

CRISE CAPITALISTA E POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira

Elizangela Samara da Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Viviane Guedes Gonçalves de Moura

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Assa Abloy Nordeste/Metalúrgica Silvana

CRISE CAPITALISTA E POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira

Resumo: O presente artigo objetiva demonstrar as características mais significativas da crise, tanto a cíclica como a estrutural, para o Sistema Capitalista, buscando enfatizar quais as principais implicações da mesma para a saúde pública e, conseqüentemente, para a política de Saúde Mental no contexto brasileiro. Para tal, se embasa no fato de que a conjuntura de crise estrutural, datada da década de 1970, tem gerado significativas mudanças nesta sociabilidade. A saúde pública no Brasil tem sofrido os rebatimentos do ajuste neoliberal, em que há uma tendência de desmonte das políticas sociais, o que incide diretamente na área da saúde mental. Esta última, neste sentido, pode assumir um perfil fragmentado, seletivo e focalizado, além da precarização das relações de trabalho.

Palavras-chave: Crise capitalista, políticas sociais, saúde pública, política de saúde mental.

CAPITALIST CRISIS AND PUBLIC HEALTH POLICY: current trends in Brazilian mental health

Abstract: This article aims demonstrating the most significant features of the crisis, whether cyclical or structural, for the capitalist system, seeking to emphasize, which are its main implications for public health and consequently for Mental Health Policy in the Brazilian context. To do so, we were based on the fact that the context of structural crisis, dating from the 1970s, has generated significant changes in this sociability. Public health in Brazil has suffered the repercussions of the neoliberal adjustment, where there is a tendency to dismantle social policies, what directly affects the mental health area. The latter, in this sense, can take a fragmented, selective and focused profile in addition to the precarious labor relations.

Key words: Capitalist crisis, social policies, public health, mental health policy.

Recebido em: 25.02.2015 Aprovado em: 12.04.2015.

1 INTRODUÇÃO

A década de 1960 marcou o esgotamento da fase expansiva de maior acumulação capitalista na história desse sistema, os chamados *anos de ouro*. Tratou-se do período de vigência do padrão de pleno emprego keynesiano-fordista e, no campo das políticas sociais, houve a prevalência do modelo da socialdemocracia, em que há, de modo mais intensivo, a intervenção do Estado no desenvolvimento econômico-social. No entanto, esse padrão, tendo em vista a lógica capitalista de desenvolvimento desigual e combinado¹, passa a vigorar nos países capitalistas centrais, estabelecendo um cenário de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), ao passo que, nos países periféricos, o que se vivenciava era um verdadeiro *Mal-Estar Social*. A derrocada deste padrão intervencionista se deu já no início da década subsequente, com a instauração de uma crise sem precedentes para o capital (MÉSZÁROS, 2011).

Nessa perspectiva, a crise estrutural do sistema capitalista, datada da década de 1970, tem trazido repercussões para o âmbito socioeconômico, político e cultural, desde a época de sua eclosão até a atualidade e, conforme Mézáros (2011, p. 810) “[...] o mais provável é [...] continuarmos afundando cada vez mais na crise estrutural, mesmo que ocorram alguns sucessos conjunturais.” para o capital.

Boschetti (2010, p. 65) destaca que tal conjuntura

[...] tem um efeito amargo para as políticas sociais e não imuniza o Brasil, considerando que se trata de uma crise estrutural do capitalismo [...].

Emergem daí transformações societárias substantivas, especialmente no âmbito do Estado, no tocante ao desenvolvimento das políticas sociais, apresentando significativos retrocessos em áreas como, por exemplo, a política de saúde pública e, dentro desta, a saúde mental.

Behring e Boschetti (2009) asseveram que o papel do Estado foi reconfigurado mediante

uma reação burguesa à referida crise, considerando o imperativo constante do capital de permanecer em processo de expansão e acumulação. O afastamento e desresponsabilização do Estado para com o social implicam impactos significativos para o desenvolvimento das políticas sociais no geral e da saúde mental em particular.

Assim, é preciso sistematizar reflexões acerca do processo de desenvolvimento da política de saúde mental brasileira, haja vista que, conforme a conjuntura atual, identifica-se um quadro em que os avanços alcançados durante o período inicial de Reforma Psiquiátrica têm sido colocados em xeque mediante o contexto neoliberal, pois se apresentam mais desafios do que propriamente avanços relacionados à materialização da referida política.

Cumprido salientar que a síntese aqui apresentada é fruto do acúmulo alcançado após a integralização dos créditos da disciplina obrigatória *Estado, Direitos Sociais e Política Social*, realizada junto ao Mestrado em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba. Quanto à escolha do tema, esta se deu em função da constatação da existência de poucas elaborações de cariz crítico relacionadas à política de saúde mental nacional. Intencionamos, especialmente, reforçar o debate que, enquanto uma problemática de ordem social, carece de olhares atentos, para que se requisite do Estado ações que se distanciem da perspectiva individualizante ou de culpabilização dos usuários deste serviço.

