implantados em Santos, cinco Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS (o primeiro inaugurado em setembro de 1989), a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de convivência TAM-TAM, e o Lar Abrigado República “Manoel da Silva Neto”, e em 1994 criou-se o atendimento psiquiátrico de urgência no Hospital Estadual de Santos. (VENÂNCIO, 2003)

Apesar do surgimento desses serviços que já possuíam um caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico durante a década de 1990, a política de saúde mental tal qual foi pensada na década de 1980 pelo movimento de Luta Antimanicomial, ainda não havia sido sancionada. Após uma lenta tramitação na Câmara e no Senado Federal, que durou cerca de dez anos e que incluiu proposições de substitutivos favoráveis e contrários ao projeto original<sup>70</sup>, o Projeto de Lei de 1986 foi aprovado, e a Lei nº 10.216 foi sancionada pelo Presidente da República em 06 de abril de 2001. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. (BRASIL, 2001). Vê-se que comparado à instituição do SUS de 1990 a política de saúde mental no Brasil é promulgada tardiamente.

Essa lei possibilitou a pessoa com transtorno mental os seguintes direitos: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família,

---

<sup>69</sup> Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas ou resultantes do tratamento médico.

<sup>70</sup> É importante ressaltar que o princípio da “extinção progressiva dos manicômios” foi bastante alterado do projeto original, perdeu-se grande parte de sua radicalidade no que se refere à crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e delimitou o seu alvo nos aspectos individuais de proteção dos direitos de assistência e na regulamentação da internação involuntária. (OLIVEIRA, 2005)

no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001) Em suma, esta lei de caráter universal preconiza a não exclusão de nenhum portador de sofrimento psíquico em virtude de “orientação sexual, familiar, recursos econômicos, grau de gravidade e tipo de evolução de seu transtorno”.

Conforme aponta Venâncio (2003):

A enumeração dos direitos e a universalidade de sua abrangência são características que colocam tal lei em campo oposto às anteriores. Antes, o 'psicopata' era considerado uma ameaça social, potencialmente perigoso. Hoje, considera-se um indivíduo em situação especial, em possível desvantagem social e que requer uma lei inclusiva, cidadã e protetora. (VENÂNCIO, 2003, p. 46)

A lei basicamente define: 1) Um sentido para a assistência psiquiátrica no Brasil, expresso nos diversos parágrafos dos artigos 1º e 2º na qual afirma: “a internação só poderá ser efetuada quando esgotados todos os outros recursos; será feita em ambiente menos restritivo possível”; 2) Garantia de preservação de direitos em vez de sua negação. O artigo 2º expressa toda esta relação de direitos; 3) Garantia da continuidade de cuidados para a clientela dependente de instituições psiquiátricas, expresso no artigo 5º; 4) Penaliza o ato médico inadequado, submentendo o ato profissional e a conduta da instituição onde foi praticada a internação involuntária, a avaliação do poder concorrente, o Ministério Público, guardião, por lei, dos direitos do cidadão. (VENÂNCIO, 2003, p. 48)

Após a aprovação da legislação de saúde mental, portarias e resoluções foram criadas a fim de regulamentar os serviços substitutivos de saúde mental. Em 2002, a Portaria nº 336/GM regulamenta os CAPS; em 2003 a Lei nº 10.708, cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações; em 2005 criam-se os Centros de Convivência e Cultura com a Portaria nº 396 na rede de atenção em saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Outras portarias

foram sendo criadas a fim de instituir instituições de caráter substitutivo no âmbito municipal, estadual e federal.

Nos anos que se seguem ver-se que criação de serviços substitutivos em saúde mental surge convivendo com a arcaica instituição psiquiátrica, pois, embora a nova política preconize e priorize os serviços substitutivos ela não acaba com os hospitais psiquiátricos existentes, de modo que a atenção asilar manicomial se mantém até os dias atuais em seu modo mais ultrapassado. Tal fato põe em questão um dos principais lemas do movimento: “Por uma sociedade sem manicômio”, visto que, mais de vinte anos de luta ainda não conseguiram abalar as estruturas dessas instituições.

Os avanços propostos nos escritos da política de saúde mental vão se constituindo a passos vagarosos, ainda porque os avanços neoliberais na saúde, já retratados, também vão interferir nos avanços da política de saúde mental e na força dos movimentos de luta e resistência. Fazendo com que a população usuária destes serviços, quando tenham acesso aos serviços tenham, mas de forma precarizada. Isto porque, os investimentos públicos passam a não priorizar os serviços que são públicos.

Observa-se que os avanços neoliberais na saúde mental se apresentam com as mais variadas estratégias e com os discursos mais envolventes. Instituições de cunho privado que se identificam como substitutivos ao hospital psiquiátrico passam a tensionar os princípios da Reforma Psiquiátrica quando passam a oferecer um tratamento que em tudo se assemelha ao isolamento e a exclusão, e ainda reiterar ações opressoras e segregadoras. O investimento público a essas instituições, bem como sua presença na rede de serviços de atenção psicossocial no âmbito do SUS representa um dos desafios que tem entrado fortemente na pauta das discussões dos avanços e retrocessos da saúde mental desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001.

O baixo investimento nos serviços públicos de saúde e de saúde mental caracterizando a precarização dos serviços, também é considerado um desafio aos avanços da consolidação da política de saúde mental em todo Brasil. Vê-se que os vínculos empregatícios precários (via contratos e OS's) marcam uma alta rotatividade nos serviços e conseqüentemente um baixo envolvimento dos trabalhadores da saúde mental com as questões mais fundamentais preconizadas pelo movimento de Luta Antimanicomial.

Nos anos 2000, os governos que se sucedem de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), mantêm a lógica das privatizações, instituindo novas formas como o projeto de Lei complementar n.º 92/2007 que cria as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEPs), tais fundações, seguindo a lógica das OSCIPs e OSs são destinadas a administrarem serviço de saúde. Em 2011 temos no governo de Dilma Rousseff a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSHER) por meio da Lei n.º 12.550: uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e que direciona seus serviços à administração de Hospitais Universitários, seguindo a mesma lógica das privatizações na saúde via “novos” modelos de gestão<sup>71</sup>.

Vemos ainda as Organizações Não Governamentais geridas pelo terceiro setor filantrópico como instrumentos de mediação e viabilização de políticas públicas na saúde e na saúde mental. Este novo desenho institucional no âmbito social reafirma ainda mais a apropriação fragmentada da Seguridade Social, evidenciando as formas precárias de trabalho, com um discurso envolvente de solidariedade, do serviço voluntário não remunerado e da supremacia do bem comum. Tem-se ainda uma dissociação daqueles que pensam as políticas públicas e as instâncias que tecnicamente as executam de forma autônoma.

Verifica-se com as colocações acima que as ações e os serviços de saúde têm sido apreendidos pela iniciativa privada de modo crescente e ampliado, fazendo com que os serviços de saúde e de saúde mental sejam capturados pela lógica privatizante, propondo-se a “resolver” os problemas enfrentados pelo SUS. Passa-se uma falsa ideia que o problema enfrentado pelo SUS está centrado em seu modelo de gestão que não condiz para o bom funcionamento deste. Contudo, os dilemas enfrentados pelo SUS encontra-se na não viabilização dos meios necessários ao seu pleno funcionamento.

Conforme aponta Correia (2015):

A insuficiência de financiamento, a precarização do trabalho em saúde e a priorização dos interesses do mercado na saúde são os reais problemas a serem enfrentados. É necessário garantir que os recursos públicos financiem exclusivamente, de forma progressiva, a rede pública estatal de serviços de saúde nas três esferas de governo, como foi propugnado pelo Movimento de Reforma Sanitária. (CORREIA, 2015, p. 85)

---

<sup>71</sup> Tal empresa, já se faz presente na realidade de Maceió-AL, gerindo o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) ligado à Universidade Federal de Alagoas.

Desta forma, vemos que o grande desafio posto ao SUS encontra-se no baixo investimento para seu real funcionamento, visto que, desde sua criação o SUS tem abrigado também, contraditoriamente, uma lógica mercadológica que inviabiliza seu caráter público e universal.

Como afirmamos tal panorama não sinaliza uma ausência de políticas públicas pós-movimentos em prol de reformas na saúde e na saúde mental, entretanto, apreende-se que estas são apropriadas de modo a melhor se adaptar as exigências do mercado e ao novo contexto, caracterizando-se pela privatização, focalização/seletividade e descentralização.

Para Behring e Boschetti (2011):

A “reforma”, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome do qual se faria a “reforma” –, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. Isso ocorreu *vis-à-vis* um crescimento da demanda social, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 155)

Apreende-se a partir das autoras que as mudanças políticas e sociais que se desenvolveram em nome da “reforma” estão direcionadas a uma dada direção política, em que se promove e se desenvolve políticas públicas atreladas à lógica mercadológica. Tal direcionamento (ou redirecionamento) aponta para uma segregação ao que foi proposto pela Constituição de 1988 no que diz respeito à Seguridade Social, pois como pontua as autoras as políticas sociais foram “capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.155)

Cabe aqui salientar alguns elementos que caracterizam esse processo fortemente evidenciado pela hegemonia neoliberal, que diante da fragilidade do movimento social de resistência, ganha espaço. Sabe-se que os padrões de universalidade e redistributividade, preconizado nas políticas de proteção social foi um dos primeiros a serem atingidos pela lógica neoliberal, que sob uma tentativa de extrair os superlucros e promover a supercapitalização, adotaram medidas individualistas, focalista, consumistas e hedonistas. Daí decorre uma série de fatores que se apresentam tendenciosamente nas políticas sociais e

consequentemente nas relações sociais. Behring e Boschetti (2011) descrevem afirmando:

[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: *a privatização, a focalização e a descentralização*. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes de federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos institucionais para a proteção social. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156)

Vê-se então, que a conjuntura apresentada sinaliza a efetivação das políticas sociais sob uma lógica que favorece o grande capital e desfavorece os interesses da classe trabalhadora. Sendo claramente expressa no tripé do neoliberalismo: privatização, focalização/seletividade e descentralização que atingem e distorcem os objetivos fundamentais de organização da seguridade social descrito na Constituição de 1988.

Como pontuado na seção anterior, Behring e Boschetti (2011) irão referir-se a este movimento contraditório de *contrarreforma*, para as autoras:

Houve, portanto, uma abrangente contra-reforma do Estado no país, cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalizão de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso. Uma contra-reforma que foi possível a partir de algumas condições gerais, que precedem os anos de 1990: a crise econômica dos anos de 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 152)

Nota-se que o termo *contrarreforma* utilizado pelas autoras para designar a contrariedade vivenciada pelo Estado brasileiro em sua caminhada na construção de um país democrático, é carregado pelo contrassenso posto pela política neoliberal, que justifica suas “reformas” como necessárias. A reformatação do Estado se instaura direcionado ao desmonte e destruição do que é público e das políticas sociais acomodando-se as estratégias de interesses do capital. O discurso

ideológico predominante que justifica este movimento é permeado de imprecisões, conforme apontam as autoras:

[...] argumentava-se que o problema estaria localizado no Estado, e por isso seria necessário reformá-lo pra novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos, enquanto a política econômica corroía aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro através de uma inserção na ordem internacional que deixou o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas internas e externas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 152)

Fica evidente que as alterações direcionadas ao mercado, e, conseqüentemente aos interesses do capital, possui um discurso que não se sustenta. A falsa ideia perpassada de redução dos custos não condiz com o aumento das dívidas interna e externa que o país adquiriu a cada ano<sup>72</sup>. Isso porque a política de ajuste neoliberal destina e prioriza seus investimentos ao setor privado, que abrangem tanto o mercado interno como ao grande capital internacional. O discurso utilizado para a implementação das privatizações era diversos e apoiava-se na mídia falada e escrita, e dentre os mais fortes estavam: atrair capitais, redução da dívida externas e internas, obtenção de preços mais baixos para os consumidores, melhoria na qualidade dos serviços e a obtenção da eficiência econômica das empresas que sob administração estatal eram consideradas ineficientes. Somando-se a isso, as autoras sinalizam que havia ainda outros truques de financiamento que não ficavam transparentes para a sociedade brasileira. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011) Temos então diante de tal contradição, uma relação inversa entre o discurso de “reforma” e o que estava (e está) posto na política econômica.