O presente artigo objetiva, portanto, analisar a crise capitalista, com destaque para o atual cenário de crise estrutural. Pretendemos evidenciar quais os impactos das estratégias de enfrentamento do capital ao conflito em questão, cujas implicações da redução do Estado repercutem de modo drástico na saúde pública e, conseqüentemente, na política de saúde mental brasileira. Contudo, não se pretende aqui esgotar a temática, mas trazer algumas ponderações no sentido de compreender a realidade atual a partir dos seus elementos determinantes histórico-sociais.

2 A CRISE NO SISTEMA CAPITALISTA: aspectos relevantes para o debate

As crises são constitutivas ao modelo de organização econômica do sistema capitalista. Esta assertiva, descrita em Netto e Braz (2007, p. 157), remete-nos a uma evidência posta no movimento do real concreto na construção sócio-histórica do desenvolvimento do capitalismo desde sua emergência. Os referidos autores são enfáticos ao afirmarem que “[...] não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise.”

O caráter causal das crises no sistema capitalista é inegavelmente diferenciado daqueles identificados nas sociedades pré-capitalistas. Na primeira, a crise decorre, sobretudo, em função da *superprodução* de valores-de-uso, que não são devidamente consumidos; ou seja, “[...] a oferta de mercadorias torna-se excessiva em relação à procura (demanda).” (NETO; BRAZ, 2007, p. 158). Por sua vez, nas demais, as crises estavam essencialmente vinculadas à *subprodução* dos valores-de-uso, geradas pelo baixo desenvolvimento das forças produtivas, bem como dos entraves identificados no âmbito das relações de produção, os quais eram responsáveis pela produção insuficiente destes valores-de-uso, o que se traduzia em empobrecimento e miséria.

Nesta perspectiva, a radical inversão sofrida nas causas essenciais da crise, descritas nesses momentos da história da humanidade, são capazes de demonstrar que a sociabilidade capitalista está assentada em formas basilares antagônicas e contraditórias.

A Lei geral da acumulação capitalista, apreendida por Marx (2011), expressa uma crescente socialização da produção social em contraposição a uma apropriação privada da riqueza gerada, donde se fundamenta a exploração do trabalho e, conseqüente, subsunção deste ao capital.

Trata-se, conforme Boschetti (2010), de uma incompatibilidade estrutural do sistema, cujo fundamento se encontra na maneira como se organiza

a economia (que busca, de modo sempre crescente, a expansão e a acumulação de capital) e as relações sociais (que concentram nas mãos de uma minoria a posse dos meios de produção, enquanto uma maioria detém tão somente a sua força de trabalho a ser vendida como uma mercadoria). Assim, Netto e Braz (2007) destacam que as crises são uma resultante da dinâmica contraditória do modo de produção capitalista.

2.1A crise cíclica no sistema capitalista

Ao longo da história do sistema capitalista, conforme Mandel (1985), a dinâmica do capital é marcada por momentos de crescimento, seguidos de fases depressivas. O referido autor caracterizou este processo com sendo as chamadas *ondas longas* de caráter expansivo ou regressivo.

A crise é, pois, a perturbação ocorrida no movimento do capital – expresso a partir da fórmula $D - M - D$, na qual o capitalista investe dinheiro para produzir mercadorias, cuja finalidade é a obtenção de (mais) dinheiro do que aquele investido inicialmente –, em que a mercadoria produzida não consegue converter-se em (mais) dinheiro e, conseqüentemente, não realiza a mais-valia extraída no processo de exploração do trabalho, caracterizando uma fase regressiva da acumulação capitalista. Logo, somente quando a mercadoria é efetivamente convertida em (mais) dinheiro, validando a mais-valia extraída, é que se tem a vigência das fases expansivas da acumulação (NETTO; BRAZ, 2007).

Os *ciclos econômicos* marcam o período que se registra entre uma crise cíclica e outra. Um ciclo econômico está subdividido em quatro fases: a crise, a depressão, a retomada (reanimação) e o auge (*boom*) (ver **Quadro 1**).

As crises são resultado da dinâmica contraditória do Capitalismo, mas não têm uma única causa. Dentre as causas mais determinantes de interrupção da prosperidade, pode ser destacada a *anarquia da produção*. Nesta, a produção capitalista não segue nenhuma forma de planejamento ou

Quadro 1 - Ciclo econômico

Crise	Pode ser deflagrada por um incidente econômico ou político qualquer, resultando na queda abrupta de operações comerciais, que são reduzidas de maneira significativa. As mercadorias não são vendidas e reduz-se ou estaciona a produção. Registra-se ainda a queda de preços e salários, e ocorre a falência de empresas, gerando elevados índices de desemprego e os segmentos da classe trabalhadora encontram-se cada vez mais pauperizados.
Depressão	Conservam-se as características da fase anterior. As empresas passam a incorporar soluções tecnológicas para manter em certa medida a produção; buscam, sobretudo, absorver mercados e fontes de matérias-primas, gerando a concorrência entre elas e apontando para a possibilidade de retomada, a partir de estímulos à produção.
Retomada	Empresas menores que não resistem a esse processo são incorporadas por outras maiores, as quais começam a produzir mais. A produção retorna aos níveis anteriores à crise e seguindo para a última fase do ciclo.
Auge	Os capitalistas investem nas suas empresas conforme a concorrência, ampliando largamente a produção: maiores quantidades de mercadorias são postas no mercado, e isso gera certa animação no âmbito econômico – até que outro detonador se anuncia subitamente, demonstrando que o mercado está tomado de mercadorias que não se realizam, reiniciando o ciclo.

Fonte: NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 1).

controle global, ocasionando assim a perda deste controle. Paradoxalmente, o capital não pode se submeter a qualquer meio de controle, pois, caso contrário, surgem as crises, haja vista tratar-se de força incontrolável de controle sociometabólico em que, “[...] o sistema do capital [é] orientado para a expansão e movido pela acumulação.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 100).

Dessa forma, produção é comandada excepcionalmente pelo capitalista com seus interesses privados, tendo em vista tão somente a obtenção do lucro, cuja interrupção pode gerar a crise. Assim sendo, outra causa é a *queda da taxa de lucro*, onde

[...] a forma como cada capitalista, individual e privadamente, responde à queda da sua taxa de lucro; então, verificamos que a resultante da resposta da maioria dos capitalistas a essa tendência contraria a intencionalidade de cada um deles e seu efeito, enfim, acaba por efetivamente contribuir

para a eclosão das crises. (NETTO; BRAZ, 2007, p. 161).

Por fim, tem-se como causa das crises o *subconsumo das massas trabalhadoras*. Visto que, a oferta de mercadorias é maior que a capacidade de consumo da classe trabalhadora (*id., ibid.*). Nessa perspectiva,

[...] a razão última de todas as crises reais é sempre a pobreza e a restrição ao consumo das massas em face do impulso da produção capitalista a desenvolver as forças produtivas como se apenas a capacidade absoluta de consumo da sociedade constituísse seu limite. (MARX, 1985, p. 24).

Conforme Behring (2012), parafraseando as ideias de Marx, a crise é, contraditoriamente, a fase de interrupção do processo de acumulação da rotação do capital, mas, é também, o momento em que se reestabelece violentamente a unidade das fases do processo produtivo e de reprodução social do sistema. Assim sendo,

[...] as crises, expressando a contradição inerente ao sistema capitalista, são elas mesmas contraditórias: de uma parte, trazem à luz as contradições do sistema capitalista; de outro, criam as contradições para uma reanimação e um novo auge, isto é, para um novo ciclo. As crises são funcionais, pois constituem os mecanismos mediante os quais o sistema capitalista se restaura, sempre em níveis mais complexos e instáveis, as condições necessárias a sua continuidade. (NETTO; BRAZ, 2007, p. 162).

Mandel (1985) identificou a existência de uma periodização em relação às *ondas longas* de características expansivas ou de estagnação do capitalismo, evidenciando que, conforme o desenvolvimento desse sistema de produção, as crises tendem a tornar-se cada vez mais severas. A análise mandeliana demonstrou que tais períodos foram assim configurados:

[...] de 1793 a 1825 – onda expansiva com 32 anos de duração; de 1826 a 1847 – onda recessiva com 21 anos de duração; de 1848 a 1873 – onda expansiva com 25 anos de duração; de 1874 a 1893 – onda recessiva com 19 anos de duração; de 1894 a 1913 – onda expansiva com 19 anos de duração; de 1914 a 1939 – onda recessiva com 25 anos de duração; de 1940/1945 a 1966 – onda expansiva com duração de 26 anos; e de 1967 até hoje – uma nova onda recessiva. (ORTIZ, 2010, p. 28).

A referida análise comprovou o movimento do real, em que os ciclos econômicos são expressos através das fases de expansão e recessão, os quais apresentam intervalos que Mandel (1985) comprovou tenderem a durar, em torno de 25 anos.

O autor supramencionado constatou, ainda, que a entrada no capitalismo na sua fase monopolista resulta numa tendência de que as *ondas longas* recessivas tornem-se prolongadas e mais difíceis de recuperação e que, por envolver um

número maior de países, os períodos de retomada passem a ser episódicos, assumindo as feições de uma crise estrutural.