Em 2011 o decreto nº 7.508 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. No âmbito da saúde mental, temos nesse mesmo ano a institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria

---

<sup>72</sup> A exemplo disso as autoras pontuam, que nesse momento houve grande abertura à transição de capital estrangeiro, com uma entrega significativa do patrimônio público ao capital exterior, bem como a não obrigatoriedade de as empresas privatizadas comprarem insumos no Brasil. Este fato acarretou em desmonte das indústrias nacionais e uma grande remessa de dinheiro indo para o exterior, somando-se a esse quadro temos o aumento do desemprego e o desequilíbrio da balança comercial. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

3.088/2011. Tal portaria representa avanços significativos para saúde mental, visto que descreve o rol de serviços que deve compor a RAPS, não enquadrando dentre eles a instituição hospital psiquiátrico. Contudo, a mesma portaria deixa lacunas para a participação do setor privado principalmente quando qualifica as Comunidades Terapêuticas como integrante da RAPS.

Veremos na próxima seção, como a consolidação dessa Rede vai se dá e como os serviços privados vão aparecer tensionando o crescimento e ampliação dessa rede pública. Percebe-se que nos últimos anos os governos têm se voltado a diminuir os custos da assistência da RAPS no âmbito do SUS, favorecendo o repasse de verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e do “terceiro setor” filantrópico, através de convênios que pagam internações para o usuário do serviço de saúde mental.

Para melhor explicitar tais questões, apresentaremos adiante a relação entre público e privado na política de saúde mental, e destacaremos a realidade de Maceió-AL diante dessa problemática.

#### **4. A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MACEIÓ-AL**

Nesta seção será abordado como a relação entre público e privado tem se configurado na política de saúde mental. As discussões anteriores demonstram que o direcionamento das políticas sociais públicas tem sido apropriado pela lógica capitalista, em que os interesses mercadológicos tensionam o caráter público dessas políticas. Buscaremos explicitar como essa relação vem se intensificando e seus impactos que atingem várias dimensões da sociedade. Será objeto de análise investigar como essa relação se dá a nível nacional, e posteriormente, como essa relação se processa particularmente no município de Maceió-AL.

Para o desenvolvimento desta investigação recorreremos – além da pesquisa bibliográfica – também à pesquisa documental, consultando documentos disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas e Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, com dados acerca do financiamento repassado às instituições públicas e privadas nos anos de 2013-2014. O estudo de leis, portarias e decretos auxiliaram no entendimento sobre os dados, bem como a consulta a portais online, como o Portal da Transparência em vários órgãos públicos estatais, que ofereceram informações sobre o financiamento de serviços públicos e privados de saúde. Também recorreremos às informações divulgadas na mídia (impressa e digital).

A seção está assim organizada: o primeiro item abordará a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sua configuração e o financiamento em Maceió-AL, que representa a dimensão pública da política de saúde mental; em seguida apresentaremos os serviços no âmbito das instituições privadas e as suas implicações para a concepção de saúde mental pública.

#### **4.1 A Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sua configuração e o financiamento em Maceió-AL**

Buscaremos aprofundar neste item como surge e como se configura a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com os princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como o seu desenho no município de Maceió-AL, e como a gestão tem destinado os recursos públicos para aplicação nos serviços e funcionamento dessa Rede.

A trajetória da política de saúde e de saúde mental no Brasil, descrita na seção anterior, mostra-nos os avanços e retrocessos que marcaram os processos de reformas – Sanitária e Psiquiátrica, ambos liderados por movimentos sociais, carregam em seus princípios a defesa do caráter público e universal das políticas de saúde e saúde mental. Todavia, como explicitado anteriormente, esses princípios e valores são atingidos negativamente por uma lógica mercadológica que inviabilizam o direito a saúde atendido por políticas de caráter público e universal.

Nos últimos anos, as ações em saúde e saúde mental no Brasil têm sido apreendidas numa perspectiva de “redes”, pressupondo uma lógica que integra e articula instituições que devem amparar de modo singular as necessidades do indivíduo. Esse termo tem cada vez mais ganhado expressão em diversos âmbitos relacionados à temática e está presente nas discussões de profissionais, usuários e inclusive no planejamento e formulações das políticas sociais públicas. (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015)

Como vimos, o Sistema Único de Saúde (SUS) abrange todos os serviços públicos de saúde, dentre eles o de saúde mental que apresenta uma rede mais específica. A organização das redes de saúde está contemplada na legislação que regulamenta o SUS, tardiamente publicada em 2011, no governo da presidenta Dilma Rousseff, considerando que a lei orgânica da saúde é de 1990. Trata-se do decreto nº 7.508/2011 que dispõe sobre: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL, 2011a) Assim, a importância da implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) fez-se necessária para superar a intensa fragmentação das ações e serviços e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. O SUS na perspectiva de redes impôs mudanças no modelo de atenção à saúde, apontando novas necessidades da

implantação de serviços. Neste sentido, a RAS busca superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões Saúde e melhorar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2010)

De acordo com a portaria nº 4.279 de dezembro de 2010, que cria a RAS no âmbito do SUS, a rede de saúde tem como objetivo promover a criação sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia única e sanitária, e eficiência econômica. Essa rede foi instituída com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população usuária, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão por meio de uma rede integrada e articulada.

A RAS consiste num conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Definida pelo Ministério da Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnicos, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010) Inclui-se na perspectiva da rede a articulação com a rede intersetorial de políticas públicas, além dos recursos da comunidade, a qual deverá ser sempre pensada como espaços a serem desenvolvidos ou ativados para compor à rede.

Mendes (2011) caracteriza a RAS da seguinte forma:

As redes de atenção à saúde são organizações poliarquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e independente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela ação primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidade sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2011, p. 2300)

Percebe-se que essa forma de reorganização dos serviços de saúde brasileiros acaba por abandonar as antigas formas de atenção hierarquizadas e fragmentadas para uma relação mais horizontalizada em que a Atenção Primária à Saúde (APS) fica sendo considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, a RAS caracteriza-se: pela formação de relações

horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos e fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2010)

São exemplos de pontos de atenção à saúde dessa rede: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. (BRASIL, 2010). Aqui é possível verificar a presença da atenção psicossocial nesta concepção e estruturação da RAS.

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Esquemáticamente, Costa, Colugnatti e Ronzani (2015) caracterizam a RAS da seguinte forma:

**FIGURA 1 – CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

<b>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)</b>		
<b>População</b>	<b>Estrutura organizacional</b>	<b>Modelos de atenção</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centralidade da atenção na comunidade;</li> <li>- Características e necessidades da população direcionando a organização da rede de assistência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais;</li> <li>- Serviços;</li> <li>- Relações estabelecidas;</li> <li>- Formas de organização;</li> <li>- Sistema logístico e de apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque nas condições crônicas:</li> <li>- Intersetorialidade;</li> <li>- Integralidade;</li> <li>- APS e ESF organizando um fluxo de atenção.</li> </ul>

FONTE: Costa, Colugnatti e Ronzani (2015).

Percebe-se que a população, como primeiro elemento constitutivo da RAS representa a necessidade de centralização da saúde no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em vista que é a articulação desses atores que se têm as particularidades e necessidades da população. A estrutura operacional é composta pelos profissionais, os serviços, as relações que estes estabelecem e suas formas de organização bem como o sistema logístico de apoio, daí são estabelecidos às relações interdisciplinares que visem à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, o tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, assim como aponta a portaria nº 4.279 que estabelece as diretrizes da RAS. Já os modelos de atenção representam as ações que são estruturadas conforme as condições da saúde da população e suas necessidades, nesta direção a Atenção Primária de Saúde e a Estratégia Saúde da Família vem para difundir a intersectorialidade, promovendo a promoção da saúde, a integralidade dos saberes e reconhecendo as reais necessidades das populações. Tal concepção e reorganização se distanciam do modelo bio-médico hegemônico pelo qual a saúde brasileira esteve estruturada.

Algumas considerações relevantes sobre a participação do setor privado nessa rede pública devem ser salientadas. Pois, reiterando-se o que já estava posto na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 que institui o SUS, a regulamentação de 2011 explicita em seu art. 3º a participação do setor privado de forma complementar.

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011a)

O art. 16 ainda prevê: “No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional”. (BRASIL, 2011a)

É, pois, amparado por tais regulamentações, que o setor privado estará presente nos serviços que compõem a RAS, via OS's, OSCIP's, FEDEP's, e outros modelos de privatização. De modo que os serviços públicos de saúde são geridos contraditoriamente por tais instâncias, consolidando-se num *mix* entre público e privado.

Descritas as características mais gerais sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a relação da iniciativa privada dentro desta rede, podemos apresentar a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, que se estabelece atrelada a Política de Saúde Mental. Mais adiante, após apresentação da RAPS, poderemos explicitar como está prevista e regulamentada o financiamento desta rede e como o dinheiro público tem sido repassado na realidade de Maceió-AL.

Instituída por meio da portaria nº 3.088 de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011b)

As diretrizes que regem o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial consistem em: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate aos estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica multidisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégia de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégia de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011b)

Nota-se que a portaria que institui esta rede, expressa em suas diretrizes os princípios que foram conquistados no processo de Reforma Psiquiátrica uma vez que reitera a assistência em dispositivos que não privam a liberdade das pessoas com transtorno mental e/ou com problemas decorrentes do uso de drogas, mas que prevê um atendimento por meio de serviços abertos de atenção psicossocial.

Buscaremos neste momento explicitar os pontos de atenção que estão previstos na portaria que regulamentam a RAPS, apresentando todos os dispositivos que os compõem e suas respectivas regulamentações, incluindo-se as formas de financiamento previsto para o funcionamento dos dispositivos. Apresentaremos ainda quais dispositivos previstos pela RAPS estão presentes no município de Maceió-AL<sup>73</sup>.

É importante salientar que a exposição dos pontos de atenção separadamente que serão explicitados é meramente didática. Consideramos que os pontos de atenção devem conviver articuladamente de modo que a importância de um ponto não se sobreponha aos demais.

Conforme descreve a Portaria nº 3.088/2011, a RAPS deve ser composta pelos seguintes pontos de atenção:

---

<sup>73</sup> Vale mencionar que mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial em Maceió-AL já foi realizado por Moura (2014), relativo ao ano de 2012, e que para este estudo atualizamos a situação da RAPS em 2014, com apoio do grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Sociedade da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.

#### 4.1.1 Atenção Básica de Saúde

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, este ponto de atenção à saúde deve constituir a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo como prioridade o Pacto pela Vida. Em outubro de 2011 é lançada a Portaria nº 2.488 que aprova e publica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações em saúde no âmbito individual e coletivo na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças, abrangendo o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação, do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011c)

Esse ponto de atenção engloba:

- **Unidades Básicas de Saúde (UBS):** regida pela Portaria GM/MS nº 2.226 de 18 de setembro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2009). As UBS devem disponibilizar uma equipe multiprofissional, podendo ou não contemplar as Equipes Saúde da Família. Conforme a regulamentação da RAPS, as UBS têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (BRASIL, 2011b) De acordo com o mapeamento realizado em Maceió sobre a RAPS, no ano de 2012, o município contava com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 36 Unidades Saúde da Família (USF); 06 Centros de Saúde. Vale ressaltar que tais dispositivos representam uma baixa cobertura para a capital, de modo que a demanda se sobressai à quantidade de serviços ofertados. “De acordo com os sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde, Maceió, a capital do Estado, apresenta uma cobertura da ESF menor que 30% de sua população, mantendo este índice desde o ano de 2006”. (SILVA et. al. 2014, p.727). Vê-se, com isso, uma baixa cobertura deste ponto de atenção que compõe os serviços da Atenção Básica de Saúde em Maceió, abarcando um número de serviços insuficiente à população usuária.

Sobre o financiamento deste ponto de atenção, a portaria n.º 978 de 16 de maio de 2012 define os valores de financiamento do piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Conforme a referida portaria,

Art. 1º Fica definido o valor do incentivo financeiro para o custeio das Equipes de Saúde da Família (ESF), implantadas em conformidade aos critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica.

§ 1º O valor do incentivo financeiro referente às ESF na Modalidade 1 é de R\$ 10.695,00 (dez mil seiscientos e noventa e cinco reais) a cada mês, por Equipe. [...]

§ 3º O valor dos incentivos financeiros referentes às ESF na Modalidade 2 é de R\$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) a cada mês, por equipe. (BRASIL, 2012b)

Os valores acima mencionados referem-se a um dos pontos da Atenção Básica, isto é, as Equipes de Saúde da Família, que variam conforme a modalidade do serviço.