2.2A crise estrutural no sistema capitalista

Mészáros, fundamentado na teoria social crítica Marxista, defende a tese de que, a sociedade capitalista contemporânea, sobretudo, a partir da década de 1970, está submersa por uma crise que se difere das chamadas cíclicas, abordadas no item anterior; trata-se, verdadeiramente, de uma *crise estrutural*. Pimentel (2012) parafraseando Mészáros (2011) assevera que

[...] uma crise sistêmica, verdadeiramente, estrutural [...] [afeta] o sistema global não apenas em um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo – mas em todas as suas dimensões fundamentais, ao colocar em questão a sua viabilidade como sistema reprodutivo social. (MÉSZÁROS, 2011, p. 100, grifo do autor).

Mediante a compreensão de que as crises são constitutivas ao desenvolvimento do capital – demonstrando mais claramente sua face contraditória –, o autor supracitado aponta que a grande novidade histórica trazida pela crise estrutural é o fato de esta ter um *caráter universal*, pois abrange a totalidade do sistema em seu movimento; seu *alcance é global*, tendo em vista que atinge grande parte dos países, se não todos; o *tempo* que se torna extensivo/contínuo, até mesmo, *permanente*, não sendo mais cíclico e limitado; e, por último, o seu *modo rastejante* de se desdobrar.

A crise estrutural deve ser analisada, ainda, levando em consideração os determinantes sociais, políticos e econômicos que perpassam o sistema. Ou seja,

[...] em termos simples e gerais, uma **crise estrutural** afeta a *totalidade* de um complexo social em todas

as relações com suas partes constitutivas ou subcomplexos [...]. Diferentemente, uma **crise não estrutural** afeta apenas algumas partes do complexo em questão, e assim, não importa o grau de severidade em relação às partes afetadas, não podendo pôr em risco a sobrevivência contínua da estrutura global. (MÉSZÁROS, 2011, p. 797, grifos nossos).

Pimentel (2012), à luz de Mézáros (2011), compreende que a crise estrutural não emerge de uma causalidade que se encontra externa ao desenvolvimento do sistema capitalista. Ao contrário, ela é fruto das limitações constitutivas das dimensões fundamentais do capital, sendo estas a *produção, o consumo e a circulação/distribuição/realização*, as quais passam por um estágio de “[...] crise fundamental do todo, que consiste no *bloqueio sistemático* das partes constituintes vitais.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 798).

O capital, deste modo, é uma forma incontrolável de controle sociometabólico, força esta que é totalizadora, na qual os capitalistas devem se ajustar, para que não pereçam mediante a lógica contraditória de funcionamento deste sistema. Mézáros (2011) destaca que, por este motivo, qualquer que seja o impedimento, a livre expansão e acumulação de capital já se configuram enquanto um quadro de crise. Este buscará sempre, mesmo que desenvolvendo respostas imediatistas, gerir as consequências da tensão, num pressuposto de autodefesa.

Uma vez instaurada a crise estrutural, tem-se a *ativação os limites absolutos do capital* sem, no entanto, levar o sistema a uma autodestruição; a crise estrutural permite, sobretudo, no meio socioeconômico e político, formas cada vez mais destrutivas e bárbaras de sobrevivência nesta sociabilidade. Behring e Boschetti (2009, p. 113), fundamentadas em Mandel (1985), apontam que a entrada do sistema capitalista na sua fase *tardia* ou *madura* marca o

[...] desenvolvimento pleno das possibilidades do capital,

considerando o esgotado seu papel civilizatório. [...] remete ao aprofundamento e a visibilidade de suas contradições fundamentais, e às decorrentes tendências de barbarização da vida social.

Estas são características se encontram cada vez mais aprofundadas no momento contemporâneo do capitalismo com a crise estrutural, cuja solução não reside na defesa da perspectiva neoliberal, tampouco na tentativa de obtenção dos resultados alcançados no momento histórico em que eclodiu a crise de 1929 – caracterizada como uma das maiores crises cíclicas registradas neste sistema – através da adoção do padrão keynesiano-fordista, o qual rendeu ao capital três décadas de significativa expansão e crescimento de sua acumulação (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Portanto, para Mézáros (2011), a crise desencadeada na década de 1970 estende-se até a atualidade. Os rebatimentos das estratégias utilizadas pelo sistema capitalista, com vistas a minimizar as consequências da mesma para o processo de expansão e acumulação do capital, na busca por reestabelecer as taxas de lucro, implicam em transformações societárias significativas no âmbito do Estado, especialmente, no tocante ao desenvolvimento das políticas sociais, em que se registram limites e retrocessos para a sua efetivação como, por exemplo, para a política de saúde pública.

3 REBATIMENTOS DA CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL ÀS POLÍTICAS SOCIAIS: a política pública de saúde em questão

Diante da atual crise estrutural do capital, tem-se buscado meios de enfrentamento às suas consequências. As respostas a este cenário requisitaram estratégias como a reestruturação produtiva, a financeirização do capital e o neoliberalismo, cujas sequelas podem ser percebidas através das profundas transformações societárias ocorridas na sociedade no pós-1970.

Conforme Netto (1996), os países

capitalistas centrais vivenciavam a experiência do *Welfare State*, em que havia ampliação dos direitos sociais e, conseqüentemente, da cobertura social, através da expansão da política social. No entanto, a crise estrutural do sistema capitalista, que eclode na década de 1970, demarca uma conjuntura de regressão destes direitos sociais, por meio de cortes sucessivos nas políticas sociais, com vistas à chamada *redução do Estado*, pressuposto das ideias neoliberais. No Brasil, tendo em vista o desenvolvimento desigual e combinado do capital, não havia gorduras a serem cortadas, a não ser aqueles ganhos jurídicos-formais alcançados com a Constituição Federal de 1988.

No tocante à política de saúde pública no Brasil, esta tem sofrido os rebatimentos do ajuste neoliberal, em que há uma tendência de desmonte das políticas sociais. As políticas passam a assumir um perfil fragmentado, seletivo e focalizado, além da precarização dos serviços sociais.

A promulgação da Constituição de 1988, resultado do processo de mobilização dos setores progressistas da sociedade brasileira, inaugura uma nova fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro. Entretanto, tal cenário de redemocratização, que incide em aspectos políticos e socioeconômicos, insere-se num campo ideologicamente contraditório, onde de um lado encontra-se a constituição cidadã recém-aprovada, que amplia os direitos sociais, principalmente, no que diz respeito ao estabelecimento da Seguridade Social brasileira composta pelo tripé Saúde, Previdência e Assistência Social; por outro, as ideias neoliberais, as quais já vinham se consolidando mundialmente e passam a influenciar também o nosso país.

O neoliberalismo, ao contrário do processo de redemocratização, defende o fortalecimento da iniciativa privada, a redução do valor da força de trabalho e do tempo necessário à produção dos bens, além de incentivar a liberdade de mercado e, sobretudo, a não intervenção do Estado direcionada a área social (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

O modelo neoliberal chega ao Brasil e

ganha força ao longo do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e se materializa através da elaboração do Plano da Reforma do Estado, encaminhado ao Congresso Nacional em agosto de 1995. O ideário defendido por este plano de reforma trazia o entendimento de que as funções estatais eram de “[...] coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las.” (REZENDE, 2008, p. 25). Essa execução ficaria sob a responsabilidade de iniciativas da sociedade civil e de instituições privadas, através da chamada *parceria* com o Estado.

Dentro do plano supramencionado, aqueles serviços sociais competitivos, tais como a educação, a cultura, a saúde, entre outros, que se adequavam às características da concorrência de mercado e, portanto, eram geradores de lucratividade, deveriam ser transferidos do âmbito do Estado para a condução da iniciativa privada, que assumiria a responsabilidade de executá-los com maior eficiência e menor custo (REZENDE, 2008).

Portanto, trata-se de uma redefinição das funções do Estado sob o argumento de solução para a crise estrutural do capital financeiro (iniciada na década de 1970, perdurando até a atualidade), que tem como finalidade a retomada do crescimento econômico. Considerando as particularidades da formação histórico-social do Brasil, o neoliberalismo levou a derruir os princípios constitucionais de democratização, além de distanciar as ações estatais do campo social, através da redução dos investimentos no campo da Seguridade Social e, em especial, à saúde.

O programa de contrarreforma encontra na mercantilização dos direitos sociais fonte de lucratividade para o grande capital, em que os serviços sociais antes de responsabilidade do Estado passam a ser transferidos para a iniciativa privada. Com o processo de privatização, estabelece-se uma *pactuação* com instituições privadas, que passam a participar ativamente da gestão das políticas sociais públicas antes, prioritariamente, de responsabilidade estatal.

Para a saúde, este processo denominado

criticamente de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) significou um retrocesso para a efetivação do Sistema Único de Saúde², visto que o neoliberalismo avança na tentativa de transformar a atenção à saúde em uma mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital.

Conforme Soares (2012), as implicações do avanço neoliberal para o setor da saúde são especialmente danosas à consolidação do SUS, tendo em vista que novamente entra em cena o forte incentivo ao modelo de saúde privado. Diante disso, a referida autora destaca que existe, na atualidade, o tensionamento entre três projetos relacionados à saúde: o projeto de reforma sanitária, o do SUS possível e o privatista. Destaca-se que

[...] o projeto *SUS possível* é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas a nomeiam esse processo de reatualização, modernização ou mesmo continuidade desta. [...] [Portanto] as conquistas da reforma sanitária vão dando lugar as propostas hegemônicas do *SUS possível* e do *projeto privatista* (SOARES, 2012, p. 93, grifos da autora).