- **Consultório na Rua:** o Consultório na Rua está regulamentado pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, é constituído por uma equipe multiprofissional podendo ser composta por: enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, assistente social, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. Esse dispositivo está dividido em três modalidades: modalidade I – 4 profissionais (2 de nível superior e 2 de nível médio); modalidade II – 6 profissionais (3 de nível superior + 3 de nível médio); modalidade III – modalidade II + profissional médico. Os consultórios devem funcionar de segunda a sexta e atuar na perspectiva da integralidade e da transdisciplinaridade. Esta equipe multiprofissional atende pessoas em situação de rua, e pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, na perspectiva da promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos. De acordo com a portaria nº 122, os consultórios devem estar articulados com as Unidades Básicas de Saúde - UBS. (BRASIL, 2011d) Em Maceió, este dispositivo, que compõe a RAPS, é contemplado com seis equipes e atua em quatro bairros do município. (MOURA, 2014)

De acordo com a coordenação deste serviço nos últimos anos houve mudanças na perspectiva dos consultórios, que passaram de “Consultório de Rua” para “Equipes de Consultório na Rua”. Essa transição foi proposta pelo Ministério

da Saúde com objetivo de ampliar o conceito de saúde, saindo do foco da redução de danos. Isso se deu devido à necessidade de uma ampliação na atenção ao cuidado e promoção em saúde às pessoas, em articulação com o Programa Saúde da Família - PSF. A abordagem de redução de danos, característica do “Consultório de Rua”, passa a ser uma das abordagens da sua nova finalidade. Devido a essas mudanças, é que os consultórios passaram a integrar não mais a Política de Saúde Mental, mas a Política de Atenção Básica em Saúde estando articulado com as Unidades Básicas de Saúde. (MOURA, 2014)

Conforme a portaria n.º 1.238 de 06 de junho de 2014 que define o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua, nas diferentes modalidades, o valor mensal previsto para manutenção deste dispositivo é:

**FIGURA 2 – FINANCIAMENTO PREVISTO PARA O FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA**

<b>EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA</b>	
<b>MODALIDADE</b>	<b>VALOR/MÊS</b>
Modalidade I	R\$ 19.900,00 (por equipe)
Modalidade II	R\$ 27.300,00 (por equipe)
Modalidade III	R\$ 35.200,00 (por equipe)

FONTE: (BRASIL, 2014a)

Vemos que a forma de financiamento de cada equipe de Consultório na Rua se diferencia conforme sua modalidade, de modo que a modalidade que se apresenta com uma menor equipe, possui um investimento menor comparado àquelas que possuem um maior número de profissionais.

Como mencionado, o município de Maceió conta atualmente com seis equipes de Consultórios na Rua na Modalidade II, deste modo, estima-se que Maceió receba em média R\$ 163.800,00 (cento e sessenta e três mil oitocentos reais) para o funcionamento desse dispositivo. De acordo com Ferreira et. al (2016), uma pesquisa realizada em 2015 constatou que 1.340 pessoas em situação de rua estão cadastradas no Consultório na Rua no município. (FERREIRA, et. al. 2016)

A pesquisa acima mencionada sinaliza as dificuldades e os desafios posto as equipes no município de Maceió:

[...] no município estudado, ainda existem entraves na gestão que dificultam a vinculação efetiva das equipes às unidades de saúde de referência. Apenas duas das seis equipes possuíam, no período do estudo, um espaço físico no interior das unidades; as demais funcionam em locais provisórios. Essa situação dificulta a vinculação e fidelização dos usuários do Consultório na Rua aos serviços e o acesso à equipe quando necessitarem. (FERREIRA, et. al, 2016, p. 5)

Os consultórios funcionam ligados a uma unidade de saúde de referência, contudo, os autores pontuam que a fragilização da rede dificulta as ações realizadas nos consultórios. A ausência de um espaço físico no interior das unidades para cada equipe também é um fator que obstaculiza a vinculação dos consultórios com a Atenção Básica de Saúde, de modo que das seis equipes, apenas duas tem espaços nas unidades de saúde de referência.

Ainda conforme as autoras supracitadas:

Outro desafio apontado foi o transporte inadequado das equipes, o qual não é de exclusividade para as atividades do Consultório na Rua. Em face desse problema, geralmente ocorrem atrasos, o que ocasiona demora na chegada ao campo, diminuindo, assim, o tempo dispensado aos usuários. (FERREIRA, et. al, 2016, p. 5)

Percebe-se a expressiva precarização do trabalho profissional neste dispositivo que compõe a rede, de modo que a população usuária e os profissionais envolvidos convivem constantemente com os efeitos negativos da fragilização do serviço.

- **Centros de Convivência e Cultura:** Consiste em serviços públicos componentes da RAPS, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais, espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Os Centros de Convivência e Cultura atuam na perspectiva da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais. O Centro de Convivência é considerado um instrumento estratégico para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2005b). Na

regulamentação da RAPS, os Centros de Convivência e Cultura são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, promovem a construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. (BRASIL, 2011b) Em Maceió, não há Centros de Convivência e Cultura.

É importante salientar que a inclusão da Atenção Básica de Saúde na RAPS permite que os indivíduos com algum tipo de transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de drogas, e que apresente qualquer outra desordem física e de saúde, sejam atendidos primeiramente num serviço de saúde como qualquer outro indivíduo, e não em um serviço de saúde mental. A antiga ideia de que pessoas com algum tipo de transtorno mental devem ser atendidas somente em instituições de saúde mental são consideradas, nessa perspectiva, como ultrapassada.

#### *4.1.2 Atenção Psicossocial Estratégica*

Este ponto de atenção engloba os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em suas diferentes modalidades. Desde a década de 1990, os CAPS vêm se constituindo como serviços de atenção à saúde mental de caráter aberto e substitutivo ao Hospital Psiquiátrico. No âmbito legal, os CAPS foram implantados nacionalmente a partir de 2002 com a Portaria nº 336/GM, todavia, como sinalizado em momentos anteriores deste trabalho, registra-se que tais dispositivos já existiam antes de sua regulamentação, a criação destes estava fortemente impulsionado e influenciado pelos movimentos de luta antimanicomial, e se expressou como um dos primeiros frutos da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com a portaria acima mencionada que regulamenta os CAPS, estes serviços devem ser compostos por uma equipe multiprofissional e que desenvolvam ações por meio da interdisciplinaridade, estes dispositivos podem ser subdivididos em diferentes modalidades:

- ❖ **CAPS I:** Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 15.000 habitantes, funciona no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

- ❖ **CAPS II:** São serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes. Essa modalidade de CAPS funciona no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;
- ❖ **CAPS III:** São serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 150.000 habitantes (o que o difere do CAPS I e II). Essa modalidade de CAPS constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- ❖ **CAPS AD II:** São serviços de atenção psicossocial para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Deve manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso;
- ❖ **CAPSad III:** Serviço destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Deve funcionar nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Este serviço foi redefinido com a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, de acordo com tal portaria, o CAPSad III poderá se destinar a atender crianças, adolescentes ou adultos, conjunta ou separadamente. (BRASIL, 2012c)
- ❖ **CAPS i:** São serviços de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 70.000 habitantes. É um serviço ambulatorial de atenção diário destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

Sobre o financiamento deste ponto de atenção, a Portaria nº 3.089 de 2011 estabelece o tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Conforme a referida portaria, os repasses financeiros fixos para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde por tipo de serviço são:

**FIGURA 3 – FINANCIAMENTO PREVISTO PARA O FUNCIONAMENTO DOS CAPS**

TIPO DE SERVIÇO	VALOR (MENSAL)
CAPS I	R\$ 28.305,00
CAPS II	R\$ 33.086,25
CAPS III	R\$ 84.134,00*
CAPS i	R\$ 32.130,00
CAPS AD	R\$ 39.780,00
CAPS AD III	R\$ 105.000,00*

FONTE: (BRASIL, 2011e)

\*Valores alterados com a Portaria nº 1966 de 2013.

Nota-se que os valores acima variam conforme a modalidade de cada serviço, de modo que o CAPS I recebe um valor referente ao número de habitantes por ele atendido e pela quantidade de profissionais que nele trabalha. Dois serviços tiveram seus recursos financeiros alterados com a Portaria nº 1.966 de 2013, o CAPS III que passou de R\$ 54.123,75 (cinquenta e quatro mil cento e vinte três e setenta e cinco centavos) para R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil e centro e trinta e quatro reais); e o CAPS AD III que passou de R\$ 67.511,25 (sessenta e sete mil quinhentos e onze reais e vinte e cinco centavos) para R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais).

Como o município de Maceió apresenta três CAPS II; um CAPS i; e, um CAPS AD III, estima-se que esse ponto de atenção receba mensalmente em média R\$ 236.388,75 (duzentos e trinta e seis mil trezentos e oitenta e oito reais e setenta

e cinco centavos) para o funcionamento desses CAPS<sup>74</sup>. Contudo, como veremos mais adiante, o repasse financeiro destinado à rede de Atenção Psicossocial no município de Maceió tem sido muito inferior ao previsto por essa portaria.

#### *4.1.3 Atenção de Urgência e Emergência*

Este ponto de atenção engloba o SAMU, salas de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência, pronto socorro e Unidade Básica de Saúde. Conforme aponta a portaria 3.088, os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011b)

Considerada com uma das estratégias do movimento de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, a internação de pessoas com transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de drogas, por um curto período de tempo em leitos de hospitais gerais consiste num processo que paulatinamente tende a diminuir e acabar com as longas internações nos hospitais psiquiátricos.

Atualmente a articulação com o SAMU tem se dado ainda aos moldes tradicionais, uma vez que, este serviço exige a presença da polícia militar para realizar os procedimentos de internamento. Usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde/saúde mental questionam a real necessidade da polícia militar nos atendimentos do SAMU, para estes, a presença da polícia transfigura-se mais em seu caráter repressor, surtindo efeitos contrários ao desejado no processo de tratamento daquele indivíduo. Na realidade de Maceió-AL, este diálogo acerca da real necessidade da polícia militar<sup>75</sup> ainda caminha a passos lentos, visto que os representantes destas unidades consideram que a presença da polícia traz certa

---

<sup>74</sup> No início do ano de 2013, o município de Maceió contava com um CAPS AD, este serviço foi transformado em uma unidade de CAPS AD III, o que altera a base de financiamento deste serviço.

<sup>75</sup> Vale salientar que a polícia militar em nenhum momento é citada pela portaria 3.088/2011 como sendo um componente integrante e necessário a Rede de Atenção Psicossocial, e que os que militam no movimento de luta antimanicomial consideram tal instância não apenas dispensável, mas um retrocesso que infringe os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

“tranquilidade” para os servidores do SAMU, já que estes consideram o portador de transtorno mental como sendo “perigosos”.<sup>76</sup>

Vale registrar que em Maceió foram implantadas recentemente duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo geridas pelos novos modelos privatizantes de gestão via OS's. De modo que, quando se amplia algum dispositivo da RAPS se amplia pelo viés da privatização e pelos vínculos precários de trabalho.

#### 4.1.4 *Atenção Residencial de Caráter Transitório*

A Atenção Residencial de Caráter Transitório engloba as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório. Este ponto de atenção deve funcionar por 24 horas, mas a permanência do usuário é transitória, todavia, conforme prevê a portaria nº 3.088/2011, as Comunidades Terapêuticas, de natureza privada, estão previstas como integrantes da Atenção Residencial de Caráter Transitório. Segundo a portaria que institui a RAPS, essas comunidades são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011b)

Temos diante disto uma lacuna da própria portaria que acaba por integrar serviços de natureza privada<sup>77</sup> como integrantes da RAPS, além de contraditoriamente estimular incentivo financeiro público em instituições que se distanciam do modelo substitutivo de atenção à saúde mental, uma vez que a internação de nove meses já se caracteriza como sendo de longa duração. Isto faz com que estas Comunidades Terapêuticas se destaquem dentre os serviços que compõem a RAPS como aquele que apresenta maior tempo de permanência e indicada para usuários com condições clínicas estáveis.

---

<sup>76</sup> Tais informações foram obtidas em reuniões promovidas pelo Conselho Estadual de Saúde, a partir do convite feito ao Grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Sociedade da Faculdade de Serviço Social (UFAL) e a outros órgãos do Estado, tais como, representantes das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Alagoas e representante do SAMU.

<sup>77</sup> No próximo item mostramos a vinculação dessas comunidades com a política sobre drogas e os recursos públicos.

Outros fatores característicos das Comunidades Terapêuticas são a ausência de regulamentação destes serviços e fiscalização pelo poder público, além da ausência dos cuidados individualizados que contribui para o descrédito deste serviço. Denúncias de desrespeito aos direitos humanos insistentemente chegam ao Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA).

Partimos da premissa que usuários com condições clínicas estáveis não precisam ser isolados por nove meses para um tratamento prolongado, mas necessitam de acompanhamento em um serviço aberto de atenção psicossocial. A internação para desintoxicação se faz necessária em certos casos, e para isto está previsto pela portaria que institui a RAPS que leitos em hospitais gerais podem suprir essa demanda por meio de internações de curta duração, após o período de desintoxicação o usuário está apto a voltar a sua rotina e a continuar o tratamento por outros serviços da RAPS.