Ou seja, a autora supracitada se refere à dificuldade da consolidação dos princípios democráticos instituídos com a implementação do SUS mediante a conjuntura socioeconômica atual. Emerge deste contexto uma relativa distinção entre o SUS na prática cotidiana, em sua forma de execução e materialidade, e o SUS conceitual, que se propõe enquanto direito de todos e dever do Estado. Isso ocorre em todos os setores que compõem o conjunto da política de saúde pública brasileira.

O avanço do neoliberalismo passa a representar um grande desafio, tanto para a execução das políticas sociais públicas, como para o âmbito particular da saúde, ferindo os princípios mais essenciais do SUS, em que a saúde é concebida enquanto um direito universal inalienável. Tal fato tem

refletido diretamente na política de saúde mental do país.

4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: tendências atuais

As problematizações levantadas no centro das discussões relacionadas à Reforma Sanitária³ brasileira foram decisivas para a implementação de um sistema de saúde nacional que envolvesse a atenção à saúde como um todo. Para o campo da saúde mental, desdobrou-se desse contexto o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Deste modo, o atual estado da saúde mental no Brasil se apresenta como resultado do processo da Reforma Psiquiátrica que começou a ser implantada a partir de 1979 (DELGADO, 1987). Surgiram, pois, alternativas diferenciadas destinadas ao tratamento psiquiátrico centrado, até então, nos grandes hospitais (CARVALHO; QUEIROZ, 2006).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, em contexto mundial, foi inspirado no projeto de Franco Basaglia, Psiquiatra e sanitarista da Itália, que sugeriu a ruptura do modelo anterior, intencionando não somente a retirada do doente dos hospitais psiquiátricos (desospitalização), como também o rompimento com práticas e valores do modelo manicomial (desinstitucionalização) (LOBOSQUE, 2006). Esta nova forma de encarar o sofrimento psíquico interferia nas relações de poder, pois objetivava a conquista da cidadania para as pessoas egressas das instituições psiquiátricas, questionando de maneira crítica a estigmatização da loucura.

A Reforma em questão objetivava que as pessoas em sofrimento psíquico vivessem com qualidade de vida, sendo reconhecidas na sociedade como cidadãos dotados de direitos. A doença passa, então, a ser vista de maneira diferenciada, pois deixa de ser considerada doença mental e passa a ser vista como questão de saúde mental. Nesse sentido é que atualmente adota-se um atendimento com base na atenção comunitária e um tratamento associado ao contexto familiar e à vida social.

No Brasil, o novo modelo que se gestava adquire maior politização com a apresentação do Projeto de Lei nº. 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado e, conseqüentemente, a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como lei Paulo Delgado, a qual concede novos rumos para a assistência na saúde mental, passando a fornecer tratamento com perspectivas da humanização, proteção e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

A partir da emergência dos serviços substitutivos, previsto na portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, tem-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto um tipo de resposta à hospitalização do transtorno mental, com o intuito de acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, considerando os vários tipos de sofrimento existentes. Tal medida busca promover, ainda, a rearticulação do indivíduo com o contexto social, com a vida cotidiana e familiar numa perspectiva de reconhecimento de sua cidadania.

Os CAPS são serviços sociais que possuem um atendimento diário e se constituem enquanto parte integrante da rede do SUS. Oferecem tratamento individual, isto é, cada usuário possui um projeto terapêutico específico, que deve considerar suas particularidades. Esse projeto varia de acordo com as especialidades de cada CAPS e é desenvolvido por uma equipe profissional interdisciplinar.

Na Portaria ainda consta, em seu Art.1º, que os Centros de Atenção Psicossocial devem ser estruturados a partir das seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três primeiras modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo⁴.

Com destaque ao CAPS i e ao CAPS ad, estes são serviços sociais de abordagem especializada. O CAPS i tem como objetivo e especialidade acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os que têm autismo, neuroses graves, dentre outros. Por sua vez, o CAPS ad caracteriza-se como um serviço diário especializado a atender usuários de álcool e outras drogas, além de prestar atendimento àqueles com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Da mesma maneira, as demais modalidades são serviço de atenção psicossocial diária e pública.

O processo de desinstitucionalização provocou consideráveis mudanças quanto à rede de saúde, principalmente, na rede de atenção à saúde mental em muitos Estados e municípios do país. Apesar dos avanços identificados a partir da criação dos serviços substitutivos, na perspectiva de romper com o modelo manicomial, já na entrada dos anos 1990, tal política passa a sofrer os rebatimentos da investida neoliberal que ganha notoriedade na abordagem da política econômica do Brasil.