Observa-se que o tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas em muito se assemelha ao isolamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que a maior parte dessas instituições está localizada em interiores promovendo um afastamento por um longo período do indivíduo da sociedade e de sua família. Tem-se instituições de caráter segregador, que não raro impõe certos critérios para admissão do usuário por meio de exames para constatar se o indivíduo possui o vírus HIV, questões de orientação sexual e religião também são relevantes para admissão nessas instituições, que se vale da seletividade na oferta de seus serviços.

Eis um grande retrocesso para a efetivação do acesso universal à saúde pública uma vez que tais questões, que envolvem a seletividade e um gama de inviolabilidade aos direitos conquistados décadas anteriores são ameaçados. As Comunidades Terapêuticas são consideradas à volta dos manicômios com uma nova roupagem, e, dentro da RAPS representa uma brecha da continuação do modelo manicomial com uma nova nomenclatura.

Assim, embora os hospitais psiquiátricos não estejam previstos na RAPS – e, embora continue a existir paralelamente a consolidação da rede –, a participação das comunidades terapêuticas, que se apresentam no âmbito do setor privado e

filantrópico, é a lacuna da própria portaria para a participação do setor privado dentro do SUS<sup>78</sup>.

Em Maceió não há Comunidades Terapêuticas, contudo, constata-se uma série de instituições, em sua maioria de cunho religioso, que se autodenominam de “comunidade acolhedora” que estão no âmbito dos serviços privados e que tentam se enquadrar no perfil das comunidades terapêuticas, tais comunidades têm recebido recurso público para a internação de usuários com problemas decorrentes do uso de drogas.

Deste modo, ressaltamos a importância da Atenção Residencial de caráter transitório, quando esta se vale das internações de curta duração.

#### 4.1.5 *Atenção Hospitalar*

Este ponto engloba as enfermarias especializadas em Hospital Geral; e os Serviços Hospitalares de Referência para atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

De acordo com a portaria nº 3.088/2011, o cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso de o usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial. A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar. (BRASIL, 2011b)

A Atenção Hospitalar foi definida pela Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Este serviço está articulado com os outros pontos de atenção da Rede e deve oferecer suporte para situações de urgência e emergência a pessoas com transtorno mental e problemas decorrentes do uso de drogas. O serviço hospitalar

---

<sup>78</sup> Veremos no próximo item como a ampliação acelerada dessas comunidades vai aparecer principalmente no período de 2013-2014.

funciona em tempo integral (24 horas) nos sete dias da semana incluindo finais de semana e feriados. De acordo com a portaria, esse serviço deve ofertar internações de curta duração até a estabilidade clínica do usuário. (BRASIL, 2012d)

A ampliação de leitos em hospitais gerais para pessoas em sofrimento mental também é considerada uma conquista, no âmbito legal, mas sua efetivação ainda caminha a passos lentos, principalmente porque se difunde a ideia de que a superlotação dos hospitais gerais já sobrecarrega esses dispositivos; acrescentar pessoas com algum transtorno mental a esses espaços traz certo incômodo, visto que muitas vezes a equipe considera esse usuário como sendo uma “ameaça que perturba o hospital”. A falta de uma equipe médica e multiprofissional especializada em casos psiquiátricos também é colocada como um obstáculo para a ampliação desses espaços.

É importante ressaltar que as internações de usuários com transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de drogas por longos períodos de tempo em hospitais psiquiátricos não estão previstas na portaria que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial. De modo que as demandas de internações psiquiátricas são apropriadas pelos hospitais gerais por meio de internações de curta duração, pois se considera que após a desintoxicação (em caso de uso abusivo de drogas) ou da estabilização (nos casos de pacientes com transtorno mental), esse usuário está apto para voltar ao convívio familiar e social e ser acompanhado por outros dispositivos da RAPS.

Atualmente um dos grandes problemas que os hospitais psiquiátricos do município de Maceió enfrentam, diz respeito àqueles usuários que são considerados “moradores” do hospital psiquiátrico. São usuários que foram internados ainda jovens e hoje, depois de décadas, não tem nenhum vínculo familiar nem social. São indivíduos que acabaram perdendo suas referências devido ao isolamento proporcionado pelo modelo manicomial.

Esta é uma problemática vivenciada por hospitais psiquiátricos (público ou privado) quando estes decidem fechar seus leitos. Pois o fechamento de leitos em hospitais psiquiátrico acaba por acarretar em demandas de construções de residências terapêuticas (especificamente em Maceió por não haver esse dispositivo no município) para amparar os usuários considerados moradores do

hospital psiquiátrico, uma vez que, como já mencionado, estes perderam suas referências familiares e sociais por conta do longo período de internação.

Quanto aos leitos em saúde mental nos Hospitais Gerais em Alagoas, vê-se que este dispositivo ainda encontra dificuldades para sua ampliação, uma vez que apenas dois Hospitais Gerais situados em dois interiores do Estado possuem leitos específicos em saúde mental totalizando um número de 15 leitos.

#### *4.1.6 Estratégias de Desinstitucionalização*

As estratégias de desinstitucionalização abarcam os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta pra casa. Este ponto de atenção é instituído em 2014, por meio da Portaria nº 2.840 que cria os Programas de Desinstitucionalização e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (BRASIL, 2014b)

Esse componente está previsto através de iniciativas que visem garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas à internação prolongada, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Conforme o art. 2º da portaria supracitada:

O componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social. (BRASIL, 2014b)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos estão previstos pela Portaria nº 3.090 de 2011, devendo acolher pessoas com internação de longa permanência (considera-se internação de longa permanência internação dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia. Os Serviços Residenciais Terapêuticos do tipo I devem acolher no máximo oito moradores com transtorno mental em processo de desinstitucionalização; Os Serviços Residenciais Terapêuticos do tipo II devem acolher no máximo dez moradores com transtorno mental e acentuado nível de dependência que necessitam de cuidados permanentes específicos. (BRASIL, 2011f). O custo financeiro para a manutenção de uma residência terapêutica está prevista pela

portaria n.º 246/GM de 17 de fevereiro de 2005, que prevê um valor de R\$ 10.000.000 para o funcionamento da instituição com capacidade para oito residentes. (BRASIL, 2005a)

O município de Maceió não possui nenhum dispositivo de estratégia de desinstitucionalização, contudo, o fechamento de um hospital privado psiquiátrico, na capital, tem demandando a criação de Residências Terapêuticas para amparar os usuários que já são considerados moradores do hospital psiquiátrico. Segundo o Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, a ausência de Residências Terapêuticas tem travado o processo de fechamento do hospital, uma vez que o estudo feito com os usuários do hospital constatou que boa parte não possuía mais vínculo familiar nem social<sup>79</sup>.

O Programa de Volta pra Casa está definido pela portaria n.º 2.077 de 2003 que regulamenta a Lei n.º 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O programa visa o acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). (BRASIL 2003b).

#### *4.1.7 Reabilitação Psicossocial*

Esse componente está regulamentado pela portaria n.º 132, de 26 de janeiro de 2012. A Reabilitação Psicossocial consiste em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais, habitação, educação, cultura, direitos humanos, isto é, são ações que fortaleçam o exercício da cidadania e a produção de novas possibilidades para o projeto de vida. A Reabilitação Psicossocial é uma estratégia que é desenvolvida em diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e que está articulada com os recursos disponível no território. (BRASIL, 2012e)

As ações que integram a reabilitação psicossocial podem ser: produções de artesanato, bijuteria, gêneros alimentícios, vestuário, acessórios, marcenaria, serralharia, restauração de móveis, além de iniciativas como arte, cultura, música, cinema, teatro. A reabilitação pode ainda estar voltada à prestação de serviços,

---

<sup>79</sup> Informações obtidas em reunião do Conselho Estadual de Saúde com representação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde em 2016.

como: jardinagem, lavagem de carro, assessoria e incubação, serviços de buffet. Podemos encontrar tais iniciativas em diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como os CAPS, Centros de Convivência e Cultura, Unidade Básica de Saúde, Associações de Usuários e Familiares, entre outros dispositivos da RAPS que atuam na perspectiva da inclusão social. (BRASIL, 2012e)

Em Maceió não há instituições direcionadas a esse ponto de atenção. Percebe-se que algumas iniciativas de geração de renda são desenvolvidas em alguns dispositivos da rede, contudo, ainda não há instituições específicas direcionadas esse fim.

Diante da realidade acima apresentada, percebe-se que a RAPS no município de Maceió ainda não se apresenta de forma consolidada, havendo muitas lacunas nos pontos de atenção que não apresentam nenhum dispositivo. Tal fato aponta a possibilidade de levantar a questão sobre o quanto essa rede vinculada ao SUS, em articulação com outras políticas públicas ainda é limitada diante da demanda de saúde mental. Percebe-se através dos dados da realidade, que por não haver uma rede sólida e articulada no município, os serviços de saúde mental acabam por centralizar suas ações ainda muito fechado nos serviços próprios de saúde mental, o que nos leva a um ciclo vicioso de apreender as questões de saúde mental apenas dentro dos parâmetros próprios da saúde mental.

Vê-se, ainda, que a não priorização da efetiva implantação dos serviços que compõem a RAPS no âmbito do setor público impulsionam a criação e disseminação de instituições privadas e filantrópicas, especialmente as que se voltam para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, utilizando-se de recursos públicos estatais.

Diante dos limites para ampliar e consolidar a RAPS em Maceió buscou-se identificar o quanto de recurso público tem sido destinado para o investimento dessa rede, nos anos de 2013-2014. Após um processo de coleta de dados acerca do financiamento, verificamos o quanto de repasse de dinheiro público tem sido destinado a Rede de Atenção Psicossocial no município de Maceió.

Inicialmente, verifica-se que no ano de 2013<sup>80</sup> o recurso é direcionado à *Rede Municipal de Saúde Mental*, sem haver especificação para quais serviços

---

<sup>80</sup> Vale destacar que durante o ano de 2013, Maceió é governada por Rui Soares Palmeira, e a Saúde foi administrada pela Secretária de Saúde Maria das Graças Monte Mello Taveira.

desta rede. De acordo com os dados do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2015a), o município de Maceió no ano de 2013 recebeu os seguintes recursos:

**FIGURA 4 – FINANCIAMENTO DO TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE) NO ANO DE 2013**

<b>TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE)/2013</b>	
<b>MÊS</b>	<b>VALOR</b>
JAN	R\$ 118.630,07
FEV	R\$ 118.630,07
MAR	R\$ 118.630,07
ABR	R\$ 118.630,07
MAI	R\$ 118.630,07
JUN	R\$ 118.630,07
JUL	R\$ 118.630,07
AGO	R\$ 338.672,52
SET	R\$ 338.672,52
OUT	R\$ 338.672,52
NOV	R\$ 338.672,52
DEZ	R\$ 338.672,52
<b>TOTAL</b>	<b>R\$2.523.773,09</b>

(BRASIL, 2015a)

Percebe-se que de janeiro a julho de 2013 o valor destinado ao Teto Municipal da Rede de Saúde Mental – RSME (como é referido no portal) refere-se R\$ 118.630,07 (cento e dezoito mil seiscentos e trinta reais e sete centavos), quando, o mínimo necessário para o funcionamento de apenas um dos pontos de atenção da RAPS (a atenção psicossocial estratégica citada anteriormente) na realidade do município de Maceió necessita de R\$ 236.388,75 (duzentos e trinta e seis mil trezentos e oitenta e oito reais e setenta e cinco centavos) para seu funcionamento.

Ora, se como vimos, para o funcionamento dos cinco CAPS que o município de Maceió possui é necessário, segundo a portaria nº 3.089, de R\$ 236.388,75 mensais; e o município, recebeu por mais da metade do ano de 2013 a

quantia de R\$ 118.630,07 (cento e dezoito mil seiscentos e trinta reais e sete centavos), temos uma defasagem de R\$ 117.758,68 (cento e dezessete mil setecentos e cinquenta e oito reais e sessenta e oito centavos) de janeiro até julho de 2013. Vale salientar que o recurso acima demonstrado é direcionado ao funcionamento de todos os serviços da rede de saúde mental, e não apenas aos CAPS, fazendo com que a defasagem se torne ainda maior quando se inclui os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Maceió.

Em outras palavras, o valor destinado a “Rede de Saúde Mental” nesse período caracteriza-se como sendo muito inferior ao que está proposto pela portaria de apenas um dos pontos de atenção (que neste caso refere-se aos Centros de Atenção Psicossocial e as diferentes modalidades que o município apresenta).

De agosto a dezembro deste mesmo ano temos um aumento na base de financiamento no valor dessa Rede de Saúde Mental que de R\$ 118.630,07 (cento e dezoito mil seiscentos e trinta reais e sete centavos) passa a ser R\$ 338.672,52 (trezentos e trinta e oito mil seiscentos e setenta e dois reais e cinquenta e dois centavos). Não há uma justificativa clara para esse aumento, registra-se que nesse período o CAPS AD de Maceió é transformado para um CAPS AD III, tal transformação altera também a base de financiamento desta unidade que passa de R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta reais) para R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais), o que possivelmente pode ser uma das justificativas do aumento obtido a partir do mês de agosto de 2013.

No ano de 2014, a base de financiamento para a saúde mental se apresenta um pouco diferente do ano anterior, isto porque, conforme aponta o portal do Fundo Municipal da Saúde, o município passa a receber mais um recurso direcionado ao Teto Municipal da Rede Psicossocial (RSM-CRAC), acrescentando-se a esse, mantém-se o recurso direcionado ao Teto Municipal da Rede de Saúde Mental.

**FIGURA 5 – FINANCIAMENTO DO TETO MUNICIPAL DA REDE PSICOSSOCIAL (RSM) E DO TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE) NO ANO DE 2014**

TETO MUNICIPAL REDE PSICOSSOCIAL (RSM-CRAC)/2014		TETO MUNICIPAL DA REDE DE SAÚDE MENTAL (RMSE)/2014	
MÊS	VALOR	MÊS	VALOR
JAN	R\$ 65.220,00	JAN	R\$ 338.672,52
FEV	R\$ 130.440,00	FEV	R\$ 338.672,52
MAR	R\$ 65.220,00	MAR	R\$ 338.672,52
ABR	R\$ 65.220,00	ABR	R\$ 338.672,52
MAI	R\$ 65.220,00	MAI	R\$ 338.672,52
JUN	R\$ 65.220,00	JUN	R\$ 338.672,52
JUL	R\$ 65.220,00	JUL	R\$ 338.672,52
AGO	R\$ 65.220,00	AGO	R\$ 338.672,52
SET	R\$ 65.220,00	SET	R\$ 338.672,52
OUT	R\$ 65.220,00	OUT	R\$ 338.672,52
NOV	R\$ 65.220,00	NOV	R\$ 338.672,52
DEZ	R\$ 45.549,65	DEZ	R\$ 236.528,89
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 828.189,65</b>	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 3.961.926,61</b>

FONTE: (BRASIL, 2015b)

Conforme mostra a tabela acima o Teto Municipal da Rede de Saúde Mental (RSME) se mantém com os mesmo valores do ano anterior, tendo uma diminuição em dezembro que passa de R\$ 338.672,52 para R\$ 236.528,89. O recurso que é destinado à segunda rede denominada de *Rede de Psicossocial* se apresenta com valores inferiores ao que é destinado à Rede de Saúde Mental (RSME-CRAC).

No ano de 2014 a Rede Atenção Psicossocial se apresenta sem grandes alterações quando comparando ao ano de 2013, alguns serviços são alterados, como exemplificamos o caso do CAPSAD que foi reestruturado para funcionar por 24 horas enquanto CAPSAD III. Ainda assim, a ampliação da rede pública foi vagarosa não havendo grandes aberturas de dispositivos. Muito pelo contrário, registra-se uma superlotação e precarização desses serviços, que por sua vez

funciona com condições mínimas para o desenvolvimento dos trabalhos profissionais.

Vê-se com a explicitação dos dados financeiros repassados à saúde mental nos anos de 2013-2014, um baixo investimento para o funcionamento dos dispositivos que compõe a RAPS em Maceió, que se apresenta como uma alternativa a internação e ao tratamento desumano dos hospitais psiquiátricos. Nota-se que a RAPS se amplia a passos lentos no município, sobretudo, porque os interesses mercadológicos têm se infiltrado nesses espaços tensionando o caráter público da rede, por meio da interação com o setor privado, na compra de serviços de saúde via OS's, OSCIP's, que acabam por precarizar as ações e serviços públicos de saúde do município. Vale registrar que em janeiro de 2016 o governador Renan Filho cria em nível de Estado, a Lei estadual nº 7.777 que “dispõe sobre o programa estadual de Organizações Sociais”. (ALAGOAS, 2016a) Dando maior abertura para as organizações privadas gerirem os serviços públicos começando pelos serviços de saúde.

Ao delinear a Rede de Atenção Psicossocial no município de Maceió-AL no âmbito o SUS identificamos uma série de serviços privados de atenção à saúde mental – que por sua vez já se encontra bem articulados – e que acabam por receber recurso público para a internação de usuários de crack, álcool e outras drogas. De modo que o Estado de Alagoas passa a ser referência ao tratamento de drogas não pelos seus serviços públicos de saúde mental, mas pela rede privada que, como mencionamos, é financiada com o dinheiro público. Tal situação nos fez analisar mais de perto essa realidade que o município e o Estado têm apresentado.

Assim, explicitaremos no próximo item as contradições que a rede privada de saúde mental – e com ela a existência dos hospitais psiquiátricos – tem travado para a ampliação da rede pública, especialmente porque tem sido financiada com recursos públicos.

## **4.2 O Financiamento Público de Serviços Privados de Saúde Mental em Maceió: impasses e controvérsias para a consolidação da rede pública**

Neste item apresentaremos os resultados da pesquisa sobre o financiamento de serviços privados de saúde mental, quando buscou-se desvendar os impasses e controvérsias do fortalecimento desses serviços privados e filantrópicos, em detrimento dos serviços públicos de saúde/saúde mental, buscamos responder um de nosso questionamento inicial: *o que motiva a ampliação de serviços privados e filantrópicos em detrimento da ampliação e efetivação dos serviços públicos de saúde mental?*

Diante dos dados mostrados no item anterior acerca da rede pública de saúde e saúde mental, percebe-se que se tornou uma prática comum a diminuição dos investimentos nos serviços públicos de saúde mental, e, como veremos, em contrapartida, um incentivo de repasse de verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e do “terceiro setor” filantrópico, através de convênios que pagam internações para pessoas em sofrimento psíquico e, especialmente, para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas, por meio de convênios e internações em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e clínicas involuntárias.

### **4.2.1 A permanência de hospitais psiquiátricos públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Neste item buscaremos retratar como a situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros públicos e privados têm se configurado nos últimos anos, e como essa configuração tem se processado particularmente na realidade de Maceió-AL. Como sinalizado em momentos anteriores, os hospitais psiquiátricos têm convivido contraditoriamente com os serviços substitutivos de saúde mental e com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, não inclui tal instância como necessária para a atenção em saúde mental.

Sabe-se que mesmo com todos os avanços possibilitados pela Reforma Psiquiátrica, respaldados pela legislação, a qual prevê o atendimento aberto às

pessoas em sofrimento psíquico, os hospitais psiquiátricos seguem em todo Brasil, em sua maioria de natureza privada. A ideia de fim dessas instituições repercute em certo temor aos que não são adeptos as propostas da Reforma Psiquiátrica, como se vê na matéria “Colapso na Saúde Mental”:

Médicos temem a extinção dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, para eles, o fato seria um atraso no tratamento de doentes mentais durante eventuais crises. Diferentemente dos antigos asilos ou manicômios, os hospitais psiquiátricos defendidos pelos especialistas, oferecem atendimento digno àqueles pacientes que necessitam de tratamento especializado e local preparado especificamente para a internação de casos mais graves. Os que defendem a tese dizem que a reforma psiquiátrica implantada no país, em 2001, tende a acabar com estes estabelecimentos sem oferecer uma alternativa apropriada quando existe a necessidade de internação. A grande preocupação destes profissionais é com o destino dos pacientes, muitos deles dependentes de álcool e drogas como o crack. (SCHOOL, 2015, p.10)

Tal perspectiva ainda é presente em certos segmentos sociais entre profissionais da saúde mental e inclusive de alguns familiares que temem não ser assistidos por outros serviços de saúde mental com o possível fim dos hospitais psiquiátricos. Isto porque, a ainda fragmentação da RAPS traz impasses a ideia de fim dos hospitais psiquiátricos.

A redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, tem sido acompanhada por duas iniciativas governamentais: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, pautado no cumprimento da portaria GM/MS n.251/2002, que realiza avaliações dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS; e pelo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), estabelecido pela portaria GM/MS n.52/04, que promove a redução progressiva e pactuada de leitos hospitalares psiquiátricos. (BRASIL, 2011g)

Conforme avaliação de 2011 do Ministério da Saúde acerca da situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros, em que foram visitados 189 hospitais psiquiátricos, localizados em 24 estados, abrangendo 122 municípios, constata-se que dos 189 hospitais visitados, 75% são de natureza privada que prestam atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e 25% são de natureza pública. Vê-se mais uma vez a predominância do setor privado na saúde mental. A Região Sudeste concentra mais da metade dos hospitais psiquiátricos do país (104 unidades), o que corresponde a 55% do total. Verifica-se que destes

hospitais psiquiátricos da região sudeste, 80 deles (77%) são privados. (BRASIL, 2011g)

De acordo com os dados da pesquisa acima, o município de Maceió-AL apresenta quatro Hospitais Psiquiátricos, sendo que destes, três são de natureza privada e um de natureza pública. No âmbito privado, temos as três instituições: Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano; Casa de Saúde Miguel Couto; e, a Clínica de Repouso Dr. José Lopes de Mendonça. No âmbito público temos o Hospital Escola Portugal Ramalho. (BRASIL, 2011g)

A pesquisa de 2011 aponta que durante a visita aos hospitais psiquiátricos público e privados do Estado de Alagoas, estes, somavam um total de 765 leitos, destes leitos 787 estavam sendo ocupados por pacientes do SUS, isto é, muito mais que sua capacidade, totalizando um percentual de taxa de ocupação de 102,9%. Dos 787 pacientes internados, 700 estavam na instituição a menos de um ano, e 87 estavam há mais de um ano. (BRASIL, 2011g)

O Hospital Escola Portugal Ramalho é referência para o Estado de Alagoas e se apresenta como uma unidade complementar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), sendo o único hospital público psiquiátrico de Alagoas. Atualmente, tem unidade de internação com 160 leitos e conta com três serviços de tratamentos alternativos internos (PISAM<sup>81</sup>, CAPS<sup>82</sup> e CEAAD<sup>83</sup>) e dois externos (no bairro de Fernão Velho e Cidade de Rio Largo). O hospital é também campo de ensino, pesquisa, extensão, estágio e de programas de residência em psiquiatria.

Cabe aqui fazer algumas considerações acerca dos três serviços ofertados pelo HEPR (PISAM, CAPS Casa Verde e o CEAAD). Conforme o site institucional,

---

<sup>81</sup> É o atendimento ambulatorial que envolve as seguintes ações Consulta do Psiquiatra; Atendimento do Psicólogo; Terapia Individual; Terapia em Grupo; Atendimento do Enfermeiro; Atendimento da Assistente Social; Atendimento da Nutricionista; Atividade educativa; Atendimento do Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

<sup>82</sup> Dentro do próprio hospital, este CAPS direciona suas ações para pacientes com transtornos psicóticos ou correlatos que necessitem de assistência intermediária entre o ambulatório e a hospitalização, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional de atenção à saúde mental. Tem capacidade para atendimento de quarenta e cinco usuários, e o atendimento se dá de segunda à sexta-feira, das 07:00 às 18:00 horas.

<sup>83</sup> No CEAAD (Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Dependências), são atendidos os portadores de dependência química, em regime de hospital-dia, por um período médio de quarenta dias, com programação específica para o afastamento do consumo de álcool e outras drogas. Funciona nos dias úteis das 8h00 às 18h00 horas, com capacidade para trinta usuários, tem programação diversificada assistida por equipe multiprofissional que inclui médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, agrônomo e técnico de enfermagem, entre outros. Há reuniões do AA (Alcoólicos Anônimos) e de outros grupos de apoio.

após o movimento de Reforma Psiquiátrica, o hospital buscou reorganizar suas formas de atendimento incorporando serviços mais humanizados de atenção à saúde mental. De modo que são construídas ações que altere a antiga relação medicamentosa e asilar que caracteriza o hospital psiquiátrico. Saberes multiprofissionais passaram a integrar o serviço de modo a modernizar o aparato manicomial em favor de princípios mais humanizantes. Contudo, veremos que tais tentativas de modernizar hospital psiquiátrico são bastante limitados, uma vez que o isolamento se faz presente, e o indivíduo é amparado em suas diversas demandas associado ao seu transtorno.