Diante dessa conjuntura geradora de perdas para as políticas sociais, em que há uma desresponsabilização do Estado quanto à garantia dos serviços sociais, bem como das respostas destinadas à *questão social* mediante as políticas sociais, tal contexto acarreta, ainda, repercussões demasiado danosas para o mundo do trabalho.

A política de saúde mental, enquanto novo modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, sofre os reflexos da redução do Estado diante da influência neoliberal, na qual há uma redução do orçamento por parte do governo em gerir os serviços sociais. Desse modo, observam-se aberturas para o setor privado, com vistas à obtenção de lucros.

Nesta perspectiva, a desresponsabilização do Estado incide na diminuição dos serviços mínimos e na assistência aos usuários da rede de saúde mental (BARBOSA, 2006). Tem-se, a partir daí, o incentivo à medicalização do tratamento em saúde

mental em detrimento das formas de atendimento comprometidas com os princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o estímulo

[...] a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. (BARBOSA, 2006, p. 91-92).

Importa salientar, ainda, que a precarização ocorrida nas relações de trabalho na contemporaneidade, compatíveis com as formas de desresponsabilização do Estado, refletem no âmbito da política de saúde mental. Silva (2010) destaca que tal cenário não tem promovido as condições necessárias para que os trabalhadores da referida política possam desenvolver a assistência proposta pela Reforma, naqueles espaços em que a mesma deve ser operacionalizada.

A redução do Estado, quanto ao custeio das condições necessárias para a execução da política de saúde mental, recebe influência direta das ideias neoliberais, objetivando manter a ordem social vigente. Nesse contexto, os gastos sociais são considerados desnecessários comprometendo, assim, o desenvolvimento da política em questão. Tem-se, ainda, a precarização dos vínculos de trabalho⁵, sendo estes, na maioria das vezes, estabelecidos por meio de contratos temporários, o que reflete, notadamente, nas formas de assistência destinadas ao usuário (SILVA, 2010).

Portanto, a discussão ora abordada parte do pressuposto de que a política de saúde mental, desde sua construção jurídico-formal até a sua materialização, encontra-se inserida na sociabilidade capitalista e é influenciada pelos seus condicionantes e determinantes em cada conjuntura sócio-histórica sendo, assim entendida, enquanto um processo social (HEIDRICH, 2007).

Nesse sentido, há a necessidade de olhares atentos ao processo de desenvolvimento desta política no país, considerando-se que a mesma está num momento cujos desafios estão mais evidentes que a efetivação de seus avanços, haja

vista o contexto histórico vivenciado na atualidade representar um cenário onde o capital busca recuperar-se diante da conjuntura de crise estrutural.

5 CONCLUSÃO

O contexto de crise capitalista, conforme explanado ao longo deste trabalho, tem gerado implicações desastrosas para o setor da saúde pública, mediante a redução do Estado. Tal fato incide diretamente na condução da política de saúde mental. Assim, faz-se necessário refletir acerca da abordagem atual em relação à política em questão, tendo em vista que esta tem sofrido os rebatimentos do ajuste neoliberal.

Desse modo, cabe destacar algumas incursões na materialização do modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pois corre-se

[...] o risco de reproduzir as antigas concepções nos novos serviços substitutivos, transformando-os em pequenos manicômios. (BARBOSA, 2006, p. 92).

As tendências à privatização da saúde têm representado um dos maiores desafios para a saúde mental, especialmente no que diz respeito à materialização dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, visto que há um incentivo à precarização dos serviços sociais, um estímulo à busca de soluções no setor privado. Nesse contexto,

[...] lutar pela Reforma Psiquiátrica é lutar não só contra a perspectiva tradicional da psiquiatria, mas igualmente contra os interesses econômicos da indústria da loucura. (HEIDRICH, 2007, p.189).

As propostas empreendidas pela Reforma Psiquiátrica acerca do fechamento dos manicômios resultaram em perdas significativas para o capital, já que os antigos hospitais psiquiátricos – prevacentes no modelo anterior à Reforma – representavam um meio de obter lucros.