Conforme o site da instituição<sup>84</sup>, o PISAM refere-se a um serviço ambulatorial que funciona dentro do hospital e que oferta atendimento médico e multiprofissional em diversas áreas além da psiquiátrica. Conforme veremos na descrição dos gastos financeiros da instituição, consultas ginecológicas, cardíaca, medicina do trabalho e outras, são oferecidas no hospital. Embora a ideia de trazer a equipe multiprofissional seja algo positivo, consideramos que o indivíduo em sofrimento psíquico, assim como qualquer outro ser humano possui demandas de saúde diversas que não necessariamente estão associadas ao seu transtorno mental. Deste modo, assim como qualquer outro indivíduo, as pessoas que possuem algum tipo de transtorno devem ser tratadas primeiramente num serviço de Atenção Básica de Saúde (que como vimos, compõe a RAPS), e não necessariamente no hospital psiquiátrico.

Temos também como um serviço ofertado pelo HEPR, o CAPS Casa Verde, um serviço que é desde sua origem contraditório, pois não cumpre aos padrões de um CAPS, uma vez que, a ideia de o indivíduo ser atendido em seu território não se enquadra nos formatos desse CAPS, já que este serviço está situado dentro do próprio hospital psiquiátrico. Como abordado em momentos anteriores os CAPS, tal qual está descrito na portaria nº 336/2002 devem ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Pensar este serviço funcionando dentro do hospital psiquiátrico é um contrassenso, embora reconheçamos o trabalho multiprofissional realizado neste serviço<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Disponível em: < <http://hepr.uncisal.edu.br/>>.

<sup>85</sup> Vale salientar que o CAPS Casa Verde não entra no mapeamento da RAPS em Maceió-AL, justamente por não está dentro dos padrões da portaria que institui os CAPS e por ser vinculado ao HEPR, sendo financiado pelo Estado de Alagoas.

Por fim, temos o Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Dependências (CEAAD) que oferta atendimentos referentes à dependência química por meio de internação de longa duração. Analisando este serviço, vemos que dentro da RAPS outros serviços podem atender esta demanda, como o CAPS AD, CAPS AD III, ou a internação de curta duração em hospitais gerais podem suprir esta demanda que tem sido apreendida pelo hospital psiquiátrico. Contudo, como já explicitado, a fragmentação da RAPS no município faz com que este serviço funcione aliado ao CAPS AD III de Maceió, de modo que o CAPS AD III devido à superlotação encaminha constantemente usuários ao hospital psiquiátrico para internação e desintoxicação.

Analisemos, pois os gastos do referido hospital psiquiátrico. Conforme o portal online da instituição, os recursos investidos no hospital são empregados e divididos da seguinte forma:

**FIGURA 6 – FINANCIAMENTO DO HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO**

<b>HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO – PACTUAÇÃO FINANCEIRA</b>			
<b>Procedimentos</b>	<b>Número de procedimento</b>	<b>Valor/mês</b>	<b>Total</b>
Atendimento médico especializado em urgência com obs. até 24 horas	660	R\$ 12,47	R\$ 8.230,20
Consulta Médica de Psiquiatria	3400	R\$ 10,00	R\$ 34.000,00
Consulta Médico do Trabalho	120	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00
Consulta Médica em Cardiologia	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00
Consulta Médica em Ginecologia	50	R\$ 10,00	R\$ 500,00
Consulta com os demais profissionais de nível superior	2800	R\$ 6,30	R\$ 17.640,00
Administração de medicamentos na atenção especializada	2200	R\$ 2,81	R\$ 6.182,00
Terapia de Grupo	300	R\$ 6,15	R\$ 1.845,00
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção especializada	900	R\$ 2,70	R\$ 2.430,00

FONTE: (ALAGOAS, 2016b)

Conforme aponta o portal online da instituição, tais serviços somam um total de R\$ 73.027,20 (setenta e três mil vinte e sete reais e vinte centavos) por

mês. Quanto à diária hospitalar tem-se um número de 4.960 diárias cada uma no valor de R\$ 39,00, somando numa despesa de R\$ 193.440,00 (cento e noventa e três mil quatrocentos e quarenta reais) por mês. Há ainda aquelas ações oferecidas pelo hospital que não representam custos, tais quais: Visita domiciliar; Coleta de material para exame laboratorial; Coleta de material citopatológico de colo uterino; Nebulização; Imunização; Glicemia capilar; Curativo; Retirada de pontos; Aferição da pressão arterial; Entrega de medicamentos.

Nota-se com a descrição acima dos hospitais psiquiátricos público e privados no Brasil e na realidade mais específica de Maceió-AL que ainda há um grande investimento na manutenção destes. Mesmo com a proposta de redução gradual de seus leitos, vemos que as internações nesses serviços se mantêm, tanto nos hospitais psiquiátricos público como os privados (que se apresentam em maior número), isto porque, como vimos, mesmo quando estes são de natureza privada, há internações com o financiamento do SUS.

É importante ressaltar que os leitos em hospitais psiquiátricos são utilizados também para atender as demandas das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, representando um contrassenso quando considerados que esta demanda deveria ser apreendida pelos serviços da RAPS. Além disso, no âmbito privado, veremos como essas demandas são captadas pelas comunidades terapêuticas numa perspectiva de isolamento.

#### 4.2.2 O financiamento público às instituições que atendem usuários de drogas em Alagoas

Faremos um breve resgate histórico, explicitando que as ações e serviços direcionados à atenção as pessoas que usam drogas no Brasil historicamente são datadas da década de 1920, tais ações eram apreendidas e desenvolvidas predominantemente pelos campos da justiça e da segurança pública e incorporavam o discurso ideológico do uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto. Conforme Machado e Miranda (2007): as primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e à saúde pública no país. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 803)

Deste modo, a perspectiva proibicionista predomina desde então, de forma que o combate às drogas representava uma guerra declarada. Assim, temos ações regulamentadas por leis e decretos que buscavam promover a abstinência de drogas ilícitas, buscando seu controle por meio da proibição e através da criminalização do uso e do comércio. É importante registrar que esta perspectiva era influenciada e reforçada por acordos em convenções e conferências de organismos internacionais em especial as deliberações da Organização das Nações Unidas (ONU).

Nota-se que a partir da década de 1970 o saber médico passa a integrar e influenciar tais ações especificamente pelo viés da psiquiatria. Nas palavras de Costa, Colugnati e Ronzani (2015):

O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico, e consequentemente de controle sobre o usuário de drogas, rotulando-o de doente (além de criminoso), isto é, como um agente passivo frente a sua doença. Esse aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, pois ele não tem capacidade própria de saber o que é melhor pra si. Temos então o discurso médico reforçando processos de patologização e também a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas. (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 44)

Assim, além das intervenções proibicionistas da justiça e da segurança pública, a questão das drogas passa a fazer parte do rol das intervenções médicas psiquiátricas principalmente no que se refere às internações de usuários via afastamento e isolamento social. Deste modo, os serviços de saúde mental da década de 1970 a 1980, que em sua maioria estão centralizados nos hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios são referências para conter a problemática. Conforme Machado e Miranda (2007), as penas de exclusão do convívio social dos usuários apreendidos por problemas decorrente do uso de drogas, passam a ser de responsabilidade primeira do hospital psiquiátrico de modo a promover o “tratamento” e a “recuperação” destes indivíduos. Conforme assevera Alves (2009) “o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a reabilitação criminal do viciado” (ALVES, 2009, p. 2314)

No âmbito legal a questão das drogas vai aparecer mais explicitamente com a Lei nº 6.368, de 1976 que dispunha de medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. (BRASIL, 1976) Esta é

considerada a primeira lei brasileira que aparece a questão do tratamento de dependentes de substâncias psicoativas e que incorpora a lógica repressiva expressa nos anos anteriores.

As comunidades terapêuticas para tratar dependentes químicos surgem nesse período como uma forma de dar uma resposta a sociedade civil à problemática das drogas, ofertando um tratamento também pelo viés da internação de longa duração e do afastamento desses indivíduos do meio familiar e social. De natureza não governamental, essas instituições vão se expandindo paulatinamente frente à demanda e aos interesses capitalistas em conter a questão das drogas.

Todavia, como já explicitado neste trabalho, o Movimento de Luta Antimanicomial e o processo de Reforma Psiquiátrica, buscaram irromper com a perspectiva hospitalocêntrica e o tratamento asilar característico dessas comunidades terapêuticas. Apreende-se que os princípios do Movimento de Luta Antimanicomial buscaram atender as demandas relativas ao uso drogas de modo a ultrapassar o isolamento social e a repressão, dialogando abertamente sobre o uso das drogas pelas estratégias de redução de danos, enfocando sobretudo o uso das drogas não mais centrado no ajustamento do indivíduo mas o colocando como consequência de um processo de exclusão social e das mazelas causadas pela ordem capitalista. Nesta direção, o tratamento ofertado nas comunidades terapêuticas é considerado um retrocesso que se assemelha ao tratamento asilar dos hospitais psiquiátricos.

É importante salientar que dentro da rede pública de atenção à saúde mental – em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica – os CAPS AD em suas diferentes modalidades (I e II) são responsáveis atender as demandas relacionadas à dependência química, contudo, como mostrado em momentos anteriores, a não priorização do investimento nesse serviço abre espaço para que instituições privadas assumam essa demanda.

No início dos anos 2000, vemos o governo brasileiro formulando políticas nacionais direcionadas à questão das drogas, as que mais marcaram foram: a criação em 2002, e sua reformulação em 2005, da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); o desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, em 2004, da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD); a promulgação da Lei n.º 11.343/2006, representando a nova legislação brasileira sobre drogas; Plano

Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD, 2009-2010); Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outra Drogas (PIEC, 2011-2014); Plano Crack é Possível Vencer.

É pelo viés dessas políticas e programas que o fundo público passa a ser destinado também às instituições de cunho privado e filantrópico como as *Comunidades Terapêuticas* e as *Clínicas Involuntárias*. Pois, com um cenário de desordem ocorre de forma disseminada a criação de instituições que se propõe a tratar dependentes químicos no âmbito do setor privado.

Soares (2003) analisando essa relação do privado que capta recurso público na saúde sinaliza:

[...] as experiências têm demonstrado que apesar de esses programas serem financiados com recursos públicos, o caráter público de suas ações não tem sido preservado, levando a uma espécie de privatização que pode ocorrer sob diversas formas, como por exemplo, no caráter muitas vezes discricionário nas escolhas dos beneficiários. O critério de acesso nem sempre são publicamente definidos nem muito menos socialmente controlados. A forma de utilização dos recursos públicos tampouco é transparente. (SOARES, 2003, p. 60)

Nota-se com isso as contradições que há em se relacionar o público e o privado, de modo que a lógica do privado vai de encontro aos avanços democráticos no âmbito dos serviços público de saúde conquistados anteriormente. A universalização da saúde dentro desse contexto é colocada em xeque quando há certos critérios para o acesso nas instituições privadas.

Buscamos analisar o financiamento das instituições privadas a nível nacional no período de 2013-2014 e a nível local nos anos recentes, retratando o quanto de investimento tem sido destinado a esses serviços. Para isto, recorreremos a portais online, tais como: o Portal da Transparência, e a nível local, recorreremos a informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde que retratam o repasse de financiamento público para as instituições privadas no município de Maceió-AL. Entrevista a funcionários da Secretaria complementaram as informações acerca desses recursos<sup>86</sup>.

---

<sup>86</sup> Nesta etapa da pesquisa coletamos dados de financiamentos em Portais da Transparência que tornam público os recursos investidos no Fundo Nacionais Antidrogas nos anos de 2013-2014. Houve nesse momento a colaboração dos estudantes de graduação de Iniciação Científica do grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Sociedade da Faculdade de Serviço Social (UFAL).

A nível nacional, o *Fundo Nacional Antidrogas*, sob responsabilidade do Ministério da Justiça e da Cidadania e gerido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)<sup>87</sup>, reúne recursos constituídos de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União, de doações, de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo. É então por meio do Fundo Nacional Antidrogas que os recursos públicos chegam as instituições do terceiro setor.

Conforme aponta o Portal da Transparência no ano de 2013 foi destinado um total de R\$ 5.111.009,32 (cinco milhões cento e onze mil nove reais e trinta e dois centavos) ao Fundo Nacional antidrogas. De acordo com o detalhamento deste recurso percebe-se que este dinheiro esteve distribuído da seguinte maneira:

**FIGURA 7 – FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS NO ANO DE 2013**

<b>FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS – 2013</b>	
<b>ELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>VALOR/ANO</b>
Equipamentos e material permanente	R\$ 196.200,00
Despesas de exercícios anteriores	R\$ 8.913,09
Indenização e Restituição	R\$ 16.086,26
Material de consumo	R\$ 6.226,00
Obrigações tributárias e contributivas	R\$ 1.782,61
<b>Outros serviços de terceiros – Pessoas Jurídicas</b>	<b>R\$ 4.731.063,60</b>
Passagens e Despesas com locomoção	R\$ 24.738,66
Premiações culturais, artísticas, científicas, desportivas e outras	R\$ 126.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 5.111.009,32</b>

FONTE: (BRASIL, 2015b)

<sup>87</sup> A **Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas**, que foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de Janeiro de 2011. Assim como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD. (BRASIL, 2015) (Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy\\_of\\_Politicas-sobre-Drogas](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas-sobre-Drogas)>)

Segundo aponta o detalhamento do recurso acima explicitado, a maior parte deste recurso está concentrada para “outros serviços de terceiros – pessoas jurídicas” sendo destinado R\$ 4.731.063,60 (quatro mil setecentos e trinta e um mil sessenta e três reais e sessenta centavos) ao ano. É dentro deste elemento de despesa que vemos a grande massa das comunidades terapêuticas que conforme aponta o portal da transparência no ano de 2013 somavam-se em 105 comunidades terapêuticas a nível nacional para tratar dependentes químicos.

A nível local, na realidade de Alagoas, temos as chamadas “Comunidades Acolhedoras” para tratar dependentes químicos que estão geridas pela Secretaria de Estado de Prevenção à Violência (SEPREV) e funcionam dentro da “Rede Acolhe”<sup>88</sup>. Essa secretaria foi criada em 2009, quando ainda era denominada de Secretaria Estadual de Prevenção à Paz (SEPAZ)<sup>89</sup>. Conforme apontam dados da pesquisa de Reis e Silva (2016), no ano de 2012 somavam-se 35 comunidades acolhedora para tratar dependentes químicos. No ano seguinte, as autoras vão sinalizar que Alagoas “[...] se torna referência para o Brasil no acolhimento a dependentes com 1.200 internos em *quarenta* comunidades acolhedoras.” (REIS; SILVA, 2016, p. 49 grifos nossos) Ainda conforme Reis e Silva (2016) “as comunidades acolhedoras em Alagoas recebem aproximadamente R\$ 1.000 (mil reais) por cada usuário atendido, recursos estaduais e federais da SENAD, por mês.” (REIS; SILVA, 2016, p. 50)

Registra-se que a partir de 2013, houve o co-financiamento do Governo Federal por meio do edital público nº 001/2013 - SENAD/MJ. Para se enquadrar as normas dos editais de credenciamento às *comunidades acolhedoras* são obrigadas a possuir o registro no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED). (ALAGOAS, 2015).

---

<sup>88</sup> A Rede Acolhe tem por objetivo atender as demandas de famílias e usuários alagoanos que sofrem com a dependência química, oferecendo acolhimento gratuito e voluntário, acolhe homens, mulheres e crianças a partir dos 12 anos de idade. (ALAGOAS, 2015).

<sup>89</sup> Criada na gestão governamental de Teotônio Vilela Filho, por meio da Lei Estadual nº. 7.074/2009 de 17 de julho, com uma proposta de promover a cultura da paz ao patamar de políticas públicas. (ALAGOAS, 2009) A antiga Secretaria Especial de Promoção da Paz surge com o intuito de articular junto às demais estruturas de Governo, movimentos da sociedade civil organizada, dentre outros setores políticas de desenvolvimento de cultura de paz, na diminuição dos indicadores de violência crescentes no Estado. A secretaria possui parceria com OSCIPS, conforme o portal online da instituição “esta iniciativa busca melhorar os produtos e serviços oferecidos à sociedade, dotando de eficiência a gestão dos recursos públicos. Colaborando com o objetivo de aproximar cada vez mais Governo e Sociedade, as parcerias firmadas proporcionam a institucionalização da ação governamental articulada com entidades do Terceiro Setor”. (ALAGOAS, 2009) Disponível em: < <http://www.seprev.al.gov.br/parcerias-com-oscips-1> > Acessado em: 08/08/2016 as 13:10.

De acordo com Reis e Silva (2016):

As entidades filantrópicas que fazem atendimento aos usuários de drogas, em sua maioria ligadas a igreja católica ou a igrejas evangélicas, passaram a ser credenciadas pela secretaria e recebem recursos públicos para sua manutenção. O repasse se iniciou em 2010, exclusivamente com recursos estaduais do Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza (FECOEP), criado pelo governo do Estado em 2005 para minimizar os índices de miséria e violência no Estado, sendo destinados cerca de R\$ 9,5 milhões. (REIS; SILVA, 2016, p. 50)

Os dados acima retratam e reforçam como essas instituições privadas têm crescido e se fortalecido no Estado, pois com cerca de quarenta instituições que recebem recurso público pra internação a rede privada se consolida com um discurso moralizador. Em contraproposta, no âmbito do SUS, têm-se apenas três CAPSAD em nível de Estado. Vê-se explicitamente a partir dos dados da realidade como a “complementaridade invertida no SUS” está expressa também nos serviços de saúde mental, uma vez que o número de serviços privados é muito maior comparado aos serviços públicos; confirmando a proposição que Correia (2015) já fizera “que tal complementariedade se encontra invertida”.

Em nível nacional no ano de 2014, o número de comunidades terapêuticas e o valor de incentivo destinado a essas instituições irão mais que triplicar, conforme aponta os dados do portal:

**FIGURA 8 – FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS NO ANO DE 2014**

<b>FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS – 2014</b>	
<b>ELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>VALOR/ANO</b>
Despesas de exercícios anteriores	R\$ 16,00
Indenização e restituições	R\$ 6.163,54
Material de consumo	R\$ 19.804,16
<b>Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica*</b>	<b>R\$ 57.191.318,27</b>
Passagens e despesas com locomoção	R\$ 129.229,33
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 57.346.531,30</b>

FONTE: (BRASIL, 2015c)

Percebe-se que no ano de 2014 o Fundo Nacional Antidrogas reúne um valor total ao ano de R\$ 57.346.531,30 (cinquenta e sete milhões trezentos e quarenta e seis mil quinhentos e trinta e um reais e trinta centavos), sendo que deste, R\$ 57.191.318,27 (cinquenta e sete milhões cento e noventa e um mil trezentos e dezoito reais e vinte sete centavos) é direcionado a “Outros serviços de terceiros – Pessoa Jurídica”. Comparado ao ano de 2013, teve-se um aumento de R\$52.460.254,67 (cinquenta e dois milhões quatrocentos e sessenta mil duzentos e cinquenta e quatro reais e sessenta e sete centavos) no ano de 2014. Havendo um enorme aumento deste recurso em comparação ao ano anterior.

Dentro da descrição deste elemento de despesa no ano de 2014, estão descritas um total de 345 Comunidades Terapêuticas que receberam este recurso público. (BRASIL, 2015c) Um aumento considerável de 240 comunidades terapêuticas quando comparado ao ano de 2013.

Vários fatores contribuíram para o aumento do investimento público em Comunidades Terapêuticas que no ano de 2014 tem seu número mais que triplicado. Como sinalizado anteriormente, o problema que envolve a questão das drogas ganhou grande repercussão, de modo a criar certo temor na população, e grande interesse do setor privado em conter tal problema, pois, este campo tornou-se, sobretudo, lucrativo. O Estado aparece nesse contexto de modo a financiar políticas e programas sociais na área, mas não pelo âmbito dos serviços público, pois como vimos anteriormente à ampliação da rede pública e estatal caminha a passos vagarosos.

Vale salientar que embora prevista na portaria que regulamenta a RAPS as Comunidades Terapêuticas se apresentam com um plano pedagógico muito distinto dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento de Luta antimanicomial – e não apenas distintos, mas contrário – isto porque, segrega o indivíduo, isola, e o “trata” aos moldes arcaicos, e na maioria dos casos com o discurso religioso.

Em nível local, a realidade de Alagoas aponta para uma série de instituições que não se enquadram nos padrões das “Comunidades Terapêuticas” não estando vinculadas à rede de saúde, por isso são intituladas de “Comunidades Acolhedoras”, estando vinculada à Secretaria de Estado de Prevenção à Violência (SEPREV). É por meio desta secretaria que usuários que necessitam dos serviços

de atenção psicossocial são encaminhados as comunidades acolhedoras, por meio de internações de longa permanência.

Tais comunidades estão localizadas nos interiores do Estado e em sua maioria são coordenadas por um líder religioso, com certa ausência de uma equipe multiprofissional.

Seguindo a mesma lógica das comunidades terapêutica e das comunidades acolhedoras (tomando a particularidade do Estado de Alagoas como referência), mas num outro formato, o município de Maceió-AL também se apresenta com denominadas “Clínicas Involuntárias” para tratar dependentes químicos. Essas clínicas também integram o terceiro setor filantrópico e recebem investimento público para internação de usuários, cada internação custa em média de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês e a internação pode durar até três meses.

Em 2013 somavam-se um total de oito clínicas involuntárias para tratar dependentes químicos, são elas: Anjos da Vida; Árvore da Vida; CRER; Divina Misericórdia; Green Mulher; Recomeço; Ressurgir; e, Restauração. Neste ano, a Secretaria Municipal de Saúde repassou um total de R\$ 3.448.300,30 (três milhões, quatrocentos e quarenta e oito mil, trezentos reais e trinta centavos) pra a internação de usuário.

Em 2014, embora o número de Clínicas tenha permanecido igual ao ano 2013, percebe-se que o repasse financeiro mais que dobrou comparado ao ano anterior, sendo investido um total de R\$ 7.163.879,95 (sete milhões cento e sessenta e três mil oitocentos e setenta e nove reais e noventa e cinco centavos). Deste modo, tem-se um aumento no número de internações nessas clínicas involuntárias por meio do repasse de dinheiro público.

Profissionais que trabalham nesse processo de encaminhamento de usuários às Clínicas Involuntárias na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió-AL afirmam que há uma alta rotatividade de usuários nessas instituições, com muitas reinternações. Familiares frequentemente retratam violações de direitos e privação de liberdade, bem como exigência de alguns materiais de insumos pessoais que já teriam sido pagos pela secretaria.

Nota-se que os usuários que deveriam estar sendo atendidos pelos serviços da RAPS, acabam por ser absorvidos por essas instituições privadas, de modo que o discurso mais utilizado no processo de internação de pacientes na rede privada é

a superlotação nos serviços públicos. O alto investimento desnecessário no setor privado acarreta no baixo investimento nos serviços público da RAPS.

Analisando os gastos com os serviços públicos e com os serviços privados podemos fazer as seguintes ponderações: os gastos totais dos cinco CAPS de Maceió ao ano somam-se R\$ 2.836.665,00 (tomando como parâmetro a portaria nº 3.089 de 2011 que institui a base de financiamento dos CAPS) comparando esse valor aos R\$ 7.163.879,95 no ano de 2014 empregados nas Clínicas involuntárias do setor privado, temos uma defasagem de 4.327.208,95 (quatro milhões trezentos e vinte e sete mil duzentos e oito reais e noventa e cinco centavos). Esse dado aponta que o não interesse em investir nos serviços públicos tem sido um dos maiores problemas enfrentado pela RAPS, visto que o valor empregado nos serviços privados daria pra ampliar consideravelmente o número de serviços substitutivos de saúde mental no âmbito do SUS.

Ressaltamos que tais serviços vão de encontro ao que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ao que está descrito na política de saúde mental, uma vez que violam uma série de direitos, pois consistem em políticas de viés fortemente segregador, de caráter repressivo e higienista, contrárias ao que historicamente foi lutado e conquistado.

Diante dos dados acima levantados e dos argumentos explicitados, não há dúvidas que o Estado tem se voltado aos interesses da ordem capitalistas financiando internações particulares para usuários em clínicas e comunidades, em detrimento da não viabilização dos serviços de saúde mental pelo viés público.

Na análise inicial deste trabalho retratamos que o Estado não é o Estado das classes sociais, e sim o da classe economicamente dominante. Deste modo, embora os ganhos legais posto na Constituição de 1988, e nas políticas de saúde e saúde mental sejam de interesse da classe trabalhadora as conduções destes ganhos se consolidaram mediante os interesses da classe dominante, de modo que as políticas vão se enquadrar ao contexto econômico e social do país. De modo que quando o Estado concede os direitos e políticas sociais à classe trabalhadora, faz de modo à manutenção do sistema capitalista. Eis então a necessidade do capital em investir nos serviços privados em detrimento dos serviços públicos.

Deste modo, a reforma tal como foi conduzida pela ordem capitalista transfigurou-se em melhorias tímidas, parcial e fragmentada, fazendo com que os

mais atingidos por essa não viabilização dos direitos e o direcionamento das políticas pelo viés mercadológico, seja a classe trabalhadora.

Vimos que para isso o Estado tem se aproveitado de várias estratégias, seja pelos novos modelos de gestão que acabam gerindo unidades de saúde e de saúde mental, ou pelo terceiro setor que acabam se beneficiando do financiamento público por meio de internações de usuários. Como vimos, tais meios já somando um valor muito maior comparado ao que é repassado ao setor público, comprovando que os serviços via privatizações tornam-se muito mais custosos comparado ao que é investido no âmbito dos serviços públicos.