Entretanto, na atualidade, a perspectiva neoliberal forneceu a possibilidade de aberturas para que os capitalistas pudessem reaver os meios de obtenção da lucratividade como, por exemplo, a (não) prevalência do poder/saber médico, além da expansão da indústria farmacêutica, bem como incentivo a formas de tratamentos centradas em hospitais psiquiátricos (inclusive privados). Esta realidade pode estabelecer perspectivas *neoconservadoras* na abordagem em Saúde Mental. Cumpre questionar: *Tal tratamento pode imprimir atenção à saúde mental contornos de mercadoria?*

Nesse sentido, a proposta da reformar o antigo modelo de assistência em saúde mental, substituindo-o por novas formas de atenção, vai de encontro aos interesses do capital, tendo em vista que mexem na hegemonia do capital. Trata-se de um cenário complexo, em que o capital – sob a perspectiva neoliberal – tenciona a realidade social no sentido de reduzir os direitos sociais alcançados historicamente pela classe trabalhadora. Inseridos nessa conjuntura, os atores envolvidos na luta pela defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica saúde mental não fogem a esse contexto capcioso e, por fim, compete questionarmos: *como se encontram os ganhos conquistados através da Reforma Psiquiátrica?*

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. K. G. B. M. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

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

_____. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: _____. et al. (Orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 64-85.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portarias 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 Anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005.

CARVALHO, F. B; QUEIROZ, M. S. Saúde Mental, Interdisciplinaridade e um Serviço de Saúde. **Revista Univap**, São José dos Campos, SP, v. 13, n. 24, out. 2006. Programação e Anais de Resumos do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e do IV Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000625-ok.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

DELGADO, P. G. G. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

LOBOSQUE, A. M. et al. (Org.). **Saúde em casa: atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In: _____. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1, v. 2. 25. ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 715-823.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Tomo 3, v. 2. São Paulo: Abril cultural, 1985.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XVII, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

_____; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 1).

ORTIZ, F. G. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes**. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PIMENTEL, E. **Uma nova questão social?: raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje**. 2. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008. p. 25-35.

SILVA, E.C.A. **A precarização do trabalho em Saúde Mental**. Natal, 2010. Artigo elaborado como requisito de avaliação da disciplina de Trabalho e Proteção Social: Tendências e perspectivas, da professora Odília Souza de Araújo, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (2010.1). Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/A%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O%20>

DO%20TRABALHO%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

NOTAS

¹ O atraso da sociedade brasileira é frequentemente confrontado nas análises teóricas. No entanto, pouco se discute em relação ao fundamento deste atraso. Ele é um resultado direto do chamado *desenvolvimento desigual e combinado* (NETTO; BRAZ, 2007). O *desenvolvimento desigual*, em sua noção clássica, elaborada por Marx, expressa entre o desenvolvimento econômico e a desigualdade social que se gesta no âmbito das forças produtivas e das relações de produção. Na contemporaneidade, este termo se refere ao modo de processamento da dinâmica capitalista que, perpassada por razões históricas, políticas e sociais, imprimiu um descompasso nos diferentes espaços nacionais. Quanto ao *combinado*, esta é uma expressão de Leon Trótski, em que explicita a condição de atraso vivenciada pelos países periféricos, donde se combinam forças produtivas em desenvolvimento com relações sociais e econômicas arcaicas.

² O Sistema Único de Saúde (SUS) está regulamentado, através das Leis Orgânicas N°8.080 e N°8.142, que versam sobre a garantia do acesso igualitário às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O SUS é regido pelos princípios básicos da universalização, descentralização, integralidade, hierarquização e ampla participação da comunidade.

³ Fundamentava-se em princípios de democratização do acesso a saúde, em articulação a efetivação da democratização dos direitos sociais defendidas pela Constituição Federal de 1988. A reforma iniciou-se a partir da articulação de movimentos sociais de lutas pela redemocratização do Estado e, principalmente, pelo direito universal à saúde pública (SOARES, 2012).

⁵ O tratamento intensivo consiste em um conjunto de atendimentos que será oferecido pelo CAPS a um usuário que, por causa de seu quadro clínico, necessita de um cuidado diário (até 25 dias do mês). Já cuidado semi-intensivo, considerando a condição clínica do usuário, necessita de uma atenção frequente (até 12 dias no mês). E o cuidado não-intensivo refere-se àquele conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao usuário que por seu quadro clínico e projeto terapêutico, necessita de um acompanhamento mais espaçado, ou mesmo mensal (até 3 dias no mês) (BRASIL, 2002).

⁶ Trata-se de trabalhadores submetidos a contratos temporários, com baixa remuneração e jornadas prolongadas, além dos poucos investimentos destinados à formação técnica e teórica dos trabalhadores, são alguns dos reflexos provocados pela desassistência do Estado (SILVA, 2010).

Elizangela Samara da Silva

Assistente Social
Mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
E-mail: samara.elizangela@gmail.com

Viviane Guedes Gonçalves de Moura

Assistente Social
Mestranda em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Assistente Social da Empresa Assa Abloy Nordeste/
Metalúrgica Silvana

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Rua Baraúnas, 351, Bairro Universitário – Campina Grande/PB
CEP: 58429-500

Empresa Assa Abloy Nordeste/Metalúrgica Silvana

Av Jornalista Assis Chateaubriand, 4115, Distrito Industrial -
Campina Grande/PB
CEP: 58411-450