Assim, o estudo aqui explicitado comprova nossa suspeita inicial que os serviços privados de saúde mental têm sido priorizados em detrimento dos baixos investimentos dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial especialmente em Maceió-AL.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas pudemos identificar que a relação entre público e privado nas políticas de saúde e saúde mental é intensificada nas relações sociais capitalistas contemporâneas num contexto de crise estrutural do capital que advém desde a década de 1970, em que o neoliberalismo passou a ditar as políticas sociais na perspectiva do mercado. Vimos como o Estado se conforma nos períodos de crise capitalistas de modo a melhor atender aos interesses da classe economicamente dominante, direcionando as políticas sociais para uma lógica mercadológica.

Apreende-se que é sob essa lógica que as políticas de saúde e saúde mental na realidade brasileira vão ser capadas de modo a melhor se enquadrar a ordem capitalista. De modo que, se na década de 1980 tivemos um fortalecimento dos movimentos sociais na saúde e na saúde mental e um processo de *reformas* nessas áreas, a década que se sucede aponta para uma expressiva *contrarreforma*, pautado no ajuste neoliberal e pelas novas relações entre público e privado captando o fundo público, inviabilizando os ganhos preconizados em 1980.

Vimos ainda como os interesses mercadológicos são anteriores a esse processo, pois estiveram presentes no âmbito da saúde e da saúde mental, expressivamente no período ditatorial pós-1964. Percebemos claramente como as conquistas garantidas na Constituição de 1988 vão ser dificultadas pelo projeto neoliberal em curso, sucateando os serviços públicos de saúde e saúde mental e destinando recurso público ao setor privado.

Contraditoriamente, é na década de 1990 que se avança com as principais propostas de atenção em saúde mental alternativa à internação manicomial, e que serão fortalecidas a partir das garantias decorrentes da Lei n.º 10.216 de 2001. Vimos, portanto, o quanto o processo de afirmação da política pública de saúde e de saúde mental são atingidas pela minimização da atuação estatal, o que vai fortalecer o uso dos recursos públicos para instituições privadas, ainda que estas se autodenominem “não lucrativas”.

Outro fator que se agrega nesse contexto de precarização dos serviços de saúde mental, são as formas precárias de contratação dos profissionais, havendo casos em que o número de profissionais contratados sem concurso público supera o número de efetivos na instituição, de modo que se registra uma alta rotatividade

de profissionais, que acabam por não apreender as questões que envolvem os princípios da Luta Antimanicomial. Tal fator implica, pois numa heterogeneidade nas concepções de saúde mental dentro dos próprios serviços, dividindo os profissionais que se aliam aos princípios da reforma, ou aqueles que desconhecem e pela ignorância reproduz uma ação contrária aos princípios, ou ainda, aqueles profissionais que conhecem a reforma e mesmo assim acreditam que o modelo asilar ainda é o melhor tratamento. Aos profissionais que se aliam a essa última posição, muitas vezes utilizam a precarização da rede como um dos motivos para justificar que ela não seria funcional às demandas da saúde mental.

As dificuldades pelo qual a RAPS enfrenta consiste na falta de interesse por parte dos governantes em investir no que é público, de modo que se destina financeiramente o mínimo possível para a rede pública, inviabilizando seu funcionamento. Em Alagoas, vemos essa relação do setor privado bem organizado, pois, como retratado, tais instituições estão capitaneadas pela Secretaria de Estado de Prevenção à Violência (SEPREV) consolidando uma rede privada de instituições que atendem demandas relacionadas à dependência química com recurso público. Os dados da realidade apontam que os investimentos nessas instituições privadas têm sido superiores quando comparado ao que é investido na rede pública de atenção psicossocial.

Na realidade mais específica de Maceió, constatou-se que a Rede de Atenção Psicossocial encontra dificuldades para sua plena implantação e ampliação, uma vez que os serviços de saúde e saúde mental são limitados diante da demanda; não se configurando em uma rede articulada. Em contrapartida as chamadas *Comunidades Acolhedoras* e as *Clínicas Involuntárias* têm crescido com incentivo financeiro público, em detrimento dos investimentos na rede pública de saúde mental, como pudemos demonstrar nessa dissertação, que o investimento no setor privado tem sido superior quando comparados aos serviços públicos.

Ressaltamos a relevância da temática aqui levantada, partindo de um ponto de vista da totalidade que se inscreve as formas mais recentes de atenção em saúde mental, uma vez que as alterações da realidade refletem cotidianamente na vida da classe trabalhadora usuárias dos serviços públicos de saúde e de saúde mental. Deste modo, tal relação precisa ser recorrentemente exposta e analisada como forma de não permitir que a imediatividade dos fatos predomine sobre a possibilidade de construir novas mediações da realidade.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Lei nº 7.074, de 17 de julho de 2009. **Cria a secretaria Especial de promoção a paz –Sepaz e altera a lei delegada nº 43 ,de 28 de junho de 2007.** 2009.

ALAGOAS. **Secretaria de Estado de Promoção da Paz.** 2015. disponível em: < <http://www.paz.al.gov.br/>> 2015.

ALAGOAS. Lei nº 7.777, de 22 de janeiro de 2016, que **dispõe sobre o programa estadual de Organizações Sociais.** Diário Oficial, 2016a.

ALAGOAS. **Hospital Escola Portugal Ramalho.** Disponível em: <http://hepr.uncisal.edu.br/>. 2016b.

ALAGOAS. **Secretaria de Prevenção à Violência.** Disponível em: < <http://www.seprev.al.gov.br/parcerias-com-oscips-1>> Acessado em: 08/08/2016 as 13:10. 2016c.

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo.** São Paulo: Boitempo, 2005.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuário de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Caderno de Saúde Pública, v. 25, n.11, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil.** In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

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

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

\_\_\_\_\_. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade no mundo do trabalho.** 15 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARAN, Paul A.; SWEEZY, Paul M. **Capitalismo Monopolista: Ensaio sobre a Ordem Econômica e Social Americana.** Rio de Janeiro: Zahar, 3ª ed., 1978.

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social.**142. Dissertação – UFAL, AL, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed.. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O financiamento da seguridade no Brasil no período 1999 a 2004: Quem paga a Conta?** *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: asa Civil, 1976.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: 1995.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que institui os CAPS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. *Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2003a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31.07.2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 246/GM Em 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2005a.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 396, de 07 de julho de 2005, que institui os Centros de Acolhimento para as pessoas com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2005b.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007. *Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, que *Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011d.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece no tipo de financiamento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011e.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011f.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011*. Brasília- DF: 2011g.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.026 de agosto de 2011, que regulamenta o SAMU e aprova as diretrizes e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011h.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.ºs 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.ºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012a.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº. 978, DE 16 DE MAIO DE 2012. *Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que institui A Atenção Hospitalar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012d.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, que institui a Reabilitação Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012e.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012f.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012g.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que institui as Comunidades Terapêuticas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012h.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1966, de 10 de dezembro de 2013, que altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 1.238, DE 6 DE JUNHO DE 2014. *Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2014a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.840 de 2014, que cria os Programas de Desinstitucionalização e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2014b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014 *Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2014c.

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>> Acesso em: 17/04/2015 às 10:50.2015a.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalComprasDiretasOEUnidadeGestora.asp?Ano=2013&CodigoOS=30000&CodigoOrgao=30912>> Acessado em: 11/10/2015 às 15:11. 2015b.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalComprasDiretasOEUnidadeGestora.asp?Ano=2014&CodigoOS=30000&CodigoOrgao=30912>> Acessado em: 11/10/2015 às 14:00. 2015c.

BRAVERMAN. Harry. *Trabalho e Capital Monopolista: A degradação do trabalho no século XX.* Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro, LTC, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

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

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: Interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Da Crise do Welfare State ao Estado Máximo para o Capital. In: **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros institucionais**. Recife: UFPE, 2005. [Tese de doutorado].

\_\_\_\_\_. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: Interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. **As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos**. In: *Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015.

Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy\\_of Politicas-sobre-Drogas](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of Politicas-sobre-Drogas)>. Acessado em: 10/04/2016.

DRUCK, Maria da Graça. **Terceirização (des) Fordizando a Fábrica: um estudo no complexo petroquímico**. Salvador-BA: EDUFBA, 1999.

DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Orgs). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 3 ed. São Paulo: expressão popular, 2012.

\_\_\_\_\_. **Do Socialismo utópico ao Socialismo Científico**. Lisboa: Edições Avante, 1975.

\_\_\_\_\_. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Trad. Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Portugal, Editorial Presença; Brasil, Martins Fontes, s.d. (Coleção Síntese).

FACCHINI, L. A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves, MELO, Givânia Bezerra de; **Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2016.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre a origem da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1998.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva (SciELO)*. 2008.

LASKI, Harold. **O liberalismo europeu**. São Paulo: Mestre Jou, 1973.

LIMA, Jacob Carlos. **O trabalho em cooperativas: dilemas e perspectivas**. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Orgs). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova cultural, 1982.

\_\_\_\_\_. **A crise do capital**. São Paulo: Ensaio/Unicamp, 1990.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, t.II. v.I. 1985.

\_\_\_\_\_. **O Capital**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MARX, Karl; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1996.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n.3. Rio de Janeiro, 2007, p.801-821.

MELLO, Alex Fiuza de. **Marx e a Globalização**. São Paulo: Boitempo, 1999.

MENDES, Eugênio Vilança. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: All Type assessoria editorial LTDA, 2011.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição**. Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. 1ª ed. São Paulo: BOITEMPO, 2011.

MEX, Kalil (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimentos Sociais**. 3. ed.. São Paulo: Cortez, 2011. (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social).

MOTA, Daniela Belchior; RONZANI, Telmo Mota; TÓFOLI, Luís Fernando; RUSH, Brian Robert. **Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e**

**outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil.** *In:* Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** *In:* Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

MOURA, Heline Caroline Eloi. **A Inserção do Serviço Social na Rede de Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental em Maceió.** TCC – UFAL, AL, 2014.

NAVARRO, Vicente. **ESTADO, REFORMAS E DESENVOLVIMENTO: Produção e estado de bem-estar. O contexto político das reformas.** Lua Nova: Revista de Cultura e Política. S/d.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social)

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA FLEURY, Sônia M. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **Superando o manicômio?: desafios na construção da reforma psiquiátrica.** Cuiabá: EdUFMT, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. **Mészáros e a incontrollabilidade do capital.** 2 ed. rev. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

\_\_\_\_\_. **Derrota do Reformismo e Abandono da Crítica da Economia Política.** Revista Novos Rumos, nº 51, 2014.

PIMENTEL, Edlene. **Uma “Nova questão social”? Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje.** 2 ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

\_\_\_\_\_. **As bases ontológicas da questão social.** Boletim do Tempo Presente - ISSN 1981-3384. s/d.

PISÓN, J. M. de. **Políticas de bienestar: um estudio sobre los derechos sociales.** Madrid:Tecnos, 1998.

REIS, Maia Carolina Lins da; SILVA, Carla Suyanne dos; **A questão das drogas na sociedade capitalista e sua interface com as políticas públicas no Brasil e em Alagoas.** TCC – UFAL, AL, 2016.

RONZANI, Telmo Mota; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; LAPORT, Tamires Jordão (Orgs.). **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

SCHOOL, Rosa. **Hospitais Psiquiátricos Lutam pela Sobrevivência**. Revista da Federação Brasileira de Hospitais: Visão Hospitalar. Ano 4. Trimestral. Edição 11. Abril 2015.

SOARES, L. T. R. O neoliberalismo e as suas consequências. *In: O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 19-39.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilásio; BOSCHETTI, Ivanetti. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 1999 a 2004: Quem paga a Conta? *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Processo, internamentos e usuários em clínicas**. EXCEL, 2014.

SILVA, M. A. P.; MENEZES, R. C. E.; OLIVEIRA, M. A. A.; SILVA G. L.; ASAKURA, L.. **Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição**. Saúde Debate - Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 720-732, OUT-DEZ 2014.

SOUZA, Reivan Marinho de. **Controle capitalista e reestruturação produtiva: o programa brasileiro de qualidade e produtividade**. Maceió: EDUFAL, 2011.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: Perspectiva humanistas e existenciais**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2007.

TEIXEIRA, Francisco J. S.; ALVES, Giovanni; NETO, José Meneleu; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações no mundo do trabalho**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.

TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 Ed.. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, MS, 2009.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. *In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria*. Teixeira, S. F. (org.) São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed.. São Paulo: Cortez editora, 2010.

VENÂNCIO, Joaquim. **Textos de apoio: Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